



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CAMPUS DE SOBRAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANA KARINA DE SOUSA GADELHA**

**A IMPLEMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MUNICÍPIOS CEARENSES: UM  
ESTUDO DE CASO**

**SOBRAL-CE  
2016**

ANA KARINA DE SOUSA GADELHA

A IMPLEMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MUNICÍPIOS CEARENSES: UM ESTUDO  
DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

SOBRAL-CE  
2016

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)

---

- G12i Gadelha, Ana Karina de Sousa.  
A implementação da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade em municípios cearenses : um estudo de caso / Ana Karina de Sousa Gadelha. – 2016.  
221 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Residência Multiprofissional em Saúde. 4. Colaboração Interprofissional. 5. Estudo de Caso. I. Título.

CDD 610

---

ANA KARINA DE SOUSA GADELHA

A IMPLEMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MUNICÍPIOS CEARENSES: UM ESTUDO  
DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Data da aprovação: 31/10/2016

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
FIOCRUZ Ceará

---

Eliana Goldfarb Cyrino  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP

---

Maria Socorro Araújo Dias  
Universidade Estadual Vale do Acaraú

---

Geison Vasconcelos Lira  
Universidade Federal do Ceará

*Primeiramente: fora, Temer!*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Vandi e Jacilene, que me amam incondicionalmente, peças fundamentais na construção da profissional e pessoa que me tornei e sem os quais não teria chegado até aqui.

A todos os familiares que sempre torceram por mim, admiráveis e inspiradores, em especial meus irmãos Kleber e Carol, meus cunhados Kely e Aldo, minhas sobrinhas Katarina e Valentina, minha tia Rosa e meus primos Lucas e Rebeca.

Aos colegas e professores do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), pelas trocas, aprendizagem e ajuda mútua durante a jornada.

À Universidade Federal do Ceará (UFC) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo à pesquisa e investimento financeiro e humano na minha formação de pós-graduação, apostando na construção de conhecimento comprometido com a transformação da realidade.

À colaboração dos professores convidados para a banca, Socorro Dias e Geison Lira, pela disponibilidade e pelas contribuições na qualificação do projeto e, portanto, no meu amadurecimento acadêmico.

Aos colaboradores da RIS-ESP/CE, sem os quais esta pesquisa não teria se materializado.

Aos grupos de pesquisa “Laboratório de Pesquisa em gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho em Saúde” e “Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde (RIPASS)”, que me proporcionaram trocas de conhecimento de valor imensurável, me ajudando a construir esta pesquisa.

À minha orientadora, Dra. Ivana, que mesmo com a distância física, conseguiu desempenhar brilhantemente seu papel mostrando as dores e delícias de fazer pesquisa, contribuindo para o meu “tornar-se mestre” de forma processual.

Aos colegas de trabalho da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), que torceram pelo meu sucesso.

Aos psicólogos residentes Amanda, Georgim, PC, Dassa, Vírnia, Lycélia e Juliana, que me ensinam o exercício da preceptoria e da Psicologia no cotidiano.

Aos queridos amigos Gil, Sheilane, Garça, Deneb, Larissa, Talita, Bel, Rafinha, Tatá, Bruna, Erilene, Vevé, Kellinson, Fátima, e tantos outros, que acompanharam minha saga de mestrandia, mesmo com a distância, pelo carinho e amizade especialíssimos.

À companheira de todas as horas, cúmplice e amiga, Glória, por estar ao meu lado mesmo nas horas difíceis e oferecer muito amor e apoio para chegar aonde cheguei.

## RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar a implementação da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará, em sete municípios onde foram iniciadas suas atividades a partir de 2013: Aracati, Brejo Santo, Horizonte, Iguatu, Maracanaú, Quixadá e Tauá. A metodologia utilizada foi o estudo de caso (YIN, 2015), que propõe a análise de fenômenos contemporâneos no contexto em que acontecem, tendo como técnicas de coleta de dados a revisão documental e entrevistas semi-estruturadas e abertas. O caso da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade trata-se de um caso único revelador, pois apesar de existirem programas similares no país, possui um desenho diferenciado de descentralização para vários municípios do interior, além da gestão efetuada por meio da colaboração entre órgãos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tendo uma maior escala e complexidade na gestão. Classifica-se como estudo de caso único integrado, pois apresenta duas unidades de análise dentro do mesmo caso: análise histórico-estrutural da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e análise do processo de implementação da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da família e Comunidade. A amostra do estudo foi intencional, tendo sido selecionados para participar os diversos atores sociais envolvidos na ênfase de Saúde da Família e Comunidade. Foram realizadas 7 (sete) entrevistas com secretários municipais de saúde, 6 (seis) com coordenadores de Atenção Primária, 5 (cinco) com articuladores da residência nos municípios, 7 (sete) com gerentes de CSF, 4 (quatro) com trabalhadores cujas equipes receberam residentes, 6 (seis) com preceptores, 7 (sete) com residentes e 2 (duas) com os coordenadores geral e de ênfase do programa. Para a fundamentação teórica, foi realizada revisão de literatura acerca da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família (ESF), Educação Permanente em Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde. O período de coleta e análise dos dados iniciou em julho de 2015, considerando a disponibilidade dos sujeitos e o cronograma do projeto de pesquisa, sendo executado até agosto de 2016. A pesquisa está em conformidade com a Resolução n.º466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, sob o parecer n.º 1.121.574. Analisamos todo o material a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2014), aplicando especificamente a análise temática. Observamos que a inserção da residência nas equipes de saúde da família dos municípios investigados promoveu mudanças no processo de trabalho destas equipes, as quais repercutiram na melhoria do cuidado e atenção à saúde da população adscrita, por meio do fortalecimento dos componentes essenciais da ESF, tais como: ser um serviço de primeiro contato, acompanhamento longitudinal, integralidade, participação comunitária, acessibilidade, vínculo, coordenação do cuidado e interprofissionalidade. O provimento de profissionais contribuiu para a mobilização dos serviços de saúde e para a reorganização dos sistemas municipais, mas a dinâmica da educação pelo trabalho desencadeada pelas ações político-pedagógicas da RIS-ESP/CE em Saúde da Família e Comunidade também desempenham um papel fundamental. Como exemplos, podemos citar o desencadeamento do diagnóstico de saúde da comunidade e o planejamento local orientado pelos tutores, que ajudaram a priorizar problemas de saúde e elaborar planos de intervenção para as equipes. Destacamos ainda o estímulo para inovação e a preocupação com a resolubilidade da atenção à saúde, promovidas pela RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, como contribuições para o fortalecimento da ESF nos territórios em que a residência atuou. Os resultados da pesquisa apresentaram contribuições relacionadas à Educação Permanente em Saúde e à Educação Interprofissional, na direção do fortalecimento e consolidação da ESF e do SUS. Um desafio a ser superado no processo de interiorização da residência é a

infraestrutura insuficiente dos serviços. Dentre os limites do presente estudo destacamos: as dificuldades operacionais, em consequência do curto tempo para a realização da investigação, a grande quantidade de cenários e atores envolvidos e as distâncias entre os municípios participantes. Através da pesquisa deflagramos a possibilidade de aprofundar os estudos sobre a RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade em cada município, por entender que cada contexto possui peculiaridades e que estas podem ser mais exploradas. Percebemos também a necessidade da realização de pesquisas avaliativas sobre o programa e sobre esta ênfase, para identificar os possíveis impactos sobre os indicadores de saúde, a formação na área e a efetivação das políticas públicas.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Educação Permanente em Saúde; Residência Multiprofissional em Saúde; Colaboração Interprofissional; Estudo de Caso.

## ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the implementation of the Integrated Residency in Health with Emphasis on Family and Community Health of the School of Public Health of Ceará, in seven municipalities where they began their activities starting in 2013: Aracati, Brejo Santo, Horizonte, Iguatu, Maracanaú, Quixadá and Tauá. The methodology used was the case study (YIN, 2015), which proposes the analysis of contemporary phenomena in the context in which they occur, using as data collection techniques the document review and half-structured and open interviews. The case of RIS-ESP/CE with emphasis on Family and Community Health is a revealing case, since although there are similar programs in the country, it has a differentiated design of decentralization for several municipalities in the interior, in addition to the management carried out through collaboration between agencies at the three levels of government (federal, state and municipal), with a greater scale and complexity in management. It is classified as a single integrated case study, since it presents two units of analysis within the same case: historical-structural analysis of RIS-ESP/CE with emphasis on Family and Community Health and analysis of the implementation process of RIS-ESP/CE with an emphasis on Family and Community Health. The study sample was intentional, having been selected to participate the various social actors involved in the emphasis of Family and Community Health. Seven (7) interviews were conducted with municipal health secretaries, 6 (six) with primary care coordinators, 5 (five) with articulators of residency in municipalities, 7 (seven) with CSF managers, 4 Teams received residents, 6 (six) with preceptors, 7 (seven) with residents and 2 (two) with the program's general and programmatic coordinators. For the theoretical basis, a review of the literature on Primary Health Care and Family Health Strategy (FHS), Permanent Health Education and Multiprofessional Health Residency was carried out. The data collection and analysis period began in July 2015, considering the availability of the subjects and the research is in compliance with resolution n° 466/12 of the National Health Council that provides for research on human beings and received a favorable opinion from the Research Ethics Committee of the UFC, under Opinion n° 1.121.574. We analyze all the material from the Bardin Content Analysis (2014), specifically applying the thematic analysis. We observed that the insertion of the residence in the health teams of the family of the municipalities investigated changed the work process of these teams, which had repercussions in the improvement of the care and attention to the health of the attached population, by means of the strengthening of the essential components of the FHS, such as: being a first contact service, longitudinal follow-up, integrality, community participation, accessibility, bonding, coordination of care and interprofessionality. The provision of professionals contributed to the mobilization of health services and to the reorganization of municipal systems, but the dynamics of education through the work triggered by RIS-ESP/CE's political-pedagogical actions in Family and Community Health also played a fundamental role. Examples include the initiation of community health diagnosis and mentor-led local planning, which helped prioritize health problems and develop intervention plans for teams. We also highlight the stimulus for innovation and concern for the resolubility of health care, promoted by RIS-ESP/CE with emphasis on Family and Community Health, as contributions to the strengthening of the FHS in the territories in which the residence acted. The results of the research presented contributions related to Permanent Education in Health and Interprofessional Education, towards the strengthening and consolidation of the FHS and SUS. A challenge to be overcome in the internalization process of the residence is the insufficient infrastructure of the services. Among the limits of the present study we highlight: operational difficulties, as a consequence of the short time for the investigation, the large number of scenarios and actors involved and the distances between the participating

municipalities. Through the research, we have explored the possibility of deepening studies on RIS-ESP/CE, emphasizing Family and Community Health in each municipality, since each context has peculiarities and can be more explored. We also perceive the need to conduct evaluative research on the program and this emphasis, to identify possible impacts on health indicators, training in the area and the implementation of public policies.

**Keywords:** Family Health Strategy; Permanent Education in Health; Multiprofessional Health Residence; Interprofessional collaboration; Case study.

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO .....	15
2	INTRODUÇÃO .....	18
3	OBJETIVOS .....	23
3.1	Objetivo Geral:.....	23
3.2	Objetivos Específicos:.....	23
4	REVISÃO DE LITERATURA .....	24
4.1	Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família.....	24
4.2	Educação Permanente em Saúde.....	30
4.3	Residências Multiprofissionais em Saúde.....	34
5	METODOLOGIA .....	40
5.1	Tipo e abordagem do estudo .....	40
5.2	Processos e instrumentos de coleta de informações .....	42
5.3	Período .....	43
5.4	Cenários.....	44
5.4.1	<i>Município 1</i> .....	45
5.4.2	<i>Município 2</i> .....	45
5.4.3	<i>Município 3</i> .....	46
5.4.4	<i>Município 4</i> .....	46
5.4.5	<i>Município 5</i> .....	46
5.4.6	<i>Município 6</i> .....	47
5.4.7	<i>Município 7</i> .....	47
5.5	Participantes do estudo.....	47
5.6	Análise e discussão dos resultados.....	50
5.7	Aspectos éticos e legais.....	52
6	O CASO DA RIS-ESP/CE ÊNFASE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	54
6.1	Unidade de Análise 1 – Análise do processo histórico-estrutural da RIS-ESP/CE: um projeto de educação permanente interfederativo, interinstitucional e descentralizado .....	54
6.1.1	<i>Arranjo institucional da residência</i> .....	55
6.1.2	<i>Gestão compartilhada do programa</i> .....	61
6.1.3	<i>Sistema de avaliação da RIS-ESP/CE</i> .....	64
6.1.4	<i>Organização da ênfase de Saúde da Família e Comunidade</i> .....	66

6.2	Unidade de Análise 2 – Análise do processo de implementação descentralizada da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade: percepção dos atores envolvidos. ....	69
6.2.1	<i>Percepção dos gestores municipais</i> .....	69
6.2.2	<i>Percepção dos preceptores de saúde da família</i> .....	89
6.2.3	<i>Percepção dos residentes de saúde da família</i> .....	102
6.2.4	<i>Percepção dos trabalhadores de saúde da família</i> .....	115
6.2.5	<i>Síntese das percepções dos atores da RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade</i> .....	125
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	127
8	REFERÊNCIAS .....	134
	APÊNDICE A .....	141
	APÊNDICE B .....	142
	APÊNDICE C .....	143
	APÊNDICE D .....	144
	APÊNDICE E.....	145
	APÊNDICE F.....	146
	APÊNDICE G .....	148
	ANEXO A.....	219

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

### Figuras

Figura 1 - A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família .....	29
Figura 2 - Estrutura de sistemas integrados.....	33
Figura 3 - Estudo de caso único integrado da RIS-ESP/CE ênfase Saúde da Família e Comunidade..	42
Figura 4 - Etapas de implantação da RIS-ESP/CE.....	56
Figura 5 - Organograma da RIS-ESP/CE (2014-2016).....	63
Figura 6 - Análise da implementação descentralizada da RIS-ESP/CE com ênfase em saúde da família e comunidade: perspectiva dos atores envolvidos.....	126

### Tabelas

Tabela 1 - Informações gerais dos cenários do estudo .....	44
Tabela 2 - Quantidade de entrevistas realizadas no estudo de caso por participante (2015-2016) .....	49
Tabela 3 - Distribuição das vagas da primeira turma da RIS-ESP/CE.....	57

### Quadros

Quadro 1 - Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF.....	27
Quadro 2 - Competências dos tutores, preceptores e docentes das RMS.....	37
Quadro 3 - Passos do processo de codificação.....	52
Quadro 4 - Macro competências da RIS-ESP/CE .....	65
Quadro 5 - Categorização das entrevistas dos gestores municipais .....	70
Quadro 6 - Categorização das entrevistas dos preceptores de saúde da família.....	89
Quadro 7 - Categorização das entrevistas dos residentes de saúde da família.....	103
Quadro 8 - Categorização das entrevistas dos trabalhadores de saúde da família .....	116

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho parte da minha trajetória pessoal e profissional, das implicações e influências desde o ambiente familiar até os contextos de atuação e formação profissional. Sou natural de Fortaleza, capital do Ceará, mas tenho parte da minha vida ligada ao contexto do interior, onde tive meus primeiros anos de educação formal, no município de Baturité, Ceará, e minhas primeiras experiências enquanto profissional graduada, no município de Sobral, Ceará. Venho de uma família bastante amorosa, que me incentivou e colaborou muito para a construção da minha visão de mundo comprometida ética e politicamente.

Minha graduação em Psicologia, no período de 2007 a 2011, na Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, foi bastante voltada para a Psicologia Comunitária e para a Saúde Comunitária, onde desenvolvi atividades de ensino, pesquisa e extensão, junto ao Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM). Essa experiência se estendeu durante a maior parte da graduação e colaborou com a minha compreensão de sujeito como potencial transformador da sua própria realidade, considerando o contexto sócio-histórico-cultural de resistência e resiliência, principalmente na América Latina. Essa afinidade com os povos latinos ocorre por considerar o contexto em que vivo e as imensas desigualdades que existem entre países, estados e classes sociais.

A partir da passagem pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Sobral, Ceará, despertei o interesse em pesquisar Residências em Saúde, mais especificamente as multiprofissionais. Fiz parte da 9ª turma de RMSF no município de Sobral, no período de 2012 a 2014, atuando em dois territórios e desenvolvendo ações multiprofissionais, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como vivenciando uma formação reflexiva, atrelada à rede de saúde municipal e à vida comunitária. Essa experiência me proporcionou uma aproximação teórico-prática das estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Popular, tidas no Sistema Único de Saúde (SUS) como formas de efetivar a educação no cotidiano dos serviços de saúde e levando em conta o contexto local de atuação e o modo de vida das pessoas, num diálogo transformador de práticas tradicionais centradas na doença, no hospital e no profissional médico.

Em 2014, com o ingresso no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, passei a integrar o grupo de pesquisa do “Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho na Saúde” coordenado pela professora Dra. Ivana

Cristina de Holanda Cunha Barreto, docente e pesquisadora vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). O grupo desenvolve pesquisas visando contribuir com o fortalecimento do SUS, colaborando com a produção científica na área do Ensino, da Gestão do Conhecimento, do Trabalho e da Educação na Saúde, qualificando a rede de cooperação acadêmica, o ensino de pós-graduação e graduação em saúde e a integração ensino-serviço.

Atualmente, o Laboratório supracitado, tem como principal objeto de pesquisa a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), buscando compreender seu processo de implementação e investigar possíveis transformações ocorridas nos cenários de prática e na formação e atuação dos sujeitos envolvidos. Este estudo poderá garantir uma maior compreensão político, institucional e pedagógica da RIS-ESP/CE, contribuindo com a identificação dos seus avanços e limites enquanto programa de EPS nos contextos onde está inserida.

Decidi, em acordo com minha orientadora, fazer um recorte da pesquisa supracitada para escrever minha dissertação de mestrado, destacando a ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE e os contextos municipais cenários de prática da residência. É interessante ressaltar a diversidade de contextos de atuação da residência, pois a primeira turma desenvolveu suas atividades em municípios de portes diferentes e em regiões distintas do Ceará, com uma interiorização do trabalho e da educação em saúde. Até então esses processos eram concentrados na capital e no município de Sobral.

A população total estimada dos municípios em que a RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade desenvolveu suas atividades durante a primeira turma corresponde a 626.682 habitantes (IBGE; BRASIL, 2014a), ou seja, aproximadamente 10% da população residente no interior do estado. A quantidade de famílias acompanhadas pela ESF nesses municípios se aproxima da faixa de 200 mil famílias, com cerca de 200 equipes de Saúde da Família implantadas e repasses financeiros de mais de 4 milhões de reais (BRASIL, 2014a). É nesse cenário que os 119 residentes da primeira turma desenvolveram atividades de apoio à Saúde da Família e vivenciaram formação em serviço junto as equipes municipais de saúde, a população local e à ESP/CE. Atualmente, a abrangência da RIS-ESP/CE em Saúde da Família e Comunidade se estende por 17 municípios do Ceará com residentes de 7(sete) categorias profissionais desenvolvendo uma atuação interprofissional integrada à ESF (CEARÁ, 2013a).

O investimento do Ministério da Saúde (MS) somente em bolsas para residentes da ênfase de Saúde da Família e Comunidade das RIS-ESP/CE na primeira turma foi de mais de

8,5 milhões de reais, considerando que a bolsa tem duração de 24 meses e valor fixado por portaria específica (CEARÁ, 2013a). Além disso, houve considerável investimento financeiro e humano tanto por parte da ESP/CE, como instituição formadora, quanto por parte dos municípios como instituições executoras do programa, uma vez que ambos disponibilizaram estrutura e o corpo docente assistencial de apoio à formação dos residentes.

A RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade se propõe a disseminar essas formas diversas de atuação em vários municípios, possibilitando inovações em saúde para a população e para o serviço, na direção do fortalecimento de um modelo de atenção à saúde que busca promover mais qualidade de vida para as pessoas.

## 2 INTRODUÇÃO

Em 1994, no contexto de municipalização e consolidação do SUS, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), oficializada como política nacional de saúde e principal modelo de organização da Atenção Básica do SUS por meio da aprovação da primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite em 2006 (BRASIL, 2006a). A decisão de implantar a ESF corroborou com a proposta do SUS, tensionando o modelo de atenção hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico vigente, organizando suas ações com foco na prevenção, promoção, recuperação, reabilitação da saúde, considerando o contexto socioeconômico e cultural, de forma implicada com os sujeitos e sua unidade familiar (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006; ANDRADE, BARRETO e COELHO, 2013; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Embora o texto constitucional brasileiro de 1988 aponte em seu artigo 200 que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988), ao longo de todos esses anos após a homologação da Constituição Federal houve pouca aproximação entre as políticas de educação e saúde, sendo esta um tanto mais expressiva somente a partir dos anos 2000. No contexto de implantação da ESF, havia ainda uma forte contradição entre o modelo de atenção à saúde proposto e a formação dos profissionais de saúde. O novo modelo exigiu novas e diferentes práticas profissionais, bem como um maior quantitativo de profissionais atuando na APS, enquanto que a formação ainda estava centrada nas técnicas e na cura das doenças.

Somente em 1996, com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, entrou em pauta a criação de políticas para os recursos humanos na área da saúde. Na ocasião da conferência foi aprovada a criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) através do documento “Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS” com o objetivo de sistematizar a operacionalização de uma política voltada para as ações das esferas de governo relacionadas com os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2005a).

Por volta ainda desse período iniciou-se uma onda de reformas educacionais no Brasil, trazendo a discussão das diretrizes curriculares dos cursos de graduação para os atores envolvidos nas instituições de ensino superior. Na área da saúde havia a necessidade de formação de profissionais mais generalistas que atendessem as necessidades de saúde da população de forma contextualizada, no intuito de alcançar os princípios do SUS. Como importante medida adotada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, foram propostas as

novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, por volta do início dos anos 2000, com um desafio de formar profissionais mais críticos e humanos, capazes de atender de forma multiprofissional e integral as pessoas no seu contexto de vida. Ainda assim era necessário pensar também estratégias de educação/formação em serviço, para que as práticas até então desenvolvidas fossem progressivamente modificadas (HORA et al., 2010).

Ainda no final da década de 90, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde juntamente com outros atores do movimento sanitário, começou a pensar estratégias de criação de residências multiprofissionais em saúde da família, inspirados em experiências passadas de residência em saúde comunitária no distrito sanitário São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul, e de residência em saúde da família em Sobral, Ceará, na década de 90 (BRASIL, 2006b; BARRETO, OLIVEIRA e ANDRADE, 1999). Estas estratégias de Residência Multiprofissional deveriam ter foco na promoção da saúde, na valorização do princípio da integralidade, interação multiprofissional e interdisciplinar, proporcionando uma atuação comum dentro do campo da Saúde da Família. Esse movimento, juntamente com outros importantes atores dos setores saúde e educação repercutiu na criação de 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com os mais diferentes formatos conforme as diversas realidades, mas mantendo a integração entre todas as profissões da área da saúde (BRASIL 2006).

O início da regulamentação das Residências Multiprofissionais na área da saúde somente ocorre em 2005, por meio da Lei 11.129/2005, que criou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), dentre outras resoluções da lei.

A NOB/RH-SUS teve alterações na 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, tornando-se Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS sob denominação “Princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS” (BRASIL, 2005a). Com o advento do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de efetivar o ordenamento da formação na saúde pelo SUS, bem como as questões ligadas ao trabalho nos serviços públicos de saúde. Um dos instrumentos com estes objetivos foi a instituição da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a).

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) publicada em 2004, considerando todas as legislações relativas à educação na saúde, surge com o objetivo de transformar as práticas pedagógicas na formação em saúde e da própria organização do trabalho, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais de saúde, visando o fortalecimento e a consolidação do SUS (BRASIL, 2009a; ANDRADE e BARRETO, 2007). É importante ressaltar que o surgimento da política ocorre em paralelo à regulamentação das residências multiprofissionais em saúde.

Os Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC), somente em 2009, lançam a Portaria Interministerial 1077, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e a Residência em Área Profissional da Saúde, instituindo o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009b). Em 2012, a CNRMS lança a Resolução nº 2, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, apontando as atribuições de residentes, coordenação e corpo docente-assistencial, dentre tutores e preceptores (BRASIL, 2012b).

Nos últimos anos os processos de formação com caráter de Residências Multiprofissionais em Saúde vêm se expandindo e fortalecendo a estratégia de Educação Permanente em Saúde por todo o Brasil. Desde 2010 houve uma expressiva expansão numérica das bolsas ofertadas para Residências Multiprofissionais ou em Área Profissional, com um aumento de cerca de sete vezes em relação a 2015. O número de bolsas para residentes multiprofissionais financiadas pelo Ministério da Saúde aumentou nesses anos de 499 para 5.505 (SILVA, 2015).

No estado do Ceará até o ano de 2012 existiam apenas três programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. A pioneira foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-CE, que iniciou suas atividades em 1999 com uma turma de 68 profissionais entre médicos e enfermeiros (BARRETO, OLIVEIRA e ANDRADE, 1999). Atualmente, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral está em sua 13ª turma, ofertando 30 vagas para 10 diferentes categorias profissionais da área da saúde na última seleção.

Em 2013, foi implantada a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), constituindo modalidade de pós-graduação *latu senso*, com o objetivo de interiorizar a Educação Permanente Interprofissional (CEARÁ, 2014b). Com a implantação do programa, houve considerável aumento nas vagas de RMS do Estado do

Ceará, com uma oferta de 222 vagas entre as ênfases de Saúde da Família e Comunidade (119), Saúde Mental Coletiva (53), Saúde Coletiva (26) e Cancerologia (24). Atualmente estes programas estão em sua 3ª turma, em 30 (trinta) municípios e em 7 (sete) hospitais de Fortaleza, Ceará (CEARÁ, 2014b).

As diretrizes nacionais relativas à RMS preconizam que MS e MEC financiam as bolsas dos residentes por um período de dois anos, e, em contrapartida, as instituições formadoras e executoras viabilizam a formação em serviço. As bolsas dos residentes da RIS-ESP/CE são financiadas pelo MS. A instituição formadora, ESP/CE, autarquia ligada a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Instituição de Ensino Superior, é responsável pelo direcionamento pedagógico da residência e pelo corpo docente, contratando profissionais e acompanhando o processo formativo de residentes e preceptores. As instituições executoras são os municípios e hospitais em que a RIS-ESP/CE se desenvolve por meio da inserção dos residentes nos serviços de saúde. Tais instituições são responsáveis por viabilizar os contextos de prática para a atuação dos residentes, selecionando preceptores do seu quadro de profissionais que passam por processo de formação na ESP/CE (CEARÁ, 2014b). Os preceptores são os profissionais que acompanham os residentes nos serviços.

A RIS-ESP/CE prioriza a formação em serviço, conforme preconizado pelas políticas de residências do país. O diferencial do programa é a interiorização da residência, uma vez que no caso das ênfases comunitárias, a maioria dos cenários de prática é no interior, descentralizando a formação em saúde, promovendo educação permanente em contextos regionais e municipais e buscando melhorar a qualidade dos serviços e atender as necessidades de saúde da população do estado. Diante disso, percebe-se como a RIS-ESP/CE representa um projeto ousado e complexo, no que tange à EPS e ao envolvimento de diversos entes em todas as esferas de governo, além das repercussões na vida da população de parte do estado do Ceará.

A conclusão da primeira turma instiga uma investigação das implicações que a formação em serviço da RIS-ESP/CE ocasionou, especialmente nos contextos municipais em que foi implementada. Para esta investigação, foi selecionada a RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, como iniciativa de educação pelo trabalho que ocorre no contexto da Estratégia Saúde da Família.

A proposição do nosso estudo é que o processo de educação pelo trabalho promovido pela RIS-ESP/CE na ênfase em Saúde da Família e Comunidade foi capaz de contribuir para o

fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na área de abrangência de saúde onde ocorreu, embora tenha enfrentado vários limites impostos pelos contextos locais.

As evidências que provariam esta proposição seriam a percepção e relato dos atores envolvidos, além de registros sobre as ações de saúde desencadeadas pela residência e seus reflexos na promoção da saúde e no acesso aos serviços.

Diante do exposto emergem os seguintes questionamentos: Como foi pensado e aconteceu a elaboração do projeto da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade? Como ocorreu o processo de implementação da RIS-ESP/CE nas equipes de saúde da família de municípios do Ceará? Como a implementação da RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade influenciou nos componentes essenciais da Estratégia Saúde da Família nestas equipes? Que novos projetos e ações foram desencadeados pela RIS-ESP/CE com ênfase em saúde da família nos territórios das equipes?

A partir desses questionamentos e da relevância deste objeto de pesquisa traçamos o objetivo principal de analisar a implementação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Analisar a implementação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Analisar os fatores implicados no desenho do projeto da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade;
- Descrever o processo de implementação da RIS com ênfase em Saúde da Família no Ceará;
- Compreender a percepção dos atores envolvidos sobre o processo de implementação da RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e suas contribuições para o fortalecimento dos princípios da ESF nos contextos municipais.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família

No início do século XX foi divulgado na Inglaterra o “texto Oficial” *Lord Dawson of Penn* (1920 apud STARFIELD, 2002) sugerindo uma nova forma de organização do sistema de saúde, diferenciando os serviços em três níveis de atenção: centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola. O então ministro da Inglaterra definiu Centro de Saúde como a instituição responsável pelos cuidados em saúde, conforme as necessidades locais da população (STARFIELD, 2002; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006). No Brasil, por volta de 1924, surgiram os primeiros Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo, com ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, baseados no modelo inglês (MENDES, 2012).

Na década de 40, também no Brasil, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atual Fundação Nacional de Saúde, fruto do esforço de guerra e baseado no modelo sanitário americano, com unidades de Atenção Primária desenvolvendo ações preventivas e curativas, mas ainda muito centradas nas doenças e com baixa cobertura populacional. Nos anos 60, as Secretarias Estaduais de Saúde voltaram seus esforços para a atenção materno-infantil e para as doenças infecciosas incorporando a atenção médica aos chamados programas de saúde pública, que ainda eram bastante verticalizados (MENDES, 2012).

Na década de 70, a Atenção Primária esteve em pauta nas discussões internacionais, que apontaram importantes avanços para o setor. Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde, em sua 30ª reunião anual definiu a principal meta social dos governos participantes na ocasião, através do documento “Saúde para todos no ano 2000”, acreditando que com isso os cidadãos de toda parte do mundo poderiam ter uma vida social e produtiva. Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Atá, localizada na antiga União Soviética. Como produto da conferência, a declaração de Alma-Atá enfatiza a importância de levar saúde ao local de moradia das pessoas, de forma mais democrática, integrando o processo permanente de assistência sanitária, incluindo ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação (STARFIELD, 2002; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em síntese, a Atenção Primária à Saúde (APS) na maioria dos países do mundo passou a configurar um conjunto de práticas integrais centradas nas pessoas de forma individual e coletiva e que levam em consideração o contexto em que essas pessoas estão inseridas,

visando o acesso mais democrático aos serviços de saúde e a promoção de formas mais saudáveis de viver. Giovanella e Mendonça (2008) falam de atributos principais da APS, a saber: ser um serviço de primeiro contato, acompanhamento longitudinal, a integralidade do sujeito e das ações, a coordenação do cuidado, a centralidade na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade. Experiências em outros países mostram algumas semelhanças e diferenças da atenção primária internacionalmente, bem como algumas peculiaridades inerentes à cada país.

Starfield (2002) pontua cinco responsabilidades consideradas componentes essenciais da APS: longitudinalidade, integralidade, acessibilidade, vínculo e coordenação do cuidado. Entenda-se por longitudinalidade o cuidado que a equipe de saúde desenvolve com as famílias ao longo dos anos, acompanhando os ciclos de vida dos usuários. A integralidade busca viabilizar os serviços adequados às necessidades de saúde da população, reconhecendo o sujeito como ser inteiro. A acessibilidade envolve a organização do serviço, a forma de acolher a demanda e a relação de proximidade com o local de moradia do usuário. O vínculo envolve a interação profissional-paciente, numa relação empática que os aproxima ao longo do tempo. A coordenação do cuidado ocorre quando a equipe junta todos os componentes anteriores e organiza o fluxo de usuários por toda a rede de saúde.

No Brasil, a atenção primária foi se estabelecendo enquanto política paralelamente ao processo de construção do SUS, conforme a premissa que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Com o advento na nova Constituição Federal em 88 (BRASIL, 1988), o novo governo eleito como resultado da redemocratização apresentou contraditoriamente uma atuação de cunho autocrático e liberal, uma vez que sancionou uma série de Decretos, Vetos e Normas Operacionais com o intuito de dificultar a efetivação da reforma (GERSCHMAN, 2004). Contudo, as disputas políticas dentro da esfera governamental e com os movimentos sociais não se esgotaram e a formulação da legislação e das políticas foi acontecendo ao longo da década de 90, com importantes vitórias para a sociedade civil.

Um importante marco legal na constituição do SUS foi a aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que além de regulamentar o sistema de saúde possuía alguns tópicos vetados pelo presidente que tratavam da participação social, da transferência de recursos automática para estados e municípios e do plano de carreira, cargos e salários para os profissionais do SUS (BRASIL, 1990a; GERSCHMAN, 2004). A resposta dos movimentos de oposição ao veto presidencial veio logo em seguida com a Lei 8.142/90, que trata do financiamento nas esferas de governo e a participação social. O governo liberal em oposição à

própria Constituição lança a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, centralizando o financiamento na esfera federal e criando um sistema de repasses financeiros a partir da produção de serviços. Em 1992 foi lançada a segunda NOB incluindo o critério populacional para repasse de recursos automático aos municípios. Após essa segunda NOB, o governo já estava bastante fragilizado com as diversas denúncias de corrupção e não lançou mais decretos em oposição aos últimos encaminhamentos (GERSCHMAN, 2004).

A partir da experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde 1986 no estado do Ceará e de experiências relativas à saúde da família em alguns municípios brasileiros, surgiu como política nacional em 1994, o Programa Saúde da Família, com objetivo de reorientar as ações de Atenção Primária em Saúde no país. O referido programa trouxe uma proposta bastante estratégica para a reestruturação do modelo de atenção em vigor, corroborando com a proposta do SUS de transformação das práticas, por isso foi renomeado para Estratégia Saúde da Família (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

Nos 20 anos de implementação enquanto política, a ESF apresentou importantes avanços, tanto no que tange à organização dos serviços, quanto em relação à melhoria dos indicadores de saúde. Houve expressiva expansão da estratégia por todo o país, aproximando cada vez mais as pessoas e as famílias das equipes de saúde. Em 94 iniciou suas ações com apenas 328 equipes em 55 municípios no país (SOUSA, 2014). Até o final de 2014 a ESF contava com mais de 39 mil equipes de Saúde da Família espalhadas por 5.463 dos 5.570 municípios brasileiros, correspondendo a uma taxa de cobertura de 60,17%, o que equivale ao acompanhamento de mais de 120 milhões de brasileiros. Junto às equipes de Saúde da Família, existem mais de 24 mil equipes de Saúde Bucal e mais de 3 mil equipes multidisciplinares dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de equipes do Melhor em Casa, Consultórios na Rua, Unidades Básicas de Saúde Fluviais (BRASIL, 2014a).

A ESF tem como base um modelo centrado na família e na vida comunitária, com atuação integrada às demais redes de atenção à saúde e de outros setores, organizando suas ações com foco na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (ANDRADE, BARRETO e COELHO, 2013). A seguir o Quadro 1 demonstra as divergências entre o modelo proposto pela ESF e o modelo hegemônico vigente:

Quadro 1 - Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF

MODELO HEGEMÔNICO	ESF
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde como ausência de doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde como qualidade de vida</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base em práticas frequentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como favor e não como um direito do cidadão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção centrada no indivíduo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção centrada no coletivo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado em ações curativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital como serviço de saúde dominante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso a toda a população</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predomínio da intervenção do profissional médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predomínio de intervenção de uma equipe interdisciplinar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não-consideração da realidade e autonomia local, não valorização da participação comunitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamento baseado na demanda espontânea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita</li> </ul>

Fonte: Andrade, Barreto e Bezerra, 2006.

Em direção ao desafio da mudança de modelo, a ESF pretende reorientar a rede de assistência à saúde melhorando o acesso da população, já que o trabalho é realizado no local de moradia do usuário do serviço. A nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012a) atualizou e introduziu conceitos visando fortalecer a APS no país, através da ESF como ordenadora das redes de atenção. Além disso, a política apresenta propostas de ações intersetoriais e de promoção à saúde, com o propósito de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.

A PNAB define a equipe da ESF como multiprofissional composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As equipes podem ter no máximo 12 ACS, cada um responsável pelo acompanhamento de no máximo 750 pessoas. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4 mil pessoas, sendo recomendável uma média de 3 mil, considerando as vulnerabilidades da população assistida (BRASIL, 2012a).

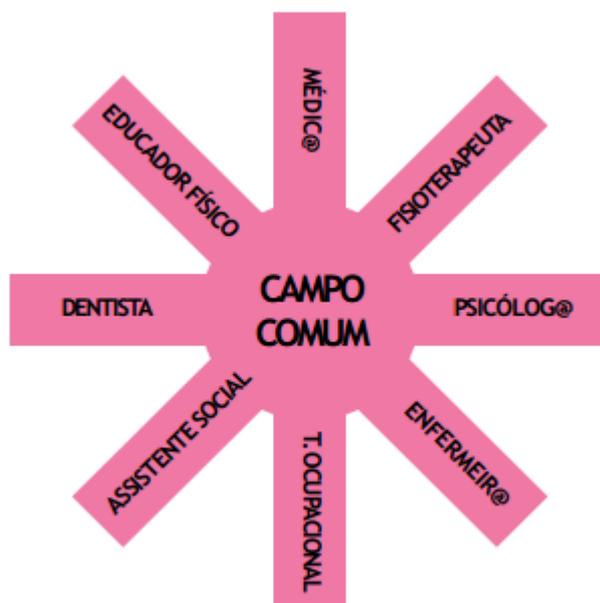
Para cada membro da equipe de Saúde da Família, há atribuições específicas previstas na política, bem como atribuições gerais para a equipe, a saber:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantia da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- XV. Participar das atividades de educação permanente;
- XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. (BRASIL, 2012a, p. 43-45)

É importante ressaltar que a PNAB também aponta a inserção de profissionais de outras áreas com o objetivo de ampliar a abrangência e resolutividade na atenção básica, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2012a). Dada a complexidade cotidiana da ESF, há necessidade de ressaltar o trabalho interprofissional em que as várias categorias necessariamente devem trabalhar juntas (BARRETO et al, 2006). Furtado (2007) enfatiza a superação das barreiras existentes entre diferentes áreas de saber para recompor a fragmentação das práticas profissionais. Para o autor, a interprofissionalidade é condição necessária para a efetivação da integridade da saúde.

Para melhor atender as necessidades de saúde da população faz-se imperativa a construção de um “novo campo” de saber comum entre todas as categorias profissionais, respeitando os limites de cada profissão. Andrade et al (2004) sugerem que a interação entre profissões deve promover um cuidado mais integral e holístico e apresentam a Figura 1 para ilustrar a interprofissionalidade na ESF:

Figura 1 - A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família



Fonte: Andrade, Barreto e Martins Júnior, 2003.

A proposta da colaboração entre as profissões da saúde na ESF, juntamente com a proposta de mudança de modelo de atenção são ainda grandes desafios para a melhoria da atenção à saúde da população, visando à qualidade de vida. Furtado (2007) destaca relatos de êxito na reorganização das equipes a partir de um modelo tecnoassistencial, que favorece a colaboração interprofissional. Apesar dos avanços no setor, é indispensável trabalhar a

reorientação das práticas profissionais, para empreender as transformações necessárias, pois “*uma sociedade de mudança exige uma educação permanente*” (Conselho da Europa – Programa de Siena-Strasbourg, 1980 apud PAGANI, 2006).

## **4.2 Educação Permanente em Saúde**

Historicamente existe uma desvinculação entre os processos educacionais e as práticas laborais que caracteriza uma dicotomia entre teoria e prática, como se as duas coisas não tivessem relação alguma. Essa diferenciação permeia a humanidade em diversos momentos e por diferentes tipos de sociedades, acentuando a divisão de classes, segregando aqueles que trabalham dos que pensam (RIBEIRO, 2013). Entretanto os seres humanos constituem suas identidades e seu aprendizado ao longo da vida, a partir da interação com o meio e reflexão da experiência vivida, numa relação dialética em que teoria e prática se fundem em práxis. “Portanto a produção do homem é ao mesmo tempo a formação do homem, isto é, um processo educativo” (SAVIANI, 2007 apud RIBEIRO, 2013; p.33).

Na área da saúde observa-se também essa dicotomia teoria-prática, evidenciando a necessidade de explorar a relação trabalho-educação. Essa necessidade parte do pressuposto que a educação é instrumento primordial para realização de transformações na prática ao invés de tratar somente de processos formativos descontextualizados. Além disso, Mehry (2005) aponta que a educação e trabalho produzem-se entre si, impactando tanto nas competências do trabalhador como no seu compromisso ético-político enquanto cuidador do outro.

Até meados da década de 70, os problemas com recursos humanos na área da saúde eram principalmente de ordem quantitativa, pois tratava de uma insuficiência de profissionais em campo. Em 1974, foram levantadas questões relativas ao tema na 27ª Assembleia Mundial de Saúde, reforçadas na XIX Conferência Sanitária Panamericana, onde ressaltou-se a necessidade de melhorar os mecanismos de atualização permanente dos recursos humanos em saúde (HADDAD et al, 1994). Um ano depois, ainda segundo os mesmo autores, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) convocou um grupo de estudos para alinhar e elaborar um plano de ação pautando a educação continuada dos profissionais de saúde. Essas discussões colaboraram para a criação da Divisão de Recursos Humanos e Investigação da Organização dando condições para o governo canadense apoiar outros países americanos com a proposta de fortalecer a formação dos recursos humanos em saúde. Esses movimentos

marcaram o início dos processos de discussão e construção de estratégias de Educação Permanente em Saúde nas Américas.

Ainda na década de 80, a OPAS, também através de Conferência Sanitária Panamericana aponta a busca de uma melhor definição das funções dos profissionais de saúde, melhores esquemas de formação e educação continuada dos recursos humanos e utilização dos mesmos para a gestão dos serviços. A partir de 1991 o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, também da OPAS, apresentou preocupações com as mudanças políticas e econômicas que vinham ocorrendo nos países da América Latina, enfatizando a necessidade de repensar as práticas educacionais em saúde de forma contextualizada, conforme movimento da região. Assim, em 1994, publicaram o documento “Condições de Saúde das Américas”, que indica impacto das mudanças políticas e econômicas da região sobre os recursos humanos do setor saúde, considerando o tipo de política sanitária desenvolvida em cada país e contrabalançando serviços públicos e privados (HADDAD et al, 1994).

O Brasil, assim como grande parte dos países latinos, passava por um momento de transição de regime político durante a década de 80, com a aprovação da atual Constituição Federal em 1988 e repercussão na área da saúde através da criação de um Sistema Único de Saúde. Apesar da Constituição Federal já preconizar em seu artigo 200 o ordenamento da formação dos recursos humanos pelo próprio SUS, políticas específicas nesse campo só começaram a ser gestadas no final da década de 90.

Foi na ocasião da 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, onde se instituiu a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) com o objetivo de sistematizar a operacionalização de uma política voltada para as ações das esferas de governo relacionadas com os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2005a). No mesmo período foi instituído um modelo de integração ensino-serviço para o país por meio dos Polos de Capacitação e Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, para formar equipes para atuar no antigo Programa de Saúde da Família (MATHIAS, 2010).

Nas duas Conferências Nacionais de Saúde seguintes a NOB/RH-SUS teve alterações, adquirindo status de Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005a). A criação da SGTES, em 2003, teve o objetivo de viabilizar a formação em saúde pelo e para o próprio SUS, através da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Segundo Mathias (2010) com o advento da SGTES foi possível elaborar uma nova proposta

de articulação ensino-serviço: os Pólos de Educação Permanente em Saúde, que tinham objetivo de articular instituições formadoras, instâncias governamentais, serviços e usuários, priorizando as necessidades de saúde da população.

Em 2006, com a participação das três esferas de governo, foi constituído o Pacto pela Saúde, com o objetivo de pactuar ações e termos de compromisso para consolidar e efetivar o SUS. O pacto está dividido em três componentes prioritários: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Esse último aponta alguns direcionamentos para a efetivação das políticas ligadas ao trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006c; ANDRADE e BARRETO, 2007). Juntamente com o Pacto foram criados espaços regionalizados de planejamento e gestão de educação permanente em saúde: os Colegiados de Gestão Regional – CGRs (BRASIL, 2006c; MATHIAS, 2010).

A implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2009) ocorre com a proposta ousada de transformação da rede de saúde pública em uma rede de ensino-aprendizagem em serviço (CECCIM, 2005). Para tanto a PNEPS sugere mudanças nas práticas pedagógicas em saúde e na própria organização do trabalho, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais de saúde, visando o fortalecimento e a consolidação do SUS.

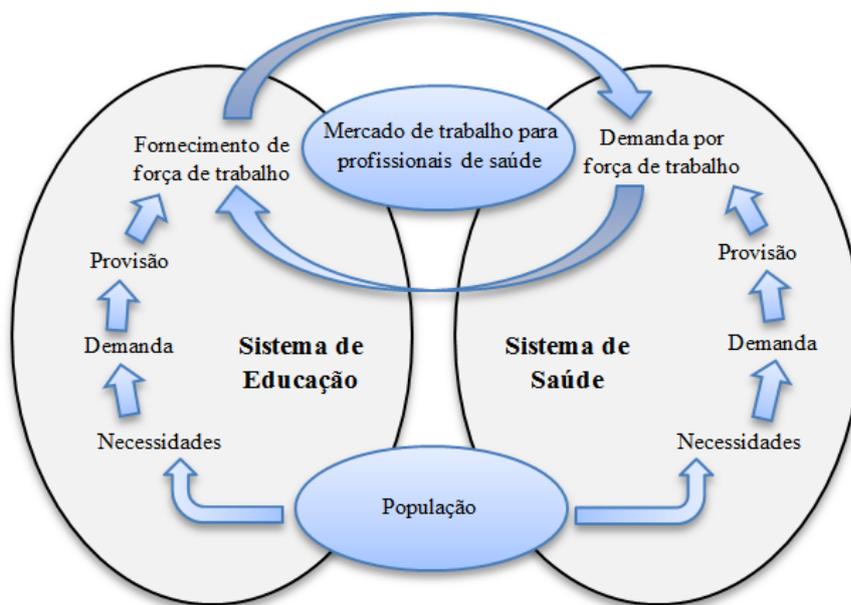
Como parte da PNEPS, as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) surgem para promover a articulação entre instituições formadoras e gestores do SUS (MATHIAS, 2010), equilibrando as demandas de formação e as necessidades de saúde da população e buscando aprofundar a relação dialética ensino-trabalho em direção à mudança.

Nesse sentido, é preciso romper com antigas formas de educação bancária e medicalocêntricas na busca por práticas mais humanas e colaborativas. Em estudo realizado a partir do relatório Flexner de 1910, Hora et al (2010) sugerem que a formação na área da saúde se constituiu, ainda nos dias atuais, dentro de um modelo de educação médica que é composto por ciclo inicial de disciplinas básicas e outro ciclo de estudos realizados em hospitais. Como alternativa a esse modelo, as autoras apresentam algumas propostas inovadoras para a formação em saúde, que apesar de ainda estarem em processo, apontam um horizonte pautado nas práticas contextualizadas entre as necessidades populacionais e dos trabalhadores, com maior integração ensino-serviço, humanização da atenção, com efetivação da integralidade em saúde, fortalecendo desta forma uma Educação Permanente em Saúde (EPS), consolidando assim o Sistema Único de Saúde no país.

A discussão sobre modelos de formação insere-se em um cenário e contexto de mobilização internacional. Em 2000, com a publicação do documento “Em Busca de Unidade para a Saúde”, a OMS identifica cinco parceiros de saúde fundamentais no desafio de construir sistemas de saúde justos, eficientes e equânimes, conclamando-os construir uma agenda de trabalho pactuado com a sociedade. Em busca dessa transformação do sistema de saúde a partir das necessidades de saúde da população, a chamada Parceria Pentágono envolve decisores políticos, gestores de saúde, profissionais de saúde, instituições acadêmicas e comunidades (BOELEN, 2000).

Um estudo realizado por 20 (vinte) expertises profissionais e acadêmicas de diferentes países (FRENK et al, 2010) aponta estratégias para a educação em saúde, considerando as lacunas na formação dos profissionais em vários países e as problemáticas de saúde do século 21. Os autores sugerem a aproximação entre os sistemas de educação e saúde para gerar uma força de trabalho qualificada de forma a atender as necessidades de saúde da população. Consideram que as pessoas não são meros prestadores de serviços, mas sim co-produtores e direcionadores das necessidades e demandas em ambos os sistemas. Na Figura 2 os autores apresentam a proposta de integração entre os sistemas de educação e saúde:

Figura 2 - Estrutura de sistemas integrados



Fonte: Frenk et al, 2010 (traduzido).

Para alcançar este objetivo, Ceccim e Feuerwerker (2004) sugerem que a formação na área da saúde deve ser desenvolvida através de um quadrilátero que mescle ensino, gestão,

atenção e controle social. Os autores enfatizam a importância da articulação entre os setores educação e saúde para a construção de uma educação no serviço/educação permanente agregando desenvolvimento pessoal e institucional. A qualificação profissional deve estar diretamente relacionada ao processo de trabalho, locus de reflexão crítica das práticas profissionais, recriando as teorias e a própria prática. Apontam também para o desafio da roda, como espaço de gestão colegiada (horizontal) e importante mecanismo participativo de gestão, repercutindo na formação e atenção quando as instâncias políticas envolvidas estiverem comprometidas.

A roda, como ferramenta da co-gestão de coletivos (CAMPOS, 2000), caracteriza-se por espaço de participação de profissionais e usuários para a tomada conjunta de decisões relativas ao processo de trabalho e gestão da saúde. Possui dimensões administrativa, política, pedagógica e terapêutica, visando a promoção da autonomia dos sujeitos ou grupos, a partir do empoderamento dos seus próprios problemas na busca de ações solucionadoras.

Tais espaços de reflexão crítica sobre a prática e teoria dentro das próprias equipes e locais de trabalho impulsionam o desenvolvimento de uma educação permanente de fato. O modelo da tenda invertida apresentado por Andrade et al (2004) e Pagani (2006) prevê que a proposta de educação e o ensino e aprendizagem aconteçam no próprio local de trabalho, nas unidades de saúde.

Na direção de uma atenção integral no SUS e na ESF, além das estratégias de educação na saúde nos cursos de graduação, voltadas para uma formação mais generalista e humanizada, o Ministério da Saúde deflagrou a necessidade de investimento na pós-graduação por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde, para formar profissionais implicados com a prática da colaboração interprofissional no cotidiano de seu trabalho, promovendo uma melhor atenção aos usuários e suas famílias.

### **4.3 Residências Multiprofissionais em Saúde**

As residências multiprofissionais ou em área profissional na saúde classificam-se como pós-graduação na modalidade *latu senso* destinada à formação em serviço de profissionais da área da saúde, com exceção dos médicos (BRASIL, 2012b). No Brasil, essa modalidade de formação “padrão ouro” constituiu-se muito atrelada à Medicina, instituída através do decreto nº 80.281, em 1977, e com foco na especialização e práticas liberais, individuais e curativas (DELLAGRAVE, 2008). A Lei 11.129 que cria a Residência

Multiprofissional ou em Área Profissional para as demais profissões da saúde foi instituída somente em 2005, apesar das experiências com esse tipo de formação já acontecerem em alguns municípios do Brasil desde a década de 90 (BRASIL, 2006b; BARRETO, OLIVEIRA e ANDRADE, 1999).

A criação das Residências Multiprofissionais tenciona o modelo hegemônico de especialização médica, na direção de um modelo de formação em serviço que promova a interação entre profissões, com foco na promoção da saúde e valorização dos princípios do SUS (BRASIL, 2006b). Propõe uma vivência em serviço, onde os residentes tem a oportunidade de aprimorar seu saber técnico e ampliar suas habilidades e competências dentro de um campo comum de atuação profissional.

Segundo Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde - CNRMS (BRASIL, 2012b) as residências para serem multiprofissionais devem contar com pelo menos três categorias profissionais, pois com menos que isso são consideradas residências em área profissional da saúde. Dellagrave (2008) apresenta ainda uma diferenciação entre Residência Integrada em Saúde (RIS), Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e Residência em Área Profissional da Saúde, considerando que a primeira prevê a integração e interação entre diferentes profissões, entre ensino e serviço, formação e prática; a segunda integra diferentes profissões, com exceção da Medicina, e preserva a especificidade de cada profissão ou apenas aborda o campo comum de atuação conforme a ênfase; e a última trata de formação em uma área/campo definida dentro de determinada profissão.

A CNRMS determinou na resolução nº 2 (BRASIL, 2012b) que o desenvolvimento das atividades devem ocorrer com uma duração mínima de 2 anos e carga horária de 60 horas semanais, com dedicação exclusiva, divididas em atividades práticas, teórico-práticas e teóricas. A organização dessas atividades deve contemplar os seguintes eixos orientadores:

- a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
- c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (BRASIL, 2012b, p. 24).

O modelo educacional adotado pela residência multiprofissional busca alinhamento com as necessidades de saúde da população, unindo conteúdos teóricos com a vivência prática de forma contextualizada e rompendo antigos modelos educacionais da área da saúde, na direção de uma educação permanente em saúde. Leva em conta a concepção ampliada de

saúde, por isso requer integração entre saberes e práticas bem como interação entre todos os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem-trabalho. Assim, corrobora com a proposta de Flenk et al (2010) quando apontam a necessidade de alinhamento do modelo educacional na área da saúde, atrelando teoria e prática, buscando minimizar lacunas oriundas do modelo proposto por Flexner em 1910, onde havia uma marcada divisão de ciclos de aprendizagem, importante para o início do século XX, por ocasião da integração da ciência moderna na formação profissional, porém obsoleta para as necessidades de saúde deflagradas no século XXI.

O Projeto Pedagógico da RMS deve contemplar metodologias que integrem os saberes entre as diversas profissões, priorizando aquelas de cunho participativo e comunitário. Deve ser elaborado e instituído conjuntamente pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU, coordenação do programa, Núcleo Docente Assistencial Estruturante - NDAE, docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes (BRASIL 2012b).

O NDAE é composto pelo coordenador do programa e representantes da tutoria, preceptoria e docentes. Não está previsto pagamento de bolsas para o NDAE através do MEC ou MS, cabendo ao gestor local a opção de fornecer algum tipo de pagamento ou auxílio conforme pactuações com os programas de residência. O NDAE possui as seguintes responsabilidades:

- I. acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação;
- II. assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários;
- III. promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS;
- IV. estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS (BRASIL, 2012b, p.24)

Na área da Educação Médica, os termos preceptor, tutor, supervisor e mentor foram sendo utilizados pela comunidade científica ao longo dos anos para descrever algumas figuras docentes-assistenciais, caracterizadas por profissionais mais experientes responsáveis pela formação tanto de profissionais generalistas, quanto na de especialistas. Botti e Rego (2008) indicam que cada função tem suas especificidades, e destacam a importância de definir e

delimitar o fazer de cada um, visando uma melhor qualidade na formação profissional. Ressaltam, porém que profissionais tutores, preceptores, supervisores ou mentores podem perpassar toda a formação médica e inclusive um profissional poderá exercer mais de uma função na formação de determinado aluno.

Nas RMS há diferenciação entre preceptores, tutores e docentes, conforme especificidades do programa e realidade local. A CNRMS apresenta competências de cada um desses atores, bem como sugere um perfil para cada um deles, conforme Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Competências dos tutores, preceptores e docentes das RMS

<b>Tutores</b>	<b>Preceptores</b>	<b>Docentes</b>
<i>Profissionais com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.</i>	<i>Profissionais vinculados à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.</i>	<i>Profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP</i>
<p>I. implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;</p> <p>II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;</p> <p>III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;</p> <p>IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;</p> <p>V. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;</p> <p>VI. participar do processo de avaliação dos residentes;</p> <p>VII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;</p>	<p>I. exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;</p> <p>II. orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;</p> <p>III. elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;</p> <p>IV. facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;</p> <p>V. participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;</p> <p>VI. identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas</p>	<p>I. articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;</p> <p>II. apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora;</p> <p>III. promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência;</p> <p>IV. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.</p>

VIII. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.	no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;
--	--

Fonte: Resolução Nº 2 da CNRMS (BRASIL, 2012b)

A resolução também especifica que o Preceptor deve estar nos cenários de prática e ser necessariamente da mesma categoria profissional que o residente, salvo em áreas de concentração em que as atividades desenvolvidas sejam de um campo comum. Em relação à tutoria, a resolução ressalta a existência de profissionais que acompanham residentes e preceptores no campo comum de conhecimentos ou em núcleo específico profissional (BRASIL, 2012b).

O coordenador do programa de RMS tem a função de gerenciar o programa, acompanhando e avaliando o Projeto Pedagógico, cuidar de toda a documentação e cumprindo deliberações da COREMU. Deve possuir titulação mínima de mestre e pelo menos três anos de experiência nas áreas da formação, atenção e/ou gestão (BRASIL, 2012b).

Contudo, o ator central do processo de ensino-aprendizagem em serviço das RMS é o profissional de saúde residente. Estes são profissionais da área da saúde, exceto medicina, com cadastro nos seus respectivos conselhos profissionais e aprovados no processo seletivo. Suas atribuições são:

- 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 co-responsável 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 (sessenta) 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 residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;
- XI - zelar pelo patrimônio institucional;
- XII - participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;

- XIII - manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;
- XIV - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento. (BRASIL, 2012b, p. 25).

É importante ressaltar que os programas de residência são aprovados contemplando áreas prioritárias, conforme necessidades de saúde da população. Na ocasião da criação das RMS, a área prioritária foi a Saúde da Família, já que a ESF possui uma grande abrangência nacional e proximidade do local de moradia das pessoas. Com a formação em serviço na ESF é possível desenvolver competências coesas com a proposta de mudança de modelo de atenção da ESF, bem como com a proposta de uma Educação Permanente em Saúde que integre formação, atenção, participação social e gestão.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo e abordagem do estudo

O presente trabalho faz parte da pesquisa intitulada “Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará: um estudo de caso” realizada pelo Laboratório de Pesquisa em Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho em Saúde coordenado pela Prof. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. O recorte realizado para esta dissertação tem como objetivo analisar a implementação da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família Comunidade da ESP-CE. A investigação ocorreu em sete dos nove municípios onde o programa iniciou suas atividades de formação em serviço, a partir de 2013.

Elegeu-se como modalidade de abordagem compreensiva o estudo de caso que, segundo Yin (2015), é uma investigação empírica que proporciona analisar um fenômeno contemporâneo no contexto em que ele ocorre, baseando-se em múltiplas fontes de evidência. De acordo com o autor, este tipo de estudo se beneficia de um modelo ou referenciais teóricos que embasem a coleta e a análise de dados.

Esses tipos de estudo “*utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão*” (MINAYO, 2010; p. 164), assim como utilizam também métodos de estudos quantitativos associados aos qualitativos, pois o objetivo é explorar, descrever e analisar um fenômeno contemporâneo complexo da forma mais abrangente possível. Segundo Yin (2015) o estudo de caso permite a investigação que preserva as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores.

A técnica básica do estudo de caso é considerar todas as estratégias de pesquisa de uma maneira pluralística - como parte de um repertório para se realizar pesquisa em ciências sociais a partir da qual o pesquisador pode estabelecer seu procedimento de acordo com a determinada situação (YIN, 2015).

Nesse sentido, pretendeu-se analisar o processo de implementação da residência nos municípios do Estado do Ceará que foram os primeiros a implantar turmas da RIS-ESP/CE em Saúde da Família e Comunidade a partir de 2013. Nove municípios estavam dentro deste

critério, porém, um deles foi excluído por ter havido transferência das equipes de residentes para outros municípios, em virtude de problemas na gestão municipal. Outro município não foi incluído pelo limite de tempo para execução da pesquisa. Ao final, portanto, foram investigados 7 (sete) municípios.

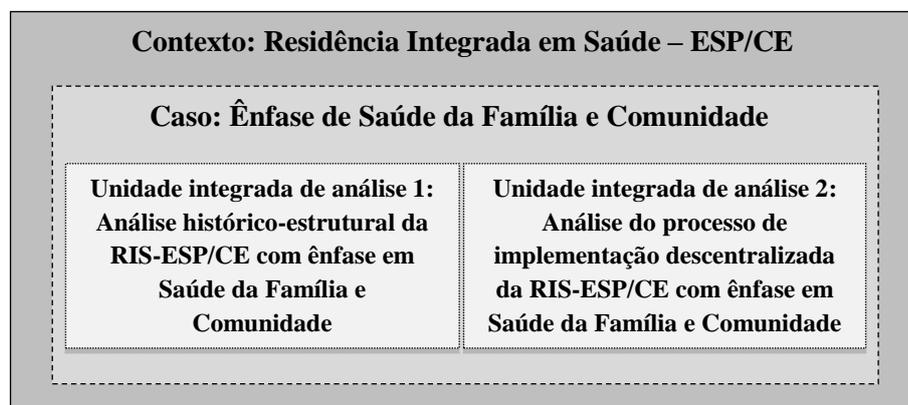
Esta pesquisa trata de um estudo de caso único integrado, pois apresenta duas unidades de análise dentro do mesmo caso, sendo descritivo e exploratório. Para justificar a escolha dessa metodologia, também elegemos a perspectiva adotada por Yin (2015), que diferencia casos únicos e múltiplos, conforme os contextos e circunstâncias relacionados ao caso, apresentando cinco justificativas para se trabalhar o caso único: o caso deve ser crítico, peculiar, comum, revelador ou longitudinal. No caso da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde Família e Comunidade, acreditamos que se trata de um caso único revelador, dado ser um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde que apesar de ter similares em vários estados do país, possui um desenho ousado e específico de descentralização para vários municípios do interior, e de gestão efetuada em parceria por órgãos vinculados às três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tendo uma maior escala e complexidade na gestão.

Para operacionalizar a RIS-ESP/CE, foi criada uma estrutura organizacional em que o Ministério da Saúde assumiu o papel de principal financiador e regulamentador do programa, a Escola de Saúde Pública do Ceará, vinculada ao governo estadual, assumiu o papel de instituição formadora e as gestões municipais de instituições executoras. O interesse é compreender se mesmo com a descentralização da residência para vários municípios do estado, o que reduz o controle das instituições formadora e reguladora no processo de educação pelo trabalho, o programa consegue desencadear processos que contribuam para a boa formação do residente e para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família nos contextos locais.

A RIS-ESP/CE trata de um programa que integra dez ênfases de residências multiprofissionais e uma em área profissional, dividida em dois componentes, o comunitário e o hospitalar (CEARÁ, 2014), que integra treze profissões e onze ênfases, correspondendo ao contexto do estudo. O caso a ser estudado é a ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE. Ressaltamos aqui um critério proposto por Yin (2015) que todo estudo de caso inclui o desejo de analisar as condições contextuais em relação ao caso, reconhecendo desta forma que os limites entre o contexto e o caso não são rígidos.

As unidades de análise<sup>1</sup>, neste estudo, correspondem ao programa RIS-ESP/CE, do qual se executa uma análise histórico-estrutural com enfoque na ênfase em Saúde da Família e Comunidade (baseada na revisão documental e em entrevistas abertas com a coordenação geral e de ênfase da RIS-ESP/CE em Saúde da Família e Comunidade) e uma análise do processo de implementação da residência em cada município, investigado por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas com os gestores municipais, preceptores em saúde da família, residentes em saúde da família, trabalhadores de saúde da família que atuam nos mesmos serviços que os residentes, mais revisão dos módulos da residência disponibilizados na plataforma do curso. A unidade de análise do processo de implementação da ênfase em Saúde da Família nos municípios foi subdividida em subunidades, relativas à percepção de cada um dos grupos de atores implicados com a residência, segundo função exercida. Utilizando as definições de Yin (2015), construímos a Figura 3 para ilustrar o estudo de caso único integrado referente a esta pesquisa.

Figura 3 - Estudo de caso único integrado da RIS-ESP/CE ênfase Saúde da Família e Comunidade



Fonte: Autoria própria, baseado em Yin (2015).

## 5.2 Processos e instrumentos de coleta de informações

A investigação foi desenvolvida utilizando-se técnicas de análise documental e entrevistas semi-estruturadas e abertas.

Nas pesquisas qualitativas a revisão e análise documental visam obter informações relevantes para a compreensão do objeto investigado. Gil (2002) aproxima a pesquisa

<sup>1</sup> Conforme definição de Tobar e Yalour, na dissertação de Lira (2003), unidades de análise são os objetos da pesquisa de onde os dados serão providos, sejam pessoas, grupos ou instituições investigadas através de instrumentos de análise ou medição.

documental da bibliográfica, porém ressalta que na documental há uma maior diversidade de fontes, pois podem ser utilizados documentos catalogados ou não, com ou sem tratamento analítico prévio. Também aponta uma série de vantagens na utilização dos documentos, dentre elas a possibilidade de resgate histórico de informações relativas ao objeto.

Neste estudo, a coleta de documentos foi realizada por meio de pesquisas na plataforma virtual da RIS-ESP/CE (<http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/>) e visitas à coordenação do programa. Os materiais coletados foram: Projeto Pedagógico da ênfase de Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE, o Regimento do programa de residência, o Edital de Seleção, Portfólio da RIS-ESP/CE, as Resoluções da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU, os Manuais dos Módulos semi-presenciais, sistema de avaliação e registros de atividades.

A entrevista é uma das formas mais utilizadas de coleta de dados em pesquisa qualitativa. Consiste em um método proposto pelo entrevistador para obtenção de dados pertinentes ao objeto de pesquisa (MINAYO, 2010). Pode ser estruturada previamente, bem como semi-estruturada ou aberta. Nesta pesquisa foram realizadas 42 (quarenta e duas) entrevistas semi-estruturadas, que partiram de roteiros pré-estabelecidos (Apêndices A, B, C, D) e outras 2 (duas) entrevistas abertas. As entrevistas foram gravadas e realizadas mediante consentimento do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Também foi realizada uma oficina com o grupo de pesquisa Educação e Colaboração Interprofissional em Saúde, composto por pesquisadores com experiência em residência e em metodologia de pesquisa qualitativa. Na ocasião foi realizado um seminário de pesquisa, onde foi explorado e discutido o método de categorização da análise temática. Posteriormente, o grupo esboçou a primeira pré-análise dos dados sobre a RIS-ESP/CE, ênfase Saúde da Família e Comunidade, de onde emergiram algumas categorias iniciais a partir do corpus de dados obtidos nas entrevistas coletadas até o momento.

### **5.3 Período**

A pesquisa está sendo traçada desde o ingresso no Mestrado em Saúde da Família da UFC, em fevereiro de 2014, quando iniciamos a delimitação do objeto, revisão de literatura e estruturação teórico-metodológica do projeto. A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2015 a maio de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A análise dos

dados teve início concomitante à fase de coleta de dados, estendendo-se até o mês de agosto de 2016.

#### 5.4 Cenários

Os cenários do estudo são sete municípios onde a primeira turma da Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE foi implantada e que puderam ser investigados, aqui denominados de Município 1 (um) a 7 (sete), respeitando os princípios éticos em pesquisa e o sigilo para com os participantes entrevistados de cada município.

Apesar de possuírem muitas características em comum, os municípios cenários desse estudo têm também histórias que os distinguem. Entre as características semelhantes estão localizar-se no Ceará e no semi-árido nordestino, terem a maioria de sua população em extratos de baixa renda e possuírem secretarias municipais de saúde e uma rede de unidades com equipes de saúde da família, e, terem aderido ao projeto das Residências Integradas em Saúde da ESP/CE. Entre as características específicas estão o contexto histórico singular de constituição do município, a dinâmica das forças políticas que atuam em seu território, as estratégias de gestão e organização das políticas públicas empregadas pelo governo municipal, e, em especial, a estrutura e o processo de gerencia das unidades básicas de saúde onde os residentes em saúde da família atuam.

A seguir, a Tabela 1 apresenta informações gerais sobre os cenários do estudo. Em seguida fizemos uma breve descrição de cada município, pontuando informações acerca do sistema municipal de saúde.

Tabela 1 - Informações gerais dos cenários do estudo

Município	População (habitantes)	Equipes ESF	Cobertura	Famílias atendidas	Região de Saúde	Preceptores	Residentes
Município 1	72.248	15	76,93%	18.591	7ª CRES	10	25
Município 2	47.645	19	97,86%	13.533	19ª CRES	7	16
Município 3	62.002	20	96,42%	23.112	22ª CRES	11	27
Município 4	100.733	28	93,10%	31.690	17ª CRES	10	19
Município 5	210.749	53	83,91%	48.963	3ª CRES	7	11

Município 6	84.648	20	82,15%	24.468	8ª CRES	5	23
Município 7	57.498	22	98,36%	18.147	14ª CRES	5	16
<b>Total</b>	<b>635.523</b>	<b>177</b>	<b>-</b>	<b>178.504</b>	<b>-</b>	<b>55</b>	<b>137</b>

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2014a); Banco de Dados Preceptores RIS-ESP/CE 2014 e Banco de Dados Turma 1 e Turma 2 RIS-ESP/CE 2014

#### **5.4.1 Município 1**

O município 1 está localizado há aproximadamente 150 Km da capital Fortaleza, fazendo parte da 7ª Região Estadual de Saúde<sup>2</sup>. Possui uma população estimada de 72.248 habitantes e 15 equipes de Saúde da Família com uma taxa de cobertura de 76,93%, atendendo 18.591 famílias (BRASIL, 2014a; IBGE, 2014). A rede municipal de saúde é composta por um total de 73 estabelecimentos de saúde entre públicos e privados, dentre estes: 15 unidades de Saúde da Família; 3 Hospitais gerais; 2 Unidades do SAMU; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma Policlínica de abrangência regional; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); além de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA em fase de instalação (BRASIL, 2014a).

#### **5.4.2 Município 2**

Localizado a aproximadamente 524 Km da capital Fortaleza, o Município 2 faz parte da 19ª Regional Estadual de Saúde (CEARÁ, 2010). Possui uma população de aproximadamente 47.645 habitantes, 19 equipes de Saúde da Família que acompanham 13.533 famílias, correspondendo a uma taxa de cobertura de 97,86% (BRASIL, 2014a; IBGE, 2014). A rede municipal de saúde conta com: 2 CAPS, 2 Hospitais gerais e um Hospital especializado, uma Policlínica de abrangência regional; 2 CEOs; 14 Equipes de Saúde Bucal; 3 Equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (BRASIL, 2014a).

<sup>2</sup> Segundo divisão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, em conformidade com a diretriz do SUS que refere acerca da regionalização, o estado está dividido em 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões. As regiões correspondem à agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados por características comuns definidas por fatores econômicos, sociais e culturais, com o objetivo de organizar e integrar as ações e serviços de saúde (CEARÁ, 2010).

### **5.4.3 Município 3**

Como parte da região metropolitana de Fortaleza, há cerca de 40 Km da capital, está situado o Município 3. Apesar da proximidade da capital, não compõe a mesma região de saúde, fazendo parte da 22ª Região Estadual de Saúde (CEARÁ, 2010). Possui uma população aproximada de 62.002 habitantes, com uma cobertura de quase totalidade da população (96,42%) pelas 20 equipes de Saúde da Família, correspondendo ao acompanhamento de 23.112 famílias (BRASIL, 2014a; IBGE, 2014). A rede local de saúde é composta por 20 estabelecimentos de saúde, dentre os quais: um Hospital geral; uma Unidade do SAMU; um CEO; 2 CAPS; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Pólo Academia da Saúde (BRASIL, 2014a).

### **5.4.4 Município 4**

O Município 4 está entre as dez cidades mais populosas do estado, com uma população estimada de 100.733 habitantes e uma densidade demográfica de 96,76 hab/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2014). Localizado a 382 Km de distância da capital, faz parte da 17ª Região Estadual de Saúde (CEARÁ, 2010). Sua rede local de saúde conta com: 4 Hospitais gerais; 2 Policlínicas de abrangência regional; 1 Centro de Hemoterapia; 2 CEOs; 3 CAPS e 28 equipes de Saúde da Família, responsáveis por acompanhar 31.690 famílias com uma taxa de cobertura de ESF de 93,1% (BRASIL, 2014a).

### **5.4.5 Município 5**

O Município 5 integra a região metropolitana de Fortaleza, situado a apenas 20 Km da capital, fazendo parte da 3ª Região Estadual de Saúde, dentro da macrorregião de Fortaleza (CEARÁ, 2010). Possui uma população estimada de 219.749 habitantes (IBGE, 2014), configurando desta forma uma cidade de grande porte. Possui 53 equipes de Saúde da Família, que acompanham 48.963 famílias, correspondendo a uma taxa de cobertura de ESF de 83,91%. Como parte da rede de saúde municipal existem 3 Hospitais Gerais; 3 Hospitais especializados; 2 CEOs; 6 equipes de NASF e 3 CAPS (BRASIL, 2014a).

#### **5.4.6 Município 6**

Município localizado no sertão central do estado, há cerca de 170 Km de distância da capital na 8ª Região Estadual de Saúde (CEARÁ, 2010). Possui uma população de aproximadamente 84.648 habitantes, contando com 20 equipes de Saúde da Família, que acompanham 24.468 famílias (82,15% de cobertura de ESF), dentro de uma rede de serviços composta por: 2 Hospitais gerais; uma Policlínica com atendimento pelo SUS; uma Unidade móvel do SAMU; um Centro de Hemoterapia; 2 CAPS; um CEO; uma UPA (BRASIL, 2014a).

#### **5.4.7 Município 7**

O Município 7 está localizado há 337 Km da capital e faz parte da 14ª Região de Saúde (CEARÁ, 2010). A população estimada é de 57.498 habitantes, com uma taxa de cobertura pela ESF de 98,36%, ou seja, quase a totalidade das pessoas residentes no município são acompanhadas, correspondendo a 18.147 famílias (IBGE, 2014; BRASIL, 2014a). Possui um quantitativo de 22 equipes de Saúde da Família, além de uma rede municipal de saúde com um Hospital geral; um Hospital especializado; uma Policlínica; 2 CAPS e 2 equipes de NASF(BRASIL, 2014a).

### **5.5 Participantes do estudo**

A amostra do estudo foi intencional, tendo havido o objetivo de compreender como os diversos tipos de atores envolvidos com a RIS-ESP/CE na ênfase em Saúde da Família e Comunidade percebiam seu processo de criação e de implementação em cada município. Neste sentido foram incluídos: a coordenadora geral da RIS-ESP/CE; o coordenador da ênfase em saúde da família e comunidade na ESP/CE; residentes; preceptores; articuladores da residência nos municípios; além de secretários municipais de saúde; coordenadores da Atenção Primária e trabalhadores dos centros de saúde que acolheram a RIS-ESP/CE em sete municípios, dos nove que receberam a turma de residentes iniciada em 2013.

São considerados residentes os profissionais de nível superior das categorias profissionais que fazem parte do programa, aprovados em seleção para realizar formação padrão ouro em caráter de especialização *latu senso*. São seis as categorias profissionais que

integram a ênfase de Saúde da Família e Comunidade: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. As atividades realizadas pelos residentes estão distribuídas em 60 horas tanto nos serviços de saúde como em atividades pedagógicas (CEARÁ, 2014).

Os residentes são acompanhados por corpo docente composto por coordenador e tutores e preceptores de campo e núcleo<sup>3</sup> nas atividades teóricas, práticas e teórico-práticas. Para obtenção de informações nesta pesquisa foram entrevistados somente preceptores de campo e núcleo, por exercerem sua função pedagógica nos cenários de prática da ênfase de Saúde da Família e Comunidade.

Os preceptores de campo desenvolvem suas atividades facilitando os processos pedagógicos do campo comum de saberes, acompanhando os processos da formação em serviço em equipe. Além disso, atuam na interlocução entre residentes, gestores e instituição formadora. No contexto da RIS-ESP/CE, esses preceptores são profissionais contratados das prefeituras em regime de 40 horas semanais, dividindo sua carga horária entre atividades de acompanhamento dos residentes e atividades de atenção e/ou gestão em saúde. Já o preceptor de núcleo precisa ser da mesma categoria profissional dos residentes sob seu apoio pedagógico, porém disponibiliza somente 12 horas semanais para acompanhamento e discussão das práticas desempenhadas pelo núcleo profissional na ESF, mesmo que em territórios diferentes no mesmo município. Tanto preceptores de núcleo como de campo são indicados pela Secretaria de Saúde do Município em que possuem vínculo, recebendo incentivos financeiros ou não para assumirem a função, conforme funcionamento de cada prefeitura. Contudo, a ESP/CE orienta um perfil para esses preceptores, dando preferência aos profissionais especialistas, disponibilizando inclusive um curso de especialização em preceptoria aos preceptores da primeira turma (CEARÁ, 2014).

Os coordenadores locais, também conhecidos como articuladores, são profissionais com função estratégica na interlocução entre a ESP/CE, a gestão municipal, os residentes e preceptores. Conforme pactuação realizada entre ESP e municípios no ato da implantação do programa, cada município deveria disponibilizar um coordenador local com “pelo menos 20h de atuação, para viabilização das questões logísticas inerentes ao programa, uma vez que a Escola de Saúde Pública é localizada na capital do estado, distante dos municípios” (CEARÁ, 2014).

---

<sup>3</sup> Os conceitos de campo e núcleo foram elaborados por Campos (1997) para ressaltar a existência de práticas e saberes específicos das categorias profissionais – núcleo – e as demandas que extrapolam essas especificidades de competência e responsabilidade – campo.

Os Secretários Municipais e Coordenadores de Atenção Primária em cada município correspondem à esfera de gestão municipal da Saúde, responsáveis pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações em saúde no âmbito municipal (BRASIL, 1997).

Os gerentes de unidades de saúde correspondem à esfera de gestão local, em nível territorial, gerindo uma ou mais equipes de ESF lotadas na unidade de saúde, nesse contexto apoiadas pelos residentes. Os trabalhadores de saúde correspondem aos integrantes das equipes de ESF que tiveram apoio de equipes de residentes da RIS-ESP/CE da ênfase de saúde da família e comunidade.

Os participantes foram contatados para as entrevistas, elegendo-se pelo menos um para cada categoria supracitada, de preferência aquele que tinha maior tempo de participação na RIS-ESP/CE. Houve dificuldade de agenda de alguns participantes, não sendo possível, portanto, realizar entrevista com todos os que foram convidados. Contudo, consideramos que a falta de algumas entrevistas não comprometeu a pesquisa, já que trata de um estudo de caso único com enfoque na Ênfase de Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE e não nas unidades de análise do caso ou nos municípios.

Para a análise das informações utilizamos códigos/abreviaturas para cada informante-chave, juntamente com o número correspondente do município, como por exemplo: SS4 corresponde ao Secretário de Saúde do Município 4 e RES7 corresponde ao Residente do município 7. A tabela 2 explicita a quantidade de entrevistas realizadas, por município e informante:

Tabela 2 - Quantidade de entrevistas realizadas no estudo de caso por participante (2015-2016)

Município	Gestores dos municípios			Trabalhadores da ESF		Preceptor (PREC)	Residente (RES)	TOTAL
	Secretário de Saúde (SS)	Coordenador de Atenção Primária (CAP)	Articulador (ART)	Gerente de unidade (G)	Trabalhador ESF (T)			
Município 1	1	1	1	1	-	1	1	6
Município 2	1	-	1	1	1	1	3	8
Município 3	1	1	1	1	1	-	-	5
Município 4	1	1	1	1	1	1	1	7
Município 5	1	1	1	1	-	1	-	5
Município 6	1	1	-	1	1	1	1	6
Município 7	1	1	-	1	-	1	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>42</b>

Fonte: Autoria própria

## 5.6 Análise e discussão dos resultados

As unidades de análise deste estudo são o processo histórico-estrutural da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e o processo de implementação da residência nos municípios, sendo o *corpus* de dados assim conformado:

- a) Análise do processo histórico estrutural da RIS-ESP/CE com ênfase em saúde da família e comunidade:
  - Revisão documental: Projeto Pedagógico, Regimento e Editais de Seleção;
  - Entrevista da coordenação geral e da coordenação da ênfase em saúde da família e comunidade da RIS-ESP/CE.
  
- b) Análise do processo de implementação da RIS-ESP/CE com ênfase em saúde da família e comunidade nos municípios:
  - Revisão documental: Portfólio; Resoluções da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU, sistema de avaliação e registros de atividades.
  - Entrevistas com gestores municipais, dentre os quais estão Secretários Municipais, Coordenadores de Atenção Primária e Articuladores da RIS no município;
  - Entrevistas com gerentes e trabalhadores das Unidades de Saúde da Família que acolheram a RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade.
  - Entrevistas com preceptores de saúde da família dos municípios;
  - Entrevistas com residentes de saúde da família.

Para compreensão e discussão do *corpus* de dados coletado foi utilizada a análise temática. Essa técnica de pesquisa configura-se como uma análise das comunicações por meio de procedimentos sistemáticos na busca da compreensão das informações para dedução de conhecimentos referentes às condições de produção, e é uma das técnicas da análise de conteúdo (BARDIN, 2014).

Uma análise temática trabalha com a noção de temas principais apreendidos por meio da coleta de dados, buscando formular sentidos a partir dessa categorização. Segundo Bardin (2014) este tipo de análise “pretende tomar em consideração a totalidade de um texto,

passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença ou de ausência de itens de sentido”.

As etapas de análise organizam-se em três momentos: 1) pré-análise, em que se realiza uma leitura geral para exploração inicial do material; 2) exploração do material, onde primeiro realiza-se um recorte do texto, depois define-se regras de classificação e por último é feita a divisão em categorias; 3) tratamento dos resultados, destacando as informações obtidas para apreciação (BARDIN, 2014).

A análise documental ocorreu através da leitura e releitura, utilização de grifos e notas reflexivas, bem como fichamentos dos documentos recolhidos, extraindo pontos relevantes para discussão dos resultados acerca do histórico, da gestão e aspectos institucionais, da organização da ênfase e do acompanhamento pedagógico.

Para categorizar os dados coletados nas entrevistas, inicialmente realizamos uma oficina de análise, em que contamos com a colaboração de outros 16 pesquisadores do grupo Educação e Colaboração Interprofissional em Saúde, todos profissionais da área da saúde com experiência em residência multiprofissional como preceptor ou egressos. Os pesquisadores foram divididos em 4 grupos de acordo com as entrevistas transcritas até aquele momento. No primeiro momento da oficina, cada grupo realizou uma leitura das transcrições das entrevistas e identificou um conjunto de núcleos de sentidos. Na etapa seguinte da oficina, os núcleos de sentido identificados foram apresentados ao grupo completo e agrupados por semelhança em tópicos (Apêndice F).

Posteriormente ao momento da oficina, após leitura exaustiva do conjunto final de todas as transcrições pela autora, foi realizada extração dos principais núcleos de sentido das entrevistas e documentos, realizando assim o processo de codificação sugerido por Creswell (2007), conforme o Quadro 3. Após esta etapa, a autora revisou e reordenou o conjunto de códigos produzidos na oficina, tendo elaborado matrizes de categorização em planilhas de Excel (Apêndice G).

Quadro 3 - Passos do processo de codificação

<b>Passo 1</b>	Extrair um sentido do todo	Ler as transcrições cuidadosamente	Tomar notas
<b>Passo 2</b>	Escolher um documento	Pergunta: a que se refere?	Pensar no sentido implícito da informação Anotar considerações na margem
<b>Passo 3</b>	Fazer uma lista de todos os tópicos	Agrupar tópicos similares	Classificar tópicos em principais, singulares e outros
<b>Passo 4</b>	Abreviar os tópicos como códigos	Escrever os códigos próximos dos segmentos associados do texto	
<b>Passo 5</b>	Transformar os tópicos em categorias (redação mais descritiva)	Agrupar tópicos que se relacionem	Desenhar linhas entre as categorias para mostrar interrelações
<b>Passo 6</b>	Decisão final quanto à abreviação de cada categoria	Colocar códigos em ordem alfabética	
<b>Passo 7</b>	Reunir dados de categoria em um único local	Fazer análise preliminar	
<b>Passo 8</b>	Recodifique os dados se necessário		

Fonte: Creswell (2007).

Após a classificação dos temas a partir do material extraído dos documentos e produzido nas entrevistas, de onde emergiram as categorias para análise, fizemos a discussão dos resultados das diversas fontes e técnicas de coleta empregadas, dialogando com a literatura que aborda o objeto de estudo. Minayo (2005) defende que uma postura dialética em pesquisa tende a valorizar a intencionalidade dos atos, das relações e estruturas sociais, em detrimento do objetivismo puro. Portanto, buscamos articular os dados coletados de diferentes fontes de informação, a literatura e a compreensão dos pesquisadores de forma complementar.

Os principais referenciais teóricos utilizados para a análise foram: Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família (STARFIELD, 2002; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006; ANDRADE, BARRETO e COELHO, 2013; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), Educação Permanente em Saúde (HADDAD et al, 1994; ANDRADE e BARRETO, 2007; CECCIM, 2005; CECCIM e FEUERWERKER, 2004; FLENK et al, 2010) e Residências Multiprofissionais em Saúde (DELLAGRAVE, 2008; BRASIL, 2006b).

## 5.7 Aspectos éticos e legais

O estudo é um recorte da Pesquisa intitulada “Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará: um estudo de casos” realizada pelo Laboratório de Pesquisa em gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho em Saúde coordenado pela Prof. Dra. Ivana

Cristina de Holanda Cunha Barreto. O projeto guarda-chuva foi submetido na Plataforma Brasil e teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, recebendo aprovação por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, parecer de Número 1.121.574, de 28/05/2015.

Durante a coleta, foi realizada inicialmente conversa informal com os participantes explicitando os objetivos da pesquisa e o procedimento a ser realizado. Neste momento houve o convite para participação voluntária e esclarecimento de qualquer dúvida. Após o consentimento verbal foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E), para formalização e preservação ética dos sujeitos da pesquisa. Todos os sujeitos entrevistados foram bastante colaborativos e nenhum se recusou a responder os questionamentos das entrevistas, mesmo estando cientes que poderiam desistir a qualquer momento.

Os aspectos éticos e legais do estudo têm como base os Princípios Éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que destacada as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c). A resolução traz quatro princípios básicos que devem estar sempre presentes em pesquisas com indivíduos e coletividades como forma de garantir os direitos dos participantes: autonomia, que proporciona o livre arbítrio do sujeito quanto à participação na pesquisa mediante concordância em participar da pesquisa através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Consentimento Pós-Informado; beneficência, em que o pesquisador deverá avaliar todos os riscos e benefícios da pesquisa; não-maleficência garantindo que possíveis danos aos participantes sejam evitados; justiça e equidade, que garanta a relevância dos resultados obtidos através da pesquisa para a sociedade.

## **6 O CASO DA RIS-ESP/CE ÊNFASE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Como visto na revisão de literatura realizada neste trabalho, a Estratégia Saúde da Família possui papel fundamental na coordenação do cuidado em saúde e na aproximação da efetivação do direito à saúde no SUS, previsto em lei. Já a Educação Permanente em Saúde surge como proposta de reorientação da forma de pensar e fazer saúde, a partir da interface entre formação, atenção, gestão e controle social. E finalmente, as Residências Multiprofissionais em Saúde surgem como estratégia de Educação Permanente em Saúde, através da formação em serviço para fortalecimento do SUS. No caso da RIS-ESP/CE Ênfase de Saúde da Família e Comunidade, buscando a formação de profissionais qualificados para atuar na Atenção Primária em Saúde no contexto do interior do estado.

Neste capítulo a análise e discussão dos resultados do *corpus* de dados da pesquisa serão apresentadas segundo as unidades de análise estabelecidas: a análise do processo histórico-estrutural e análise da implementação descentralizada nos municípios. Partimos das questões de pesquisa e proposições teóricas dentro de cada unidade de análise, construindo padrões para a categorização. Nossas proposições básicas em relação à RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, é de que este programa de educação permanente em saúde contribui para o fortalecimento dos componentes essenciais<sup>4</sup> da APS e da ESF, e para a interiorização da formação interprofissional em saúde no Ceará.

### **6.1 Unidade de Análise 1 – Análise do processo histórico-estrutural da RIS-ESP/CE: um projeto de educação permanente interfederativo, interinstitucional e descentralizado**

Iniciamos a discussão dos resultados pela análise do processo histórico-estrutural da RIS-ESP/CE a partir dos documentos selecionados durante a coleta do material empírico da pesquisa e de entrevista aberta com a Coordenadora Geral da RIS-ESP/CE e do Coordenador da Ênfase em Saúde da Família. A análise documental foi realizada através da leitura exaustiva e sistematização das informações conforme recorrência e relevância para o estudo do caso da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. As entrevistas

---

<sup>4</sup> Partindo das perspectivas de Giovanella e Mendonça (2008) que referem atributos principais da APS e Starfield (2002) que pontua as principais responsabilidades da APS, trabalharemos com os seguintes componentes essenciais: ser um serviço de primeiro contato, acompanhamento longitudinal, a integralidade do sujeito e das ações, participação comunitária, acessibilidade, vínculo, coordenação do cuidado e a interprofissionalidade.

abertas foram transcritas e posteriormente submetidas à análise temática. Na discussão dos resultados relacionamos a análise documental com as entrevistas e literatura. Classificamos essa unidade de análise em categorias organizadas nos subitens neste tópico.

### **6.1.1 Arranjo institucional da residência**

Para responder às emergentes necessidades de saúde da população do estado do Ceará, o governo do estado vem trabalhando nos últimos anos numa expansão da Rede Estadual de Saúde. No âmbito da Atenção Especializada e Alta Complexidade, houve ampliação da rede hospitalar, construção de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas em cada Micro Região de saúde do Estado. No campo da Atenção Primária, nacionalmente houve aumento das equipes de ESF, bem como a implantação da estratégia NASF a partir de 2009. Essa conjuntura demandou uma maior integração e qualificação profissional, visando a melhoria das condições de saúde da população e maior resolutividade (CEARÁ, 2012).

Nesse contexto, a ESP/CE elabora um projeto de qualificação profissional no formato Residência Multiprofissional em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e buscando atender as necessidades de saúde do Ceará. Surge então a RIS-ESP/CE com um macro objetivo de “interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde, por meio da qualificação de profissionais, de forma a contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do SUS” (CEARÁ, 2013a, p. 5).

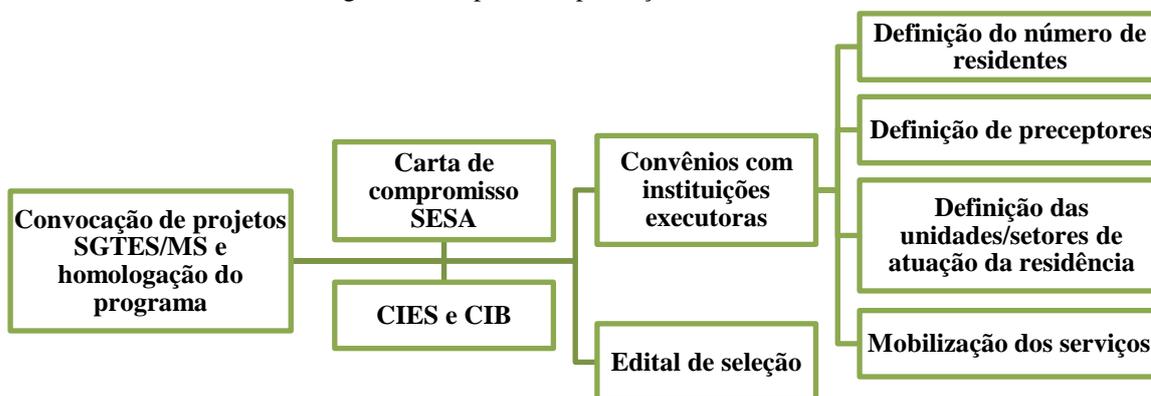
A ESP/CE submete o projeto da RIS ao edital de convocação para submissão de projetos de Residência Multiprofissional em Saúde (Edital SGTES/MS/MEC nº17/2011), o projeto supracitado, com uma proposta inicial de quatro ênfases integradas: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Saúde Coletiva e Cancerologia. Em 2012, o MEC e o MS homologam a proposta da RIS-ESP/CE (Portaria Conjunta MS/MÊS nº7/2012), autorizando o projeto das quatro ênfases de residência multiprofissional no estado do Ceará. No mesmo ano, a ESP/CE concorre novamente à sete novos projetos de ênfases hospitalares, através do Edital SGTES/MS/MÊS nº 28/2012, aprovados por Portaria Conjunta MS/MEC nº 11/2013 (CEARÁ, 2015).

O gestor da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) firma então compromisso de implementar os programas de residência multiprofissional em saúde no estado por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará, através da publicação de documentos oficiais formalizando implantação e expansão (Ofício SESA nº 1.184/2012 e 2.978/2013) (CEARÁ, 2015).

A aprovação dos projetos foi submetida ainda à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Estadual que emitiu pareceres favoráveis tanto para implantação como para expansão da RIS-ESP/CE (Pareceres nº 2/2012; 3/2012; 4/2012; 5/2012; 8/2013; 9/2013; 10/2013 e 11/2013). A apreciação do projeto também foi submetida à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que, enquanto instância de discussão e negociação da operacionalização do SUS, composta por gestores da saúde do Estado e Municípios, publicou resoluções aprovando e homologando a implantação da RIS-ESP/CE e oficializando a ESP/CE como instituição formadora e, os Hospitais da Rede SESA, o Instituto José Frota (IJF), Instituto do Câncer do Ceará (ICC), a Coordenadoria das Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) da SESA e os municípios como instituições executoras (Resoluções nº 233/2013 e 328/2014) (CEARÁ, 2015).

Foram formalizados 29 convênios entre ESP/CE e instituições executoras. Cabe à instituição formadora a condução pedagógica do programa, através de: habilitação e formação de preceptores, acompanhamento das instituições executoras, processos seletivos para discentes e docentes, constituição de quadro docente (tutores de campo e núcleo e coordenadores), elaboração de material didático, avaliação discente e docente, remuneração de docentes-orientadores dos trabalhos de conclusão de curso, horas-aula de docentes convidados para atividades teóricas, transporte, despesas com material de consumo e gráfica. São atribuições das instituições executoras: sensibilização e mobilização da equipe gestora para o desenvolvimento do programa, integração do programa às atividades cotidianas do serviço, apoio à participação dos trabalhadores no processo, disponibilização de espaços para a realização de atividades teórico-práticas do programa, transporte intramunicipal de apoio às atividades do programa, material de consumo acadêmico e profissionais para assumir preceptoria de campo e núcleo (CEARÁ, 2015).

Figura 4 – Etapas de implantação da RIS-ESP/CE



Fonte: Autoria própria

O primeiro edital de seleção da RIS-ESP/CE foi lançado em fevereiro de 2013 (Edital nº3/2013) referente ao primeiro projeto aprovado com quatro ênfases. Para a primeira turma, foram selecionados 222 profissionais residentes de diferentes categorias, distribuídos em dez municípios e um hospital (Tabela 3).

As duas turmas subsequentes já contemplaram a expansão das ênfases hospitalares. Para a segunda turma, no ano seguinte, foram selecionados 341 profissionais residentes (Edital nº 01/2014), sendo 129 vagas para o componente hospitalar (distribuídas em oito ênfases em sete hospitais da capital), mantidas as 26 vagas para a ênfase de Saúde Coletiva, mantidas as 53 vagas para Saúde Mental Coletiva e ampliadas para 133 na ênfase de Saúde da Família e Comunidade (CEARÁ, 2014a). Para a terceira turma foram selecionados 327 profissionais residentes (Edital nº 63/2014), permanecendo as 129 vagas para o componente hospitalar, 26 vagas para Saúde Coletiva, 53 para Saúde Mental Coletiva e retomando 119 vagas para a ênfase de Saúde da Família e Comunidade (CEARÁ, 2014b).

Tabela 3 - Distribuição das vagas da primeira turma da RIS-ESP/CE

Ênfase	Categorias	Quantidade	Total
Saúde da família e Comunidade	Enfermagem	33	119
	Fisioterapia	15	
	Nutrição	12	
	Odontologia	31	
	Psicologia	14	
	Serviço Social	14	
Saúde Mental Coletiva	Enfermagem	13	53
	Educação Física	6	
	Serviço Social	11	
	Psicologia	12	
	Terapia Ocupacional	11	
Saúde Coletiva	Sanitarista preferencialmente graduados em: Saúde Coletiva, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária e Biomedicina	26	26
Cancerologia	Enfermagem	4	24
	Farmácia	4	
	Fisioterapia	4	
	Nutrição	4	
	Psicologia	4	

Serviço Social	4
<b>Total</b>	<b>222</b>

Fonte: Edital nº 03/2013(CEARÁ, 2013d).

Fazem parte do corpo docente da residência: coordenação geral, coordenação das ênfases, tutores de campo e núcleo, orientadores de serviço (articuladores) e preceptores de campo e núcleo. O Regimento da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2013a), a revisão de literatura e metodologia desta pesquisa apresentam a definição das funções docentes, imprescindíveis à existência do programa, em conformidade com legislação de residências em saúde.

A coordenação geral da RIS-ESP/CE e a coordenação da ênfase de saúde da família e comunidade possuem funções imprescindíveis à elaboração e efetivação do arranjo organizacional e institucional do programa. Nas entrevistas realizadas, tanto a coordenadora geral como o coordenador de ênfase destacam múltiplas funções associadas ao desempenho da coordenação.

*[...] o meu papel tem o perfil pedagógico, tem dimensões pedagógicas, administrativas e uma dimensão política. A parte pedagógica é quando a gente pensa no currículo, no perfil do ingresso e do egresso, que estratégias pedagógicas e competências a gente quer definir, tentando fazer esse alinhamento de que a residência (RIS) seja, de fato, integrada, pensar o currículo mesmo da parte educacional, considerando não só as fragilidades, mas também as necessidades formativas de quem entra na residência. Na parte administrativa, desde pensar nos fluxos administrativos de assiduidade, frequência, instrumentos, formulários, de legislação da residência, regras, normas, atendimento ao regimento da escola de saúde pública, porque tem o regimento da residência e da escola, de fazer esse alinhamento. A remuneração e seleção de tutores, toda a parte administrativa da residência. A parte política já é quando a gente se preocupa com a gestão externa da residência. Pra gente fazer a gestão de um processo, tenho que ter a gestão interna, pedagógico-administrativa, mas também tem uma gestão externa. Fazer com que a residência interaja com outros setores da escola de saúde pública e seja publicizada, a gente conseguiu. Dentro dessa parte política, tem também uma parte da gestão interna que envolve a dimensão política, que é a negociação com os municípios. Os convênios interinstitucionais com os municípios que executam residência com os hospitais, quando na fragilidade com os preceptores, a negociação com os gestores municipais, de hospitais, os secretários de saúde, pra que a gente consiga viabilizar a permanência dos preceptores no processo formativo e a remuneração, eu divido nessas três dimensões. (Coordenadora geral da RIS-ESP/CE)*

*Na função de coordenador a gente não só, digamos conduz programa na sua implantação de estratégias políticas e pedagógicas pra condução dele né do programa, mas a gente acaba acumulando as atividades como facilitação de momentos com os residentes, às vezes modelo mesmo de aula e por vezes usando, sendo facilitador de metodologias ativas de aprendizagem, fazendo a orientação de trabalhos de conclusão de curso ou de outros estudos equivalentes que nós esbarramos, acompanhando atividades de fórum de discussão virtual que é uma das estratégias aqui da residência, fazendo acompanhamento in loco a partir de visitas aos cenários de práticas da ênfase, fazendo com que o currículo seja executado com a construção dos módulos e de manuais pedagógicos pra preceptores e residentes,*

*conduzindo formação de preceptores, seja na formação curricular, seja também na facilitação de momentos, orientação de trabalhos com preceptores, conduzindo a dimensão política do programa, como os momentos de comissão de residência representando né a coordenação e conduzindo as pautas. Ainda no campo político, negociando todas as questões e demandas que envolvem o cenário de prática da residência com os secretários de saúde, já que os cenários de práticas são publicados ao município e não a própria Escola de Saúde Pública. Do ponto de vista burocrático, digamos assim institucional burocrático, viabilizando espaços físicos pra que a residência aconteça na Escola, instituições parceiras e cenários de práticas, por vezes fazendo articulações pra mobilizar recursos que nós não temos, fazendo uma lógica de apoio institucional aos serviços onde a residência é implantada, já visto que a educação permanente não se faz apenas com inserção de profissionais em uma formação né, mas disparando os processos da centralização do trabalho como um formador lá dos serviços, então isso requer uma demanda institucional focada na educação permanente. (Coordenador da ênfase de Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE)*

Nas falas dos coordenadores, percebemos atribuições relativas às dimensões pedagógica, administrativa e política. Na dimensão pedagógica, a coordenação se responsabiliza pela elaboração e efetivação dos currículos, bem como assume por vezes também o papel na docência dos residentes e preceptores, ministrando aulas ou orientando trabalhos. A dimensão administrativa impele os coordenadores a gerir os processos burocráticos do programa, desde a viabilização de materiais e espaços, até monitoramento das frequências. Já a dimensão política se apresenta através das relações estabelecidas e mediações com as esferas de governo e organizações responsáveis pelos contextos de prática da residência, no caso da ênfase em Saúde da Família as Secretarias Municipais de Saúde e as Unidades de Saúde da Família. Os coordenadores, ao assumirem essas responsabilidades, demonstram o compromisso institucional de efetivar uma boa implementação do programa.

Para acompanhamento dos residentes nos cenários de prática, atualmente a RIS-ESP/CE conta com a disponibilidade de 685 preceptores de campo e núcleo, dos quais 337 integram o componente hospitalar e 348 o componente comunitário (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva). Desse montante de preceptores, 450 profissionais estão passando por processo formativo na ESP/CE e 235 já concluíram capacitação (CEARÁ, 2015).

O processo de formação desses preceptores, de responsabilidade da ESP/CE, vem sendo desenvolvido por meio do Programa de Desenvolvimento Docente (PDD) do SUS, através de atividades de acompanhamento pedagógico, cursos de atualização e atividades de Educação à distância, visando o fortalecimento da educação permanente dos profissionais de saúde da Rede SUS Estadual.

O PDD, uma prioridade central da ESP-CE, atento às lacunas formativas e a necessidade de formar profissionais capazes de conviver com as transformações no setor saúde, tem o objetivo de aprimorar as competências docentes nessa área e, por consequência, melhorar a qualidade dos programas educacionais, de modo que preparem profissionais de saúde capazes para dar respostas mais adequadas às necessidades da sociedade. Este Programa tem o objetivo de aprimorar as competências dos participantes nos campos gerencial, social e pessoal, além das habilidades relativas ao campo técnico-profissional, para o desenvolvimento de currículos baseados em competências e utilização de metodologias ativas. (CEARÁ, 2012, p. 4)

O regime didático da residência, enquanto formação em serviço na modalidade de pós-graduação *latu sensu*, visa o desenvolvimento do saber (conhecimentos), do fazer (habilidades) e do ser (atitudes) dos profissionais residentes. Para tanto, o currículo compreende as seguintes vivências de aprendizagem (CEARÁ, 2013a):

I – Aprendizagem pelo trabalho (prática);

II - Aprendizagem teórico-prática;

III – Aprendizagem teórico-conceitual;

As atividades de aprendizagem pelo trabalho compreendem 80% (oitenta por cento) da carga horária semanal e consistem nas vivências práticas dos residentes nas equipes e serviços referentes a cada ênfase. Incluem também plantões e vivências em outros serviços da rede de saúde ou intersetorial, não ultrapassando 10% (dez por cento) da carga horária prática, conforme organização de cada ênfase e instituição executora e pactuações realizadas com a instituição formadora. Podem incluir finais de semana, feriados, períodos diurnos ou noturnos, contudo respeitando um dia de descanso semanal (CEARÁ, 2013a).

As atividades de aprendizagem teórico-práticas correspondem aos espaços de problematização do e no cenário de prática, onde são compartilhadas questões em relação ao processo de trabalho, explorando as dimensões do ‘ser’ e do ‘fazer’. Compreendem 10% (dez por cento) da carga horária total e são operacionalizadas através da Roda de Núcleo e da Roda de Campo, onde preceptores e profissionais residentes trabalham interfaces entre conteúdos dos módulos de ensino aprendizagem com a prática de núcleo ou campo de atuação profissional, bem como exploram temáticas de interesse comum. Nesses momentos, os preceptores de núcleo e campo também realizam acompanhamento e avaliação sistemática dos profissionais residentes (CEARÁ, 2013a).

As atividades de aprendizagem teórico-conceituais consistem nos módulos de ensino-aprendizagem e Estudo Individual, totalizando 10% (dez por cento) da carga horária total do residente. Nos módulos de ensino-aprendizagem são discutidos com professores da área temas teóricos transversais e específicos a cada ênfase, por meio de metodologias ativas e dialógicas. O calendário dessas atividades é preestabelecido pela coordenação da ESP/CE. Cada módulo prevê a realização de uma atividade prática ou teórico-prática cuja descrição deve ser desenvolvida e postada na plataforma de Educação à Distância da ESP/CE. Para a sistematização dessa e outras atividades escritas, como relatórios e o Trabalho de Conclusão de Curso, o residente tem uma carga horária semanal destinada ao estudo individual, ainda como parte das atividades de aprendizagem teórico-conceitual (CEARÁ, 2013a).

### **6.1.2 *Gestão compartilhada do programa***

A gestão compartilhada da RIS-ESP/CE se materializa desde a concepção das residências em saúde, a partir de um projeto interministerial de formação que envolve Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Para a condução do processo de formação em serviço, os ministérios, conjuntamente, estabeleceram que os programas de residência em saúde no país devem ser geridos por instituições formadoras e executoras. Estas, por sua vez, devem estabelecer conjuntamente todo o desenvolvimento do programa de residência, desde pactuações sobre os locais de atuação, envolvimento dos profissionais e condições de trabalho, até o desenvolvimento das atividades teóricas e práticas.

A coordenação da RIS-ESP/CE funciona em forma de colegiado gestor, composto por um coordenador geral e uma coordenação de cada ênfase. O colegiado de coordenação é responsável por todo o gerenciamento do processo pedagógico, administrativo e financeiro da RIS-ESP/CE. Isso envolve uma boa comunicação com as instituições executoras, gestores e profissionais, para garantir uma formação contextualizada, de forma a atender as necessidades dos atores da residência, dos serviços e da população e buscando atingir os objetivos da RIS-ESP/CE e suas ênfases (CEARÁ, 2013a).

Paralelo ao colegiado de coordenação está a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU da RIS-ESP/CE que se trata de uma instância consultiva e deliberativa

composta por um colegiado paritário com representações de doze segmentos, totalizando trinta e quatro membros envolvidos no programa, distribuídos entre: coordenação geral da COREMU, representação das coordenações das ênfases (representação dos componentes comunitário e hospitalar), representação de tutores e preceptores, representantes do profissionais-residentes, representação da gestão das instituições executoras (municípios, hospitais e CRES), representação da Diretoria Administrativo-Financeira da ESP/CE, representação da Coordenadoria de Políticas da SESA, representação da Coordenadoria de Gestão e Educação na Saúde da SESA, representação do Conselho Estadual de Saúde (CEARÁ, 2013a).

São atribuições da COREMU, conforme orientações da Resolução nº 2 do MEC e Regimento da RIS-ESP/CE:

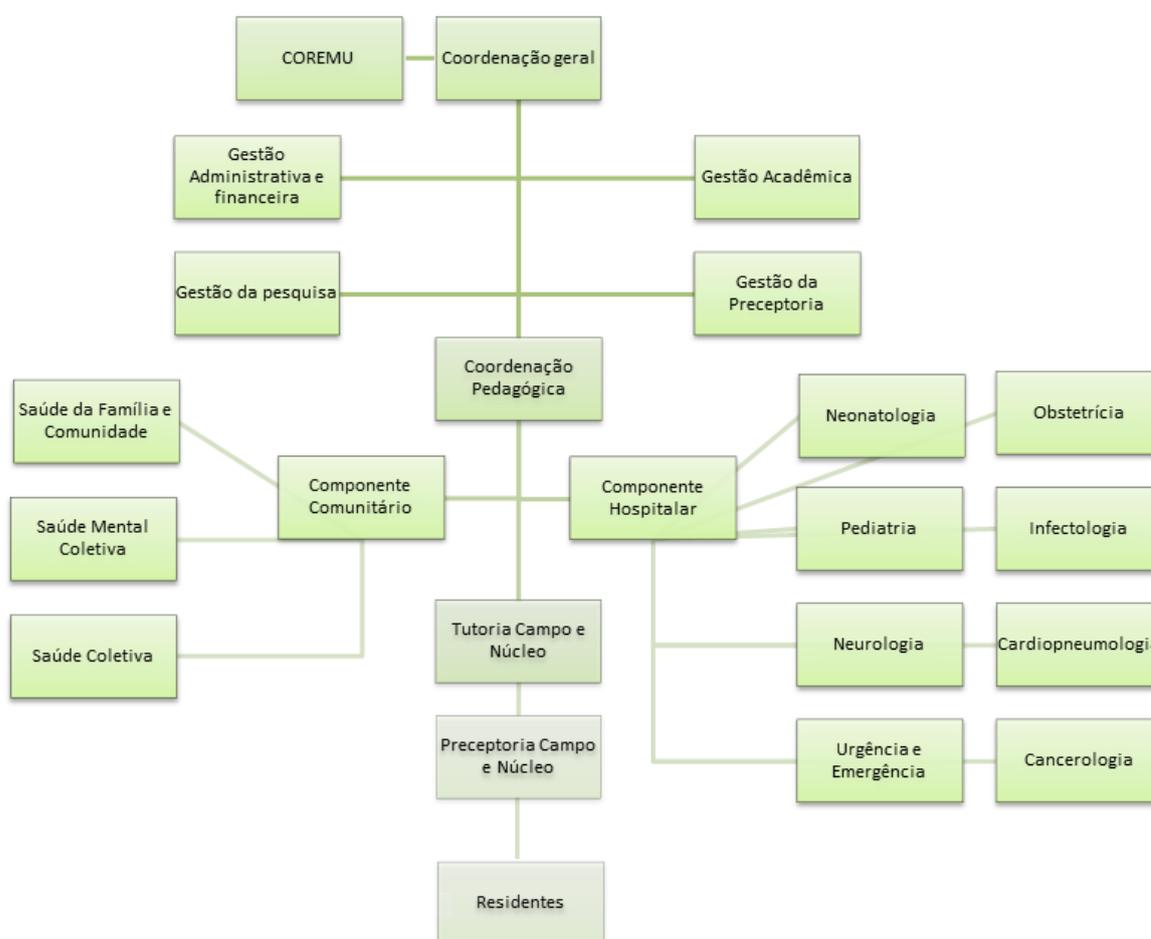
- I - Monitorar o desenvolvimento pedagógico, administrativo e financeiro da RIS-ESP/CE;
- II - Proceder aos entendimentos necessários com as instituições executoras, para o ajustamento adequado ao desenvolvimento da RIS-ESP/CE;
- III - Estabelecer o número de vagas por Instituição Executora até 10 (dez) dias antes do início do Programa, com base na proposição destas e necessidades de adequação a oferta de vagas e procura dos profissionais-residentes;
- IV - Deliberar sobre questões administrativas ou disciplinares que venham direta ou indiretamente envolver os profissionais-residentes, preceptores, tutores e coordenação;
- V - Participar do processo de construção do Programa Avaliativo da RIS-ESP/CE;
- VI - Avaliar, ao final de cada ano, a RIS-ESP/CE com a participação de todos os integrantes da COREMU, segmentos participantes e convidados;
- VII - Convidar quando no surgimento de demandas específicas, as instituições e/ou segmentos participantes, e outros, como: instâncias das gestões municipais e regionais, corpo de preceptores regionais, corpo de profissionais-residentes por categoria profissional e/ou regional entre outros;
- VIII - Discutir e deliberar sobre diretrizes para o processo seletivo da RIS-ESP/CE, inclusive sobre a composição (categorias profissionais) de cada equipe;
- IX - Deliberar pela redistribuição das vagas de profissionais-residentes quando no não preenchimento das mesmas;
- X - Deliberar em conformidade com a legislação pertinente. (CEARÁ, 2013a, p.9)

O coordenador da COREMU deve ser eleito em Reunião Geral da COREMU da RIS-ESP/CE, com mandato de um ano, podendo ter novos mandatos. Os representantes e suplentes dos demais segmentos serão indicados pelos próprios segmentos com mandato também de um ano. As deliberações da COREMU só podem acontecer na presença de quórum mínimo de um terço dos membros ou metade dos segmentos participantes. As reuniões ordinárias ocorrem bimestralmente, conforme calendário anual pactuado, ou de maneira extraordinária quando convocada pelo coordenador ou maioria absoluta, com convocação prévia de 48 horas (CEARÁ, 2013a).

A comissão de residência, por exemplo, tem um quórum, os integrantes, preceptores, tutores, coordenadores, gestores e residentes, as decisões no espaço consultivo e deliberativo devem ser por voto. Na condução a gente sempre tem feito por consenso e não por voto. Pra chegar ao consenso, é preciso saber ouvir, entender por que o sujeito está dizendo aquilo, abrir mão de algumas coisas. Por que a gente quer o consenso? Na COREMU, a gente não quer corporativismo. O residente, o preceptor, o coordenador pensa assim, muito embora, a gente entenda que cada um tem seus interesses. Mas todo mundo quer atingir aquela macro objetividade na residência, por mais que alguns se sintam em algum momento menos favorecidos, privilegiados ou ouvidos. Se a gente tenta chegar nesse consenso, a gente chega à residência. Isso, de certa forma, mexe com essa questão afetiva e relacional, não é a minha opinião somada à sua que decide. (Coordenadora geral da RIS-ESP/CE)

Conforme relato da coordenadora geral da RIS-ESP/CE as decisões tomadas na COREMU normalmente ocorrem por consenso, debatendo temas de interesse comum, visando o melhor para o programa. Essa tomada de decisão por consenso, dialogada, evidencia questões afetivas e relacionais entre os sujeitos.

Figura 5 - Organograma da RIS-ESP/CE (2014-2016)



Fonte: Portfólio RIS-ESP/CE (CEARÁ,2015)

De acordo com o organograma da RIS-ESP/CE, a COREMU funciona no topo da organização, paralela à coordenação geral. Apesar da estrutura hierárquica, a RIS-ESP/CE caracteriza-se por uma forma de gestão dialogada e coletiva, desde instâncias colegiadas e institucionais, como a COREMU, até negociações entre residentes, preceptores e gestores nos próprios cenários de prática.

### **6.1.3 Sistema de avaliação da RIS-ESP/CE**

O sistema de avaliação da RIS-ESP/CE busca qualificar a formação profissional proporcionada pela residência, através da avaliação dos sujeitos envolvidos: avaliação da cogestão e papéis das Instituições Formadora e Executoras, avaliação docente e avaliação discente. O processo avaliativo desenvolvido pelo programa também visa fortalecer a residência através de um alinhamento dos resultados à construção de propostas em planejamento estratégico.

A avaliação dos profissionais residentes possui caráter formativo e somativo, ocorrendo, portanto de forma processual, mas com momentos formais a cada semestre. O residente deve obter nota maior ou igual a sete ao final de cada ano, referente ao somatório dos seguintes critérios:

- 1 Desenvolvimento de atividades teórico-prática-conceitual e atividade produto dos módulos
  - 30% (trinta por cento) da nota final;
  - Disparada a cada Módulo (transversal ou específico);
  - Por equipe;
  - Responsáveis: tutoria e coordenação
  
- 2 Desenvolvimento das Competências
  - 30% (trinta por cento) da nota final;
  - Realizada no cotidiano da prática;
  - Dimensões do conhecer, saber-fazer, ser;
  - Individual;
  - Responsáveis: preceptoria campo e núcleo.

### 3 Assiduidade

- 40% (quarenta por cento) da nota final;
- Frequência nas atividades teórico-conceituais, teórico- práticas e práticas,
- Individual;
- Responsáveis: preceptoria, tutoria e coordenação.

As competências as quais se refere o segundo critério de avaliação dos residentes da RIS-ESP/CE devem expressar conhecimentos, habilidades e atitudes, a serem desenvolvidos pelos residentes nos cenários de práticas. Essas competências se constituem a partir do macro objetivo da residência e dos elementos do quadrilátero da Educação Permanente em Saúde (CECCIM e FEURWERKER, 2004): Atenção, Formação, Gestão e Participação Social, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Macro competências da RIS-ESP/CE

1) Organização do processo de trabalho em saúde a partir do território;
2) Fortalecimento da atenção integral nas redes de atenção, nos serviços de saúde e nas ações junto aos usuários e coletivos;
3) Intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre políticas públicas e dispositivos comunitários;
4) Fortalecimento da colaboração interprofissional e do trabalho em equipe nos serviços de saúde;
5) Compromisso ético político com o SUS e seus atores (residentes, profissionais, preceptores, gestores, usuários);
6) Desenvolvimento de processos de educação permanente no SUS comprometidos com a transformação do cenário de prática;
7) Produção do conhecimento com compromisso com a transformação da realidade e emancipação dos sujeitos envolvidos;
8) Desenvolvimento de ações para promoção da saúde e defesa da vida;
9) Atuação no SUS a partir da Educação Popular em Saúde;
10) Articulação comunitária e fortalecimento da participação e do controle social.

Fonte: Sistema de avaliação RIS (CEARÁ, 2013c)

Cada uma das competências possui elementos referentes ao conhecer-saber-fazer-ser, que são avaliados através de uma escala composta pelos itens sempre, na maioria das vezes, pouco, raramente e o item não apto a avaliar. O Anexo A contém o instrumento de avaliação por competências, aplicado pelos preceptores, em que podemos visualizar detalhamento de competências e elementos correspondentes.

Cada um dos módulos previstos nas atividades teórico-conceituais possui um manual disponível na plataforma de Educação à distância da RIS-ESP/CE no qual encontramos o

detalhamento das competências transversais, por ênfase e por núcleo a serem trabalhadas naquele módulo.

#### **6.1.4 Organização da ênfase de Saúde da Família e Comunidade**

A ênfase de Saúde da Família e Comunidade, objeto dessa pesquisa, iniciou suas atividades em nove municípios de médio porte do interior do estado. As justificativas para a implementação do programa com foco na interiorização da atenção primária, além das justificativas já listadas para a implantação da RIS-ESP/CE, foram classificadas em cinco eixos, conforme consta no Projeto Pedagógico da ênfase de Saúde da Família e Comunidade (CEARÁ, 2013):

- 1) Interiorização da formação em Saúde da Família para qualificação da ABS
  - Motivação dos profissionais envolvidos na APS local e regional;
  - Formação contextualizada às necessidades locais;
  - Formação de lideranças técnico-científicas na ESF;
  - Integração das redes assistenciais;
  - Desenvolver na ESF os atributos de vínculo, longitudinalidade e acessibilidade.
  
- 2) Capacitar profissionais para a atenção as doenças crônicas
  - Ampliação do NASF;
  - Inclusão de novas categorias na ESF com lacunas formativas para a atuação na APS;
  - Equipes de referência com necessidades de compreensão sobre a política da ESF.
  
- 3) Ceará pioneiro na ESF
  - Estruturação da ESF como coordenadora das redes assistenciais.
  
- 4) Interação efetiva da Estratégia Saúde da Família
  - Atuação na mesma rede de atenção, com ampliação do escopo de ações no âmbito da APS;

- Nova proposta de atuação, com vistas à atenção integral;
- Percepção e possibilidades de superação do desvio da função apoiadora do NASF em relação a ESF.

5) Expansão da rede especializada e hospitalar no Estado

- Exigência da coordenação do cuidado por parte da APS/ESF e integração das redes

Dentro da proposta da RIS-ESP/CE, a ênfase de Saúde da Família e Comunidade possui o objetivo de formar profissionais com papel técnico-científico-político para qualificar a função de coordenação do cuidado da ESF junto às redes de apoio, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde, através da colaboração interprofissional, embasada nos princípios e diretrizes do SUS (CEARÁ, 2013a).

Ao assumir o compromisso com a formação de profissionais mais críticos e comprometidos com a transformação da realidade, a ênfase de Saúde da Família e Comunidade tem como diretrizes pedagógicas: Educação Permanente em Saúde, Aprendizagem pelo trabalho em ato, Produção da saúde em Defesa da Vida, Promoção da Saúde e Educação Popular em Saúde (CEARÁ, 2013a).

O currículo baseado em competências (conhecer-saber-fazer-ser) busca contemplar orientações legais e as diretrizes pedagógicas. Além disso, integram os diferentes núcleos de saber e um campo comum de forma contextualizada localmente, conforme as falas dos coordenadores:

*[...] currículos integrados baseados no território onde a atuação interprofissional seja o centro da atuação e a integração em saúde seja centrada na necessidade da população e o paradigma da promoção da saúde ali com um paradigma que ajuda a entender as práticas e construir o serviço e o processo de trabalho [...](Coordenador da ênfase de Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE)*

*Veja bem, na saúde da família são seis profissões, na residência, você tem que construir um currículo que desenvolva competências para todos. É um currículo, mas na verdade são sete, porque tem que dar conta do núcleo profissional das seis e do que é comum às seis, que não está dentro do núcleo das seis, pode ser que não tenha. É como se fossem sete áreas, sete currículos. (Coordenadora geral da RIS-ESP/CE)*

O lócus de atuação da ênfase de Saúde da Família e Comunidade são os serviços referentes à rede de Atenção Primária de cada município, dentre os quais: Centros de Saúde da Família (CSF) e todas as atividades correlatas, o território de responsabilidade da equipe,

envolvendo domicílios e outros equipamentos (rede de saúde, outros setores, equipamentos sociais e não governamentais), serviços ambulatoriais especializados, rede de atenção hospitalar, serviços de urgência e emergência e rede de saúde mental (CEARÁ, 2013a).

As equipes de residentes em cada município são compostas por profissionais de referência (enfermeiro e dentista) e profissionais de apoio (assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo), que atuam na perspectiva das equipes de referência de ESF e equipes de apoio de NASF. Os profissionais residentes de referência possuem como instituição de atuação-base o CSF de Lotação, sendo responsáveis por uma área do território de responsabilidade do CSF. Já os profissionais residentes de apoio atuam no CSF de Lotação, mesmo dos residentes de referência, e no CSF Integrado, apoiando equipes de referência de cada CSF, incluindo equipes de não residentes de ambos os territórios (CEARÁ, 2013a).

Uma das principais estratégias de inserção nos territórios e na rotina dos serviços é a territorialização seguida de planejamento participativo, em que residentes conhecem os modos de vida da comunidade, interagem com equipes e usuários dos CSF de Lotação e Integrado, visando traçar ações prioritárias a ser desenvolvidas. Com a construção desse vínculo estratégico, os residentes aos poucos passam a integrar as equipes, assumindo uma corresponsabilidade sobre o processo de trabalho do CSF. Ao longo de todo o processo, terminam por proporcionar uma formação compartilhada no próprio local de trabalho, fortalecendo a Educação Permanente em Saúde no cotidiano dos serviços (CEARÁ, 2013a).

*De forma multi e inter, tudo feito junto, eles têm que fazer a territorialização da cidade, das questões culturais, epidemiológicas, históricas, políticas, das relações de poder daquela cidade, enfim, são ativados pra fazer esse percurso durante um mês, constroem um instrumento de coletividade e territorialização. A escola deu um tutorial, mas eles qualificam esse tutorial de territorialização e tudo vai sendo visto de forma coletiva. Aquilo que talvez eu como nutricionista olhasse só pras questões da nutrição, eu vejo também o que o farmacêutico, o fisioterapeuta, o profissional de odontologia está vendo. Um vai vendo o ver do outro e se fazendo, refazendo o olhar. (Coordenadora geral da RIS-ESP/CE)*

Ainda sobre a territorialização, a perspectiva da coordenação geral da residência aponta para a dimensão interprofissional deste processo, em que os residentes já no primeiro momento de inserção percebem o diálogo entre os diferentes núcleos de saber. Além disso, já na territorialização os residentes trazem à tona sua criatividade e capacidade de adaptação à realidade, pois utilizam tutoriais oferecidos pela ESP/CE, porém constroem e remodelam instrumentos a partir da realidade vivenciada.

Ao longo das três turmas da RIS-ESP/CE, a ênfase de Saúde da Família e Comunidade desenvolveu a formação de residentes em 23 (vinte e três) municípios do Ceará: Acopiara, Aquiraz, Aracati, Arneiroz, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Catarina, Crateús, Eusébio, Fortaleza, Horizonte, Icapuí, Iguatu, Independência, Jaguaruana, Maracanaú, Maranguape, Quixadá, Quixeramobim, Reriutaba, Tabuleiro do Norte e Tauá. As turmas 1 e 2, já concluídas tiveram um quantitativo de 114 e 113 residentes, respectivamente, enquanto a turma 3 em curso está com um total 104 residentes, totalizando um montante de 333 profissionais beneficiados pela especialização em caráter de residência multiprofissional no âmbito da Saúde da Família. Além disso, a ênfase conta com 52 preceptores de campo e 173 preceptores de núcleo, distribuídos pelos municípios para realizar o acompanhamento em serviço dos residentes (CEARÁ, 2015).

Alguns resultados positivos já são vislumbrados a partir da experiência da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, conforme informações extraídas do Portfólio RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2015), como a ampliação e implementação de equipes de NASF em municípios que antes não possuíam ou desviavam a função de apoio matricial do NASF.

Somente nas turmas 1 e 2 a cobertura das equipes de ESF com residentes de referência atingiu mais de 100 mil pessoas, enquanto que as de residentes de apoio mais de 360 mil. A população estimada dos vinte municípios que tiveram atuação das turmas 1 e 2, segundo o IBGE (2014) é de aproximadamente 3,7 milhões de habitantes. Isso nos mostra que a residência conseguiu disponibilizar assistência para cerca de 10% da população dos municípios em que desenvolveu suas atividades no período. Em números absolutos, os atendimentos realizados por residentes de saúde da família no período de setembro de 2014 à junho de 2015 ultrapassaram a faixa dos 35 mil, sem contar com o impacto nas equipes e comunidades beneficiadas (CEARÁ, 2015).

## **6.2 Unidade de Análise 2 – Análise do processo de implementação descentralizada da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade: percepção dos atores envolvidos.**

### **6.2.1 *Percepção dos gestores municipais***

As informações apreciadas nesta unidade de análise constaram das entrevistas com secretários de saúde, coordenadores de atenção primária e articuladores da residência nos

municípios investigados. Realizamos análise temática das 18 entrevistas coletadas, de onde identificamos 144 extratos de fala significativos para o estudo, dos quais extraímos 47 núcleos de sentido distribuídos em 6 categorias de análise. O Quadro 5 apresenta as categorias de análise na ordem de recorrência acompanhada dos núcleos de sentido extraídos após leitura exaustiva dos textos.

Quadro 5 - Categorização das entrevistas dos gestores municipais

Categorias de análise/temas	Códigos/ núcleos de sentido	Recorrência de extratos de fala relacionados
Ser preceptor: a delícia e a dor	acompanhamento preceptor articulador coordena preceptor estranhamento inicial preceptor formação preceptor incentivo preceptor perfil da preceptor ser preceptor	38
Fortalecimento dos princípios da ESF	ações coletivas ações de base territorial Ações de prevenção ações de promoção da saúde apoio matricial atendimentos ambulatoriais fortalecimento NASF interprofissionalidade intersectorialidade melhoria de indicadores reabilitação resolutividade territorialização vínculo	33
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	absorção de egressos diálogo com a gestão diversidade de papéis expectativa por médicos formação alinhada ao contexto ingresso de profissionais da rede qualificação de pessoal reflexões e transformações nos serviços	22
Mudanças e tensões no cotidiano dos serviços	articulador como mediador de conflitos conflitos residentes falta de entendimento da residência fragilidades deflagradas provimento profissionais receptividade sensibilização equipes ser residente	22
Desafios para a interiorização da residência	dificuldade infraestrutura distribuição residentes envolvimento comunidade incentivo equipe do serviço que recebe residência	17

	integração ênfases	
Condução pedagógica e operacionalização do programa	agendas da esp aproximação tutoria condução esp processo de construção da residência repensar currículo	12

Fonte: Autoria própria

### 6.2.1.1 Ser preceptor: a delícia e a dor

No processo de implantação da residência foram realizados alguns acordos entre a ESP/CE e os municípios, em que cada instituição assumiu compromissos perante o programa, conforme consta nos documentos da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2015; 2013a; 2012). Dentre eles está a definição de profissionais da rede municipal de saúde para assumir o papel de preceptores dos residentes, com base em critérios definidos pela ESP/CE (titulação, carga horária de preceptoria, atividades noturnas). Desta forma, os gestores municipais com base em orientações da ESP/CE, mas também por critérios próprios, definiram um perfil e condições para os profissionais que iriam assumir essa função.

*[...] foram todos [preceptores] voluntariamente. Nós fomos, claro, tivemos critério, de escolher pessoas com perfil, pessoas com especializações, com qualificações, mas também com boa vontade, com intenção de abarcar esse desafio. E conseguimos graças a deus a turma trabalhou bem direitinho em cima do que foi formalizado com a Escola. (SS2)*

*Internamente a equipe gestora foi tentando identificar, partindo de dois pressupostos: quem já tinha mestrado ou alguma especialização na área ou afim. E a partir disso, quem melhor se prestava do ponto de vista de perfil, de boa vontade, de aceitação. Tivemos alguns casos que foram convidados e eles desistiram. Foi uma aposta que nós fizemos, mas que a pessoa não se sentiu atraída suficientemente pra dar conta, então começou a negligenciar uma ou outra parte. A gente teve que chamar, chegar num entendimento que era melhor reprogramar. Isso foi se ajustando ao longo da primeira turma. (SS3)*

*[...] os preceptores foram escolhidos realmente pelo perfil, né? De gostar de estudar, de gostar de acompanhamento, todos eles, todos nós temos alguma história dentro desse processo de formação de educação em saúde, de sala de aula realmente. O secretário na época ele pensou muito nisso. E aí, foi dito que a gente realmente não receberia bolsa e tudo e a gente recebia diárias para ir aos encontros presenciais na escola em Fortaleza [...] (CAP4)*

*Especialista, ter no mínimo tanto período de tempo, ou ser especialista ou ter um período de experiência dentro da área. E a outra questão que a gente viu é... profissionais que se sobressaíam dentro de suas... que tinha uma certa liderança e a gente verificou por aí.(SS7)*

A preceptoria da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade foi constituída a partir de convite dos gestores, que negociaram incentivos (liberação, diárias) conforme cada realidade, priorizando profissionais com uma titulação mínima e atitudes proativas. Ainda assim, alguns trabalhadores desempenharam inicialmente a função de preceptoria, mas não se identificaram com a mesma ou a negligenciaram. Ressaltamos aqui a dificuldade inicial do entendimento da função preceptoria nos municípios, já que esta era uma nova forma de atuação nos serviços de saúde e que ainda estava se desenhando naqueles contextos. Gestores e trabalhadores buscaram alinhar esse entendimento junto à ESP/CE moldando o fazer da preceptoria à medida que ele se desenvolvia.

*[...] precisamos nos reunir muitas vezes, preceptores eram três, quatro vezes por mês, era toda semana, pra entender esse processo, indo na Escola de Saúde Pública duas, três vezes no mês também, então até pra eles era tudo muito novo. Então até eles tinham dúvidas nas nossas perguntas, porque eles estavam aprendendo a fazer [...] (ART1)*

*Quando eu sou um profissional que não estou com a responsabilidade, não estou inserido dentro de um processo de formação de ensino, talvez eu não precise me preocupar muito com esse processo. Mas quando eu estou, que é o caso da preceptoria, quando eu me torno preceptor, eu me torno educador necessariamente, então eu tenho que estar preocupado com esse meu papel de educador. Eu diria que esse é o ponto que a gente não chegou na preceptoria.(ART3)*

*Olha foi uma luta, entender o que é a preceptoria, a gente entender que os nossos residentes também são colegas de trabalho nosso, não ver o residente nem como mais nem menos, mas como alguém que está ali pra ser apoiado no seu conhecimento. (ART4)*

*Foi uma luta no começo formar residência, formar os preceptores, ir atrás desses profissionais. Sou fisioterapeuta de formação e fui convidada a assumir a preceptoria de núcleo da fisioterapia. Fomos atrás dos preceptores de campo, que foi difícil, aí graças a Deus fomos agraciados com duas preceptoras maravilhosas [...]. Foi uma luta, não foi fácil, mas encontramos preceptores bem comprometidos da assistência social. Tivemos problemas com a enfermagem porque durante dois anos trocamos de preceptoras de enfermagem três vezes. Não é fácil encontrar e a pessoa aceitar ser preceptor porque existem todos uns pontos pra ser preceptor. (CAP7)*

Um ponto importante vislumbrado nas falas acima é que os profissionais do município assumem novas funções trazidas pela residência, como articulador e preceptor. Esses profissionais que já possuíam várias atribuições dentro do município agora passam a incorporar mais funções relacionadas à residência, como é o caso da Coordenadora de Atenção Primária do Município 7 que assumiu a preceptora de núcleo de Fisioterapia na primeira turma. Por ser uma função nova, com novas formas de atuação naqueles contextos, a preceptoria inicialmente era uma incógnita para os profissionais dos municípios. Daí a

necessidade de alinhamento entre municípios e ESP/CE sobre o fazer da preceptoria, desenvolvido através de muitos encontros mensais no início e no desenrolar do programa.

Os gestores municipais apontam a existência de uma hierarquia educacional, colocada em cheque pela residência quando esta horizontaliza as relações entre educadores e educandos através de um movimento de troca de saberes e vivências. À priori os preceptores deveriam dominar todo o processo formativo antes mesmo de acontecer. Isso demonstra ainda uma desvinculação entre os elementos do quadrilátero da formação em saúde (CECCIM e FEUERWEKER, 2004). Contudo, o fato de esse modelo educacional tradicional estar sendo problematizado pela residência, já promove transformações nos serviços de saúde e nas pessoas envolvidas, impulsionando a ação-reflexão-ação.

Para diminuir as lacunas de formação dos preceptores e para aproximar os componentes da gestão, atenção, formação e participação, a RIS-ESP/CE, através do seu Programa de Desenvolvimento Docente (CEARÁ, 2012), realiza uma atualização para preceptores, paralela à formação dos residentes. Sobre essa questão, os gestores entrevistados têm algumas considerações:

*Outra coisa que eu acho também é que a própria capacitação da preceptoria, que foi bem pensada, teve suas fases boas, mas eu acho que ela oportunizou pouco a troca. Era preciso ter colocado os preceptores “o que é preceptor? E essa semana o que foi que tu fez? Como foi tal coisa?” Sabe? “O que é ser preceptor pra você, né?” Qual é a dor e a delícia de ser preceptor?(ART3)*

*Na primeira turma a gente andou meio que nos descompasso na implantação daquilo que era capacitação, qualificação do preceptor e do residente. Então às vezes o residente ele estava vendo coisas que o preceptor ainda não viu. Esse descompasso na implantação foi algo que nos causou algumas dificuldades, mas também quando a gente começa a entender o papel de cada um nesse cenário, de entender que eu sou importante e que o outro também é importante e que quem está no serviço precisa ser envolvido, isso funciona. (ART4)*

*Outro incentivo foi a Escola de Saúde Pública proporcionar aos preceptores uma especialização, então dentro da formação de ser preceptor sairíamos com o certificado de especialistas em saúde pública, e isso aconteceu. Já na segunda turma, terceira, já não acontece mais, não sei se por recurso, alocação de recursos, só vão receber certificado de preceptores, né, mas não de especialistas mais, então isso desestimulou muito, é tanto que pra terceira turma o secretário de saúde atual teve que chamar alguns profissionais: - “olhe, não é opção ser, você está como serviço social no nosso município, então é intrínseco você acompanhar, não tem outro. Eu não vou contratar outro assistente social só pra ser preceptor”. Então ele teve que chamar umas 4 a 5 categorias, nutricionistas, que estavam relutantes, resistentes a aceitar, por esse fato de não ser remunerado. (ART1)*

*[...] a gente sabe que o profissional se ausenta muito, mas geralmente esses profissionais que fazem a coordenação e a preceptoria eles são já profissionais da rede, então as viagens muitas vezes atrapalha essa questão da distância, ir para Fortaleza se algo fosse possível trazer mais realmente descentralizando para o interior seria muito bom. (SS2)*

A primeira ponderação importante sobre a especialização dos preceptores diz respeito às poucas trocas que a formação proporcionou. Na perspectiva da gestão os momentos formativos exploravam pouco as experiências dos preceptores a partir do olhar do sujeito. Conforme as falas, a formação de preceptores foi exitosa, mesmo ocorrendo simultaneamente à dos residentes. Poderia ter ocorrido de forma prévia, mas na medida em que as atividades da RIS-ESP/CE com ênfase em saúde da família e comunidade foram acontecendo, a preceptoria também foi se consolidando.

Outra ponderação dos gestores foi em relação à oferta de especialização em saúde da família para preceptores. A oferta para a primeira turma foi um incentivo a mais para preceptores, já que não eram remunerados. No entanto, para os preceptores das turmas dois e três não houve especialização, mas apenas uma formação com certificação de preceptoria. Isso gerou desmotivação nos preceptores, que já não tinham remuneração e agora assumem mais essa função. Novamente percebemos um descompasso entre o preconizado pelo quadrilátero da formação em saúde (e pelo SUS) e a percepção dos gestores (e preceptores) sobre formação. Para alcançar uma Educação Permanente pelo trabalho e para o trabalho ainda faz-se necessário incorporar a práxis ao cotidiano dos serviços. O curso de especialização não foi ofertado para novos preceptores que foram sendo incorporados a RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade nos anos subseqüentes a 2013, em função da falta de financiamento, segundo informação colhida da coordenação geral da RIS.

Ainda em relação à formação da preceptoria, alguns gestores apontaram como dificuldade o fato dos momentos formativos ocorrerem em Fortaleza. Além das distâncias e tempo de deslocamento, os gestores destacam que preceptores são trabalhadores do município e, portanto, possuem outras atribuições além da preceptoria que acabam sendo afetadas. Essa colocação surge como desafio para a interiorização da formação em saúde, pois ao mesmo tempo em que os gestores reconhecem a potência do desenvolvimento de programa de residência no interior do estado, acreditam que as atividades teórico-conceituais da formação de preceptores também poderiam ser descentralizadas.

Esse desafio, deflagrado pela fala dos gestores, assinala a necessidade de reformulação do processo formativo dos preceptores da RIS-ESP/CE, levando-se em consideração as mudanças sociais e tecnológicas, as distâncias territoriais e a inovação dos processos ensino-aprendizagem. Uma estratégia pedagógica e tecnológica, já utilizada na formação dos residentes, seria a Educação à Distância (EaD). RANGEL-S et al (2012, p. 546) apontam que

a EaD pode “contribuir com a superação da carência de formação em diversas áreas do conhecimento e a favorecer o acesso ao ensino nas regiões mais longínquas”.

No que tange às contrapartidas municipais pela adesão ao programa de residência, bem como à questão dos incentivos das gestões municipais para preceptoria, os gestores apresentaram os compromissos firmados:

*No início a gente sentiu uma dificuldade assim, até em compreensão, porque que os preceptores não seriam remunerados. Ele foi bem claro na reunião – “olhe, a Escola não tem bolsa pra preceptor! Nem a nível federal, nem a nível estadual. Então vocês tão sendo convidados, mas o que vão receber no início é certificado e conciliar a carga horária, ou seja, dessas 40h que vocês dão, 12h vocês vão tá disponíveis pra Residência” Mas como era algo tudo muito novo, inovador, pioneiro... muitos curiosos, muitos aceitaram mesmo sem remuneração.(ART1)*

*Entre idas e vindas a gente chegou a um meio termo e nós passamos a produzir um incentivo financeiro, na forma de hora extra, porque tinha o componente de 60 horas semanais. Então os preceptores passariam a ter inclusive atividades noturnas de acompanhamento dos grupos dos alunos da residência, e aí instituiu-se uma gratificação na forma de hora extra, o que não é o mais adequado, porque hora extra durante 2 anos fica meio esquisito inclusive na demonstração para os órgãos de controle, porque eles questionam muito isso. Daí a necessidade de avançar na perspectiva de uma normatização legal que resguarde melhor essa questão de um incentivo de estímulo à docência, mas foi dessa forma: não é um valor financeiro dos mais atrativos, mas também não caracterizou uma atividade graciosa dos servidores do quadro que se prestaram, portanto a essa atividade. (SS3)*

*E uma das lutas nossas foi exatamente entender, o preceptor é importante? Então também ele precisa ter uma garantia de que ele vai poder realizar o trabalho dele. E essa garantia envolve desde ter recurso garantido pra que ele possa ir pra Fortaleza e ser capacitado, voltar, trabalhar aquilo que ele recebeu de conhecimento pra trabalhar no seu município, que ele tenha tranquilidade de fazer isso e que ele possa realmente naquele tempo que ele tem destinado ao preceptor, ser preceptor. (ART4)*

*Hoje o município ele tanto entra com o incentivo financeiro como o incentivo para estar liberando o profissional do seu ambiente de trabalho, abdicando de uma certa carga horaria pra ele estar participando da preceptoria, porque a gente entende que é importante para o profissional e para os alunos que não tem como ter o residente e não ter o preceptor para orientar. (SS4)*

*Um desafio para mim é que os preceptores e o município possam avaliar a importância desses preceptores com uma ajuda de custo. Não digo bonificação ou abono, nada disso, mas uma ajuda de custo. Acho que haveria um envolvimento maior deles, uma doação maior. Nós tentamos isso na primeira com nossos gestores. Essa demanda chegou à mesa do prefeito, mas não tivemos essa resposta positiva em termos dessa ajuda de custo. Nas duas residências nas quais estamos agora, negociamos a possibilidade de cota, porque ficamos um pouco desconfortáveis por uma estar encerrando e a outra iniciando e a gente não tinha como ter acesso novamente a essa negociação [...] (CAP5)*

Observamos nas falas que a questão do incentivo à preceptoria varia de um município para outro, seja através de remuneração financeira, banco de horas ou somente a liberação de carga horária. Um ponto em comum entre os municípios foi a falta de ajuda de custo no início

do processo, mesmo para custear as viagens para os encontros em Fortaleza. Ainda assim, os municípios conseguiram garantir que parte da carga horária dos profissionais/preceptores fosse destinada às atividades de preceptoria, configurando a contrapartida de instituição executora. O incentivo financeiro à preceptoria, mesmo não sendo obrigatório, surge nas falas como um fator motivador para o desenvolvimento do trabalho.

#### 6.2.1.2 Fortalecimento dos princípios da ESF

Iniciamos essa categoria discutindo um pouco sobre a importância do vínculo para o trabalho na ESF. O vínculo que tratamos aqui diz respeito ao encontro que produz afetos e prediz compromisso ético, onde as partes envolvidas possuem (co)responsabilidade sobre os desdobramentos desse encontro. Envolve sujeitos diferentes, portanto com diferentes necessidades e expectativas. No caso da ESF enquanto o usuário busca estabelecer equilíbrio da sua saúde, o profissional deve estar pronto para cuidar dela. Daí a necessidade desses encontros para a geração e fortalecimento dos vínculos na ESF.

Uma importante ferramenta para motivar a construção de vínculos com as comunidades no âmbito da ESF é o processo de territorialização. Esse processo diz respeito ao diagnóstico local de saúde, que busca reconhecer potencialidades e ameaças à saúde dos moradores de determinado território. Com esse diagnóstico as equipes organizam o serviço através de ações e procedimentos contextualizados com a realidade, além de estabelecer vínculo entre profissionais e usuários.

Nas entrevistas colhidas para esta unidade de análise, os gestores discorreram sobre a construção de vínculos a partir da inserção da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade nos serviços e nos territórios.

*Os residentes se apoderaram muito bem do território, eles tiveram a chance de colocar em prática tudo que eles vinham, que pediam deles, dentro do seu currículo, mas também eles faziam um pouco diferente além do que a vida acadêmica pedia. A gente percebeu o vínculo que os residentes criaram com a comunidade e com os próprios profissionais, porque os profissionais de certa forma eu digo assim que estão um pouco acomodados. E assim, com a residência, a gente viu que isso deu uma acordada nesses profissionais. Eles se envolveram bastante. Houve um comportamento diferente na condução do serviço junto com os residentes. (CAP3)*

*Quanto aos avanços a gente percebe o vínculo do residente com a equipe, com a comunidade, porque eles adentram a comunidade eles fazem a territorialização, identificam a problemática, o diagnóstico daquela comunidade. Então é muito importante, porque geralmente o profissional da unidade de saúde ele não tem esse tempo disponível pra fazer esse diagnóstico, pra fazer esse levantamento, pra*

*conhecer a área. Então eu acho que essa criação de vínculo com a comunidade, bem como com os profissionais de saúde, foi um avanço importantíssimo. (SS4)*

*Então, nós tivemos uma aproximação gigante com os ACS nesse sentido de que eles participassem mais das ações, que eles fossem mais ativos e se sentissem parte nesse processo. Tanto as equipes quanto a comunidade reconheciam o residente como profissional nosso. Não era apenas um residente que ia ficar dois anos aqui e ia embora. Nós temos várias reclamações na ouvidoria, pedindo que esse profissional não fosse embora. (ART5)*

*[...] os residentes eles chegaram aqui com um outro propósito, um propósito de realmente trabalhar o matriciamento, trabalhar a territorialização, é tanto que antes deles assumirem efetivamente o território, eles passam um mês e quinze dias na comunidade fazendo um levantamento sócio econômico daquela comunidade. Então isso fez com que despertasse um olhar diferente até pelos próprios profissionais, no caso das equipes. Então com esse contato de forma direta com a população, com certeza o serviço tem a ganhar muito. (SS6)*

Os gestores percebem os residentes desenvolvendo vínculos com profissionais e usuários, mas também aproximando os trabalhadores dos territórios, estimulando a organização dos processos de trabalho e fortalecendo a relação entre profissionais e usuários. Desta forma, os residentes desenvolvem a competência de “Organização do processo de trabalho a partir do território” (CEARÁ, 2013c), bem como incentivam trabalhadores dos serviços a desenvolverem.

Além da formação por competências, a RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade visa fortalecer a coordenação do cuidado da ESF, a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (CEARÁ, 2013a). Os gestores apontam evidências que corroboram com este objetivo:

*O principal impacto foi a implementação da promoção e da prevenção a saúde. Da formação de grupos, que estavam muito parados. E aí aquelas equipes que tinham residência começaram a fazer movimentos, começaram a fazer essas atividades, as outras equipes quando viam e as outras começavam a fazer também, vai se contaminando. Eu acho que foi principalmente isso, intensificação da prevenção e da promoção. Era umas das atividades que estavam meio que paradinho, meio que morno. (CAPI)*

*Eu tenho uma fisioterapeuta que ela tinha uma pessoa que tinha uma doença degenerativa, aqui num distrito, e ela teria que fazer piscina todo dia, a doença dela agora eu esqueço o nome, ela ia degenerando os músculos, paralisando os membros inferiores, paralisando os membros do abdômen. Como não tinha piscina ela usou o rio, não é, ela viu lá com os pescadores, ela viu a área que ela poderia ter, ela demarcou, né, a área que poderia usar, então ela levava aquele paciente, botava em cima dos pés dela e caminhava dentro da água, então deu melhoria da qualidade da vida daquele paciente, então o paciente seguiu realizado, ela pegava o paciente na casa, ia lá pro rio e fazia isso, então é uma resolutividade que bateu na porta dela e ela tinha que resolver e resolveu. Então há uma motivação muito grande nesse sentido, do residente. (SS1)*

*Agora no novembro azul nós já temos palestras, inclusive à noite, realizadas por residentes com os homens para a prevenção do câncer de próstata. Então é muito*

*significativo essa parte da educação em saúde que eles fazem, e isso tende a melhorar os indicadores, indicadores de diabetes, hipertensão, incentivo ao acompanhamento ao pré-natal, à puericultura com os grupos de gestantes. Elas já iniciam a gestação com essa perspectiva de que tem que ter esse acompanhamento, então é muito importante. (SS4)*

*[...] os residentes eles deram muito apoio desde o início das campanhas, porque eu pedia muito apoio na campanha do HPV, que é uma campanha muito difícil que a gente começou a trabalhar, e no Brasil toda a meta sempre foi em torno de 20 a 30%, então a gente vê muito a questão da adesão, foi muito difícil no início e conversando com as preceptoras a gente marcava reuniões na secretaria e eles começaram a desenvolver um trabalho junto com a equipe nas escolas. Trabalharam muito a questão da saúde na escola e isso foi muito bom pro município porque a gente conseguiu atingir metas e graças ao bom trabalho realizado pelos residentes. (CAP6)*

*A residência contribuiu muito com as políticas de saúde da própria unidade de saúde. Isso é um fato! Em 2013 fizeram campanhas, eles fizeram aquele diagnóstico do território, territorialização e o diagnóstico. E aí eles fizeram trabalhos pra modificar algumas questões de indicadores. E nesse trabalho foram feitas campanhas com muita integração, envolvendo toda a equipe. Por exemplo, o outubro rosa desse ano, da residência, ele não era... Era um outubro rosa diferente. Não era só a campanha de prevenção de CA. Era o Psicólogo trabalhando junto com o Terapeuta Ocupacional, junto com... Toda a equipe estava lá pra atender a mulher como um todo. E a residência contribuiu bastante com todos esses eventos de campanha. Enfim, a gente tem mesmo como uma grande contribuição nas ações de saúde, principalmente dentro das áreas que eles tem responsabilidade. (SS7)*

Podemos observar nas falas que as ações de prevenção e promoção da saúde estavam paradas ou desarticuladas e a residência tanto desenvolve essas ações quanto incentiva as equipes que não possuem residência a desenvolver. As atividades de campanhas e de educação em saúde ocorreram de forma diferenciada e criativa, através de ações multiprofissionais, influenciando inclusive no cumprimento de metas e melhoria dos indicadores de saúde. Um dos gestores também descreve um belo exemplo de atividade de recuperação da saúde, através de atitude resolutiva de residente, que trabalha a reabilitação em saúde com poucos recursos, mas com muita criatividade.

Essas atividades de apoio às equipes de ESF realizadas pela residência através de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde constituem o apoio matricial. Campos e Domitti (2007) descrevem o apoio matricial em saúde como uma retaguarda especializada de apoio assistencial, técnico e pedagógico às equipes de referência. Essa retaguarda ocorre de forma horizontal, com compartilhamento de estratégias de cuidado entre equipes. Constituem a principal ferramenta de atuação das equipes multiprofissionais de NASF na Atenção Primária.

A experiência da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família trabalha os elementos essenciais da ESF e por sua vez do NASF, fortalecendo ou implementando a estratégia nos

contextos municipais. Ferramentas como o apoio matricial e a colaboração interprofissional tem destaque nas falas dos gestores:

*Essa experiência é fantástica, essa visão multiprofissional, você se sente um pouco nutricionista, um pouco psicólogo, um pouco... tudo! Você não se sente mais incapaz diante de alguns problemas porque esses problemas são divididos, são discutidos em estudos de caso, você observa ações mesmo concretas e não aquele olhar de paisagem onde você se sente incapaz, de mãos atadas porque você não tem como articular sozinha esse processo de saúde-doença e com a residência não, a gente vê a articulação fantástica e incentivada pela Escola, a mover-se mesmo, a inquietar-se com situações, inquietar-se com esse novo processo de cuidar e desde então vem dando certo no nosso município. (ART1)*

*O NASF, que era assim, desarticulado e tal, ele nasce concretamente, ele cria uma cara, né? Eu diria que a residência teve essa contribuição de dizer “olha os outros profissionais juntos, existe um conhecimento, existe um caminhar, nesse sentido importante”. Foi uma contribuição importante, de dar vida, essa alma do NASF. Hoje até vocês presenciaram, um psiquiatra falando do NASF, “negócio difícil demais, NASF o que é isso?” Agora não. O NASF ele virou um negócio que existe. Então nesse campo foi muito bom. (ART3)*

*A formação dos grupos, por exemplo, formação do grupo de gestantes, de hipertensos e diabéticos. Eles irem pra comunidade fazerem aquela atividade multidisciplinar, aí vai todo mundo fazer aquelas atividades, cada qual fazendo a sua parte, juntos. Tira um dia vai todo mundo pra comunidade, vai trabalhar nutrição, vai trabalhar enfermagem, vai trabalhar todo mundo junto. Isso é muito interessante. Essa intersetorialidade do serviço também, porque assim os residentes se apoderaram muito fortemente da rede de serviços dentro do município. Essa rede de serviços que o município conta, que é bem estruturada, eles tiveram uma facilidade muito grande desse envolvimento. Aí vinha a infraestrutura, vinha a ação social, eles se apoderavam muito fortemente dessa intersetorialidade. (CAP3)*

*Porque a gente vê que as equipes de saúde da família é uma sobrecarga muito grande de trabalho, então assim os profissionais enfermeiros eles são muito atuantes, mas eles não têm como fazer aquele trabalho devido a grande demanda. Aqui pior é no Centro, sempre no Centro da cidade a gente vê a demanda muito grande de pré-natal, demanda de hipertenso, então muitas vezes as consultas ficam muito técnicas, só consulta e a gente vê que os profissionais ficam com pouco tempo pra estar desenvolvendo a questão da educação em saúde e trabalhar os grupos. Então os grupos que poderiam ser feitos com mais frequência quando fica a cargo só daquela equipe fica muito fracionado e acaba marcando e demarcando e não fazendo com a frequência que deveria ser feito. Então com os residentes a gente vê que todo um trabalho realizado na atenção básica fica em conjunto. É uma sintonia muito importante que eu vejo. (CAP6)*

*Dentro dos territórios vimos que se integraram bastante com equipes de referência e equipes NASF. As campanhas visuais, pontuais, outubro rosa, novembro azul, etc., os residentes se empolgam e essa motivação para ajudar as equipes. Porque uma equipe pequena, às vezes, não consegue fazer um bom trabalho ou falta uma categoria profissional que é de grande importância para essa campanha, os residentes trouxeram essa ajuda. Isso foi valioso e trouxe um impacto para população com essas campanhas. Eles se engajaram, muito responsáveis, não ficaram só dentro da unidade, foram para associações, igrejas, fazer campanhas e atendimentos em outros meios que temos dentro de cada território, nos CRAS, em parceria e com todos os pontos de atenção da rede. (CAP7)*

As falas dos gestores destacam a integração entre os saberes e o fazer das profissões e entre serviços de saúde e de outros setores, a partir da experiência da residência. Isso quer dizer que com a inserção da RIS-ESP/CE nos cenários de prática, foram fortalecidos também os componentes interprofissionalidade e intersetorialidade, intrínsecos ao fortalecimento da ESF.

Furtado (2007) aponta que a integração entre disciplinas e profissões só é possível e tem sentido na prática. Essa interlocução tende a promover melhores e mais eficientes soluções de problemas, o que repercute em uma maior integralidade no cuidado em saúde e na tendência à superação do modelo médico hegemônico.

Destacamos aqui que o fortalecimento da relação entre políticas públicas e dispositivos comunitários e o fortalecimento da colaboração interprofissional e trabalho em equipe integram macro competências da RIS-ESP/CE (CEARA, 2013c). Conforme as falas dos gestores, os residentes estão desenvolvendo elementos do “conhecer-saber-fazer-ser” tanto individualmente como nos contextos em que estão atuando.

A efetivação do apoio matricial pelos NASF só vem sendo possível nos cenários de prática da RIS-ESP/CE graças ao provimento de profissionais, pois segundo os gestores há uma imensa demanda que inviabiliza a realização de ações coletivas e educativas por parte da equipe. Mesmo movimentando as equipes, impulsionando as ações de promoção da saúde, ainda há uma carência de profissionais principalmente no interior do estado.

### 6.2.1.3 *A espiral da educação permanente movimentando a ESF*

A Educação Permanente em Saúde busca promover processos de ensino-aprendizagem no local de trabalho a partir das necessidades da equipe para obter melhorias para o trabalho. Ela movimenta a ESF a partir do momento que promove transformações no cotidiano dos trabalhadores.

A RIS-ESP/CE disponibilizou um vasto arcabouço teórico-metodológico através das vivências de aprendizagem (CEARÁ, 2013a). Os residentes, por sua vez, foram instrumentos de difusão dessas ferramentas nos contextos de prática. Como fruto dessa aposta, além da qualificação profissional, a residência busca alcançar seu objetivo principal de interiorização da educação permanente interprofissional. Nas entrevistas com os gestores municipais, percebemos algumas evidências que apontam para o alcance desse objetivo:

*[...] nós tivemos com essa política a educação permanente, qualificando um profissional de uma forma para contribuir assim né, para uma carreira de saúde pública do profissional e fortalecendo também a rede do SUS, e o [município] tem muito o que agradecer, nossas palavras realmente são de gratidão, porque nós tivemos oportunidades pela passagem dos residentes na questão de promoção e prevenção a saúde dos nossos municípios, e administração [...] reconhece a RIS, e destaca como um caso de política pública bem sucedida. (SS2)*

*[...] de repente você estando ali no território com eles, você vai também tendo a oportunidade de ver o que está acontecendo de fato. Aí você entra como gestor e ao mesmo tempo preceptor e gestor, pra dar um ajuste no que está acontecendo. Você vai ver o que tem de bom acontecendo e as falhas que estão acontecendo também, pra que você enquanto gestor possa também estar contribuindo com isso, com essa melhora. (CAP3)*

*Eu vejo hoje a residência como algo necessário dentro da educação permanente como algo que é importante de fato pra que hajam realmente mudanças de cenários, de transformações de cenário. Porque o residente ele chega muito livre, livre que eu falo assim sem determinadas implicações que estão muito dentro da rotina de cada serviço e essa liberdade às vezes até liberdade política mesmo, vamos dizer assim, de que eu estou aqui com um outro papel, e esse papel de residente ele trás muitas reflexões pro serviço.(ART4)*

*[...] acho que a residência nos traz um pouco na parte científica, para o dia a dia também, pois estamos na rotina e não conseguimos mais ver detalhes. Então, ela vem toda com uma modernidade teórica, avaliações, direcionamento, isso tudo assim no atual momento. Os profissionais e a equipe que estão nessa rotina, querendo ou não, as coisas vão ficando mecanicamente. Então, a residência traz esse ímpeto da pesquisa, do estudo, da atualização. Ela chama a atenção de todos os profissionais que estão nas unidades, porque não tem como passar despercebida. A gente está tirando aqueles profissionais da rotina, trazendo mais para uma avaliação teórica. (CAP5)*

*[...] o processo de qualificação de pessoal, que a gente chegou aqui e encontrou um desânimo geral, uma desmotivação muito grande por parte dos profissionais. E aí uma questão que a gente viu foi isso como forma de valorização, trazer uma residência pra acontecer aqui no município. Então primeiro foi essa questão, né? E o fato também de a gente implementar novas políticas que pudessem contribuir com as políticas da gestão. (SS7)*

Nas falas dos gestores percebemos o movimento dos trabalhadores da rede sendo impulsionado pelo movimento dos residentes, promovendo: transformações das práticas, implicações teóricas, motivação das equipes e trocas entre gestores, preceptores, residentes e trabalhadores. Ceccim (2005) assinala que a produção do cuidado em saúde incorpora as práticas pedagógicas e não somente tecnologias. Para aprimorar novas tecnologias, pode-se recorrer às atualizações específicas.

É interessante observar ainda na perspectiva dos gestores municipais a residência compreendida como Política Pública de Educação Permanente em Saúde. Infelizmente ainda não existem políticas públicas específicas de residência em saúde. O que existe é uma interlocução entre os campos educação e saúde que viabiliza tomada de decisão pelas esferas governamentais. No que tange às residências em saúde, existe legislação interministerial sobre

a matéria e diretrizes nacionais para as instituições formadoras, mas que ainda não as instituiu como Política Pública. A Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) versa sobre educação para o trabalho pelo trabalho, mas não aborda questões específicas da formação na área da saúde.

Outra questão que consideramos movimentar a Educação Permanente no contexto da ESF é o ingresso de profissionais dos municípios no programa de residência, bem como a absorção de egressos pelos municípios.

*A adesão aqui é muita. Todos os profissionais, a maioria... eu perdi uma Técnica de Saúde Bucal que ela terminou a graduação em Serviço Social, Então eu dizia pra ela, quando você terminar o "Serviço Social" eu vou conseguir te colocar como Assistente Social em um dos nossos serviços, dos nossos equipamentos, só que ela fez a prova de residência e passou paralelo a formação, aí eu digo: pronto, perdi você pra Residência, mas ela é minha residente aqui, tá entendendo?(SS1)*

*[...] nós tivemos médicos que entraram como residentes e já finalizou como Saúde da Família.. Tivemos profissionais concursados psiquiatras que entraram como residente e depois fizeram concurso no município e já se fixaram. Isso é um ganho muito importante para o município. (SS4)*

*[...] na primeira turma de residência em saúde da família e comunidade nós tivemos quatro residentes que já eram enfermeiros do sistema. Eles abraçaram mesmo a residência, não foram colocados pra ser o enfermeiro da equipe porque nós colocamos outros enfermeiros lá. (CAP7)*

*Tem até uma nutricionista que vamos ter de contratar agora. [...] Mostrou que realmente houve um critério na seleção desse profissional, é sério, idôneo, bem transparente. Isso é muito bacana. Eu procuro sempre fazer isso também aqui. A gente sempre conversa, bate um papo, sem aquela ideia de concurso, mas mesmo assim a gente faz uma prévia, vamos louvar aqui o discernimento e a competência do grupo. (SS5)*

Alguns municípios tiveram residentes que já faziam parte do sistema municipal de saúde. Em sua fala, SS1 discorre sobre ingresso de uma residente de Serviço Social que trabalhava como técnica de enfermagem no município. Já CAP7 trouxe a experiência do ingresso de quatro enfermeiros da rede de saúde na residência.

Em relação à absorção de egressos percebemos que houve uma valorização dos profissionais que passaram pelo processo formativo da residência, porém ainda de forma incipiente. A forma de contratação ainda depende dos vínculos empregatícios dos municípios, variando desde concursos até contratos temporários.

#### 6.2.1.4 Mudanças e tensões no cotidiano dos serviços

Nesta categoria pretendemos discutir um pouco sobre mudanças e tensões ocorridas no cotidiano dos trabalhadores após a entrada da residência, segundo os relatos dos gestores. Um primeiro ponto identificado nessa categoria diz respeito à sensibilização e aceitação das equipes de saúde da família ao processo de residência multiprofissional proposto pela RIS-ESP/CE.

*Como eu falei inicialmente tivemos previamente reuniões onde fomos mostrar que eles já são profissionais, não tem aquela noção de que eram estudantes, eles eram profissionais com qualificações profissionais, e que estaria para repassar também os conhecimentos deles adquiridos lá no monitoramento total da ESP, onde eles voltavam de lá com seu conhecimento e aplicavam. Mais os profissionais da nossa rede acolheram muito bem [...] (SS2)*

*[...] na prática, também não é raro a gente encontrar situações de que uma vez concursado, o servidor cai num certo marasmo, e há uma tendência em alguns casos de reduzir drasticamente o desempenho profissional, funcional e de resultados da equipe. Então a chegada da residência trouxe um certo impulso a isso, e motivou também as necessidades dos colegas das nossas equipes de saúde da família a estar olhando e convivendo com outras profissões, outros saberes, outras vivências. (SS3)*

*É claro que em um primeiro momento causou uma estranheza: “ah está vindo pra tomar o meu lugar”, coisa desse tipo. Hoje não, percebo que as pessoas têm tido mais esse sentimento de pertença tipo assim: “ah tem os residentes, vamos contar com eles”, hoje ele tem participado mais da rotina do serviço não só como apenas residente, mas como alguém do serviço. Apesar de ser um desafio todo dia, isso tem avançado também. (ART4)*

*Inicialmente, tivemos de fazer vários momentos de sensibilização até que os profissionais entendessem qual era a função dos residentes no município. Se realmente são profissionais ou podem atender, abrir agenda, assumir. Então, foi todo um trabalho bem gradual. Nós explicávamos que são profissionais, residentes, mas há todo um processo que precisamos acompanhar. Não é que o residente vai chegar no território e já vai abrir uma agenda e assumir. Nós deixávamos bem claro, não é mão de obra barata, precisam entender que fazem parte de um processo de educação permanente. (ART5)*

*[...] a partir do momento que eles começaram a divulgar no início o trabalho, os outros profissionais começaram a entender realmente pra quê estava vindo a residência. Foi aí que iniciou aqui no município a questão da valorização pelos próprios profissionais de saúde porque muitas vezes desconheciam aquele trabalho e achava que não era tão importante. No início eu lembro que diziam assim: “ah a residência são profissionais a diferença é que recebem pelo estado e a gente tem aquela sobrecarga de trabalho e nós somos mais cobrados”. E depois os profissionais foram realmente ver que eles eram muito importantes, que eles estavam adentrando nas unidades de saúde para fazer um trabalho que a gente realmente estava vendo fruto e um resultado muito positivo. (CAP6)*

Nas falas destacadas, os gestores trazem a importância da sensibilização das equipes para o processo de formação em serviço, no intuito de desmistificar a ideia de que os

residentes são meros aprendizes. Os gestores perceberam que os profissionais dos serviços tinham entendimentos equivocados em relação à residência (são profissionais pagos pelo estado, são estudantes...) além de ter medo de serem substituídos. Conforme os relatos houve momentos formais através de reuniões para sensibilização das equipes, contudo os próprios residentes foram mostrando seu papel na prática, levando os profissionais dos serviços a compreender sua importância. Desta forma os residentes além de serem bem acolhidos acabaram motivando os demais profissionais a modificar suas rotinas, incorporar ações diferentes, sair do marasmo.

A inserção da RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família, nos serviços municipais em que foi implantada, por si só, foi uma forma de intervenção sobre na realidade, gerando movimento e transformação. Os gestores municipais em suas falas trouxeram ainda outros tensionamentos provocados pela residência no cotidiano dos serviços.

*Os que passaram por esse processo de formação na Escola a gente observa realmente que entendem o processo, que valorizam, que participam, né? Mas os que não têm essa oportunidade de estarem junto à Escola, de estarem estudando a Residência, é como se (pausa para pensar), alguns não entendem muito bem o processo, mas é por falta de conhecimento mesmo, né? Então, muitos criticam: - "ah, mas porque em muitas áreas e outras não? Porque essa escolha e na minha área não?" E por muitos residentes serem, fazerem parte da equipe de NASF, então eles são responsáveis por vários territórios, não somente um, então eles não estão presentes nas Unidades Básicas todos os dias, como os enfermeiros e os dentistas, então isso, alguns profissionais não observam como: - "ah, mas eu preciso de um nutricionista e ele não tá aqui né, marca e não vem pra uma ação!" (ART1)*

*Desse receio que temos de ser vistos como alguém que fez algo errado ou que não era exatamente aquilo que devia ser feito. Essa exposição parece que incomoda demais, sobremaneira, principalmente o profissional da saúde. Então talvez aí haja toda essa dificuldade do trabalho em equipe, que já existe. Essa é a outra questão. Isso é pra perceber também que o trabalho em equipe ainda tá muito longe daquilo que nós desejamos, porque as nossas dificuldades de nos colocarmos diante do outro, de partilhar conhecimento, de partilhar limitações, de partilhar o nosso não saber de algo é uma coisa difícil demais. (ART3)*

*Nós tivemos em alguns casos uns dois ou três casos de conflitos, de dificuldade de interação mesmo de um residente com outro, de um residente com um grupo, de um residente com o serviço. E no nosso caso nós tivemos ainda, salvo engano, umas duas ou três necessidades de remanejamento, teve um ou dois que desistiu, e houve um ou dois remanejamentos de uma cidade pra outra, pra ver se tentava ajustar, porque desenvolveu-se com a coordenação local ou com membros da equipe local algum tipo de animosidade que atrapalhou a condução do grupo como um todo. Mas se você dissesse: esse problema aí foi significativo? Eu diria que foi dentro da margem de erro predizível dentro de uma experiência como essa complexa que transcorreu. (SS3)*

*Inicialmente eles ficaram como apoio da equipe, mas logo após a gente passar pelo Conselho e passar pela turma do Colegiado eles assumiram e ficaram com a responsabilidade técnica daquela área específica. É porque a gente tem aqui 20 equipes da Atenção Básica só que de acordo com a nova portaria de territorialização o nosso teto é pra 41, então a gente tem uma demanda realmente*

*que precisa estar ampliando essas equipes. Então a gente colocou estrategicamente esses profissionais onde tem aquelas equipes que têm maiores demandas, onde a gente precisa de ter mais equipes de fato. (SS6)*

Um primeiro apontamento na fala dos gestores em relação às mudanças nos cotidiano dos serviços é o fato dos profissionais que participam diretamente do programa de residência (preceptores e residentes), compreenderem o processo, já que realizam formação e discussão constantes sobre o tema, entretanto, o mesmo nem sempre ocorre com os outros profissionais do serviço, possibilitando a ocorrência de conflitos. A fala de ART1 aponta a dificuldade de entendimento dos demais profissionais dos serviços em função do desconhecimento do programa de residência e do apoio à saúde da família desenvolvido pelas equipes multiprofissionais de NASF.

Outro tensionamento apontado pelos gestores trata-se dos conflitos existentes entre profissionais dos sistemas municipais e residentes. Alguns conflitos ocorreram porque os profissionais se sentiram expostos; como observamos na fala de ART3, os profissionais de saúde têm dificuldade de partilhar conhecimentos, talvez por falta de hábito, e medo de expor fragilidades no seu desempenho. Contudo, os gestores compreendem que tais conflitos ocorreram dentro do esperado, por envolver muitas pessoas. Houve poucos remanejamentos ou desligamentos, de acordo com as falas, sendo casos pontuais e que não comprometeram o andamento do programa. Conforme consulta às atas da COREMU disponíveis na plataforma virtual da ESP/CE (<http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/>), houve 7 (sete) desligamentos de residentes da RIS-ESP/CE e 13 (treze) remanejamentos de cenários, sendo 6 (seis) destes relativos aos residentes do município que descontinuou as atividades do programa por fragilidades de condução do programa.

Uma mudança positiva, na perspectiva da gestão municipal, foi o provimento de profissionais na atenção básica. Há uma demanda muito grande necessitando atenção à saúde nos contextos municipais e a RIS-ESP/CE surge de maneira estratégica para apoiar as áreas com demandas maiores e mais complexas.

#### *6.2.1.5 Desafios para a interiorização da residência*

A legislação sanitária, através das Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a; 1990b), estabelece as atribuições e competências e a alocação e repasse dos recursos financeiros referentes a cada esfera de gestão no SUS. Ainda assim, há diferenças entre gestões

municipais, por exemplo, pois cada gestor executa uma administração com planos, metas e ações, conforme sua necessidade local.

A PNAB (BRASIL, 2012a) apresenta recomendações acerca da infra-estrutura e funcionamento da atenção básica, no entanto alguns Centros de Saúde da Família possuem estrutura insuficiente ao número de equipes e profissionais, mesmo atendendo às recomendações da política.

Um dos principais desafios para uma boa implementação da residência nos municípios do interior do estado, a partir da perspectiva dos sujeitos entrevistados nesta unidade de análise, diz respeito à infraestrutura disponível, a saber: prédios onde funcionam os serviços de saúde, transportes disponíveis aos profissionais, material permanente e material de consumo.

*A questão também de um maior apoio pra residência em relação a transporte mesmo, né? Cobrar que eles estejam no serviço, mas darem condição pra isso, né? É como se os municípios, é... a grande maioria deles não se reestruturaram pra receber a Residência, então as Unidades continuaram as mesmas, as Unidades Básicas, então, são mais profissionais trabalhando no mesmo ambiente, então isso às vezes atrapalha muito a assistência, né, eles têm que dividir salas, vocês vão observar quando forem visitar algumas Unidades. Por exemplo, uma Unidade que funciona a equipe que tem só um consultório de enfermagem e um consultório médico, onde que a residente, duas, geralmente vão tá atendendo?(ART1)*

*Estrutura farta o que seria? Ter três carros pra residência e esses carros não serem mexidos de forma nenhuma. Aí vem aquela questão, você tira do serviço, sabe que vai ter um prejuízo, mas tem uma questão que era imediata: ou eu mando um candidato na fila de transplante pra ser transplantado ou eu deixo o atendimento da residência naquela comunidade. Todas as escolhas nós vamos pagar um preço, só que aquele do transplante era imediato. Se ele não for no minuto, no outro dia você já é... E aquele que foi dá palestra não, você vai lá, remarca né? Aí tem que ter paciência, o problema é esse, tal dia vocês marcaram e não vieram: “Não, vamos lá: foi isso, foi aquilo que aconteceu!” Então é isso, que ainda perdura muito essa questão da infraestrutura. (SS1)*

*Eu acho que é a questão da estrutura física, porque nós podemos dizer que temos, mas precisa ser melhorado. Exemplo: quando vai se implantar uma unidade de saúde você já tem que visualizar o local do residente, porque você só visualiza na questão da estrutura física da unidade a equipe em si. (SS4)*

*A gente tem limitações que eu acho que isso aí os residentes precisam compreender. Essas limitações se assemelham em todos os municípios, então assim não é pra haver o estranhamento, eu acho. Aqui nós temos 5 equipes de NASF, Fisioterapeutas são 15, então assim é natural que a gente tenha dificuldade de transporte pra atender a todas as demandas, né? E aquelas dificuldades do dia a dia, o que tem aqui não é diferente do que tem nos outros municípios. Então assim eu acho que tem que ser trabalhado com mais maturidade essas dificuldades do nosso Sistema Único de Saúde. (SS7)*

Percebemos nas falas que os municípios não se reestruturaram para receber a residência. De acordo com o Portfólio da RIS-ESP-CE (CEARÁ, 2015), a implantação da

residência também incentivou ampliação ou implementação de equipes de NASF. Isso quer dizer que houve um provimento ainda maior de profissionais, desproporcional à infraestrutura da ESF nos contextos municipais. A fala de SS7 aponta essas limitações estruturais como dificuldades do próprio SUS, existentes em todos os contextos. Já SS4 vislumbra um melhor planejamento de gestão no que tange à implantação de unidades de saúde, contando com todas as equipes que irão atuar naquele cenário, incluindo a residência.

O papel da gestão nesse contexto de recursos limitados é fundamental. Na fala de SS1 observamos o papel de tomador de decisão do gestor, priorizando demandas mais urgentes, mesmo que isso comprometa atividades programadas da residência. Desta forma ele utiliza o princípio da equidade, ofertando o serviço primeiro a quem mais necessita.

Ainda como desafios para a interiorização da residência, os gestores trouxeram a questão da integração da residência interna e externa da RIS-ESP/CE, ou seja, a integração das ênfases entre si, e, destas com os serviços que acolhem os residentes. Também assinalaram desafios relativos à formação dos trabalhadores dos municípios.

*No ideal é que as pessoas se vejam cada vez mais integradas, articuladas enquanto rede, enquanto peças fundamentais para essa residência que ela é integrada. Às vezes até mesmo entre as ênfases a gente tem um desafio de estar envolvendo elas, delas se verem, porque a residência é integrada e às vezes elas não se veem de forma integrada, não se integram. Então por exemplo, eu vejo que saúde coletiva que estava mais distante e hoje eles têm se aproximado mais, mas ainda precisamos ter uma aproximação ainda maior. As atividades que são integradas elas têm trazido alguns resultados pra essa integração entre as ênfases, mas precisamos ainda melhorar nessa integração tanto das ênfases, delas se olharem mais deles ficarem se vendo mais, como também do serviço. Eu ainda vejo muitas vezes o serviço se sentido à parte ou muitas vezes a residência se colocando a parte, porque também têm esses dois lados. Então esse é sempre o desafio, trabalhar de forma integrada mesmo, de verdade. (ART4)*

*Nós temos essa articulação muito boa com a ESP, mas o que nós desejamos ainda é uma aproximação maior, principalmente dos tutores no território, algumas questões de alinhamento e até de aproximação entre as ênfases. Pelo próprio desenho, a saúde mental vai se encontrar com saúde da família no segundo ano. Nós vemos que tem muitas ações interligadas. Eu deixo aqui de sugestão essa aproximação, que já havíamos colocado também em outros espaços. Então, eu acho que é só isso mesmo. Recurso não vou nem falar, porque nem ESP tem nem nós. (ART5)*

*Por último uma sugestão, acho que do ponto de vista das equipes, dos profissionais que compõem os serviços, compõem a rede, da mesma forma que tem um processo de certificação, uma espécie de proficiência pro preceptor, era importante, a escola pensar, a fiocruz pensar, em algum modo de certificar a equipe de saúde da família ou a equipe de saúde mental que recebeu o residente durante a sua fase de formação. Porque de uma forma ou de outra, o profissional daquela equipe ele se permitiu interagir, ele permitiu se expor na sua prática diária de trabalho para um outro colega, ele interagiu, ele foi igualmente aluno do processo de ensino aprendizagem em serviço. (SS3)*

Conforme a fala de ART4, por se tratar de um programa de residência integrada a RIS-ESP/CE deve fomentar a integração entre as diferentes ênfases, o que teoricamente contribuiria para a integração das redes de serviços entre si. Além disso, a residência por vezes desenvolve atividades à parte dos serviços, o que também poderia ser feito de forma mais integrada. Desta forma o programa contribuiria para a consolidação do princípio da integralidade e para a concretização de uma atenção em rede.

#### 6.2.1.6 *Condução pedagógica e operacionalização do programa*

A Escola de Saúde Pública do Ceará, enquanto instituição formadora ligada à Secretaria Estadual de Saúde é responsável por toda a operacionalização da RIS-ESP/CE de forma articulada com Ministério da Saúde e instituições executoras do programa. Além disso, cabe à ESP/CE a condução pedagógica do programa, destinando orçamento para sustentabilidade, garantindo recursos materiais e humanos.

Nas entrevistas realizadas nesta unidade de análise, os gestores municipais trouxeram em suas falas, alguns pontos relativos à condução do programa por parte da ESP/CE.

*A Escola poderia estar mais perto. Passou agora por esse momento de instabilidade, isso fragilizou muito a Residência, mas que bom que passou. Foram 3 meses e realmente no prazo que eles orientaram que ia acontecer tudo está se reestruturando. Nova contratação de tutores. É muito importante a gente se sentir com esse apoio. Qualquer dúvida eles estarem presentes, ir a encontros, reuniões, porque se tá acontecendo esse processo e vem caminhando e dando certo foi devido a muitos encontros, muitas orientações, muitas conversas, debates, pra que hoje a gente se sentisse seguro de saber fazer, de saber articular, de saber assistir, de a cada dia se aprimorar, mas a gente precisa desse apoio da Escola. (ART1)*

*[...] apesar da grande expertise que a escola de saúde pública tem em realizar já de longa data esse processo de formação pra saúde pública, as experiências de formação em nível de residência multiprofissional em serviço, praticamente partiu dessa iniciativa desses 10 municípios que iniciaram como projeto piloto. Então não havia ainda, nós não sentimos ainda da escola naquele momento, uma postura de domínio, de tranquilidade, de domínio do processo de formação, quer pedagógico, quer de cronograma, quer de agenda. (SS3)*

*Eu creio que a residência ela avançaria se a gente tivesse mais presente a figura dos tutores, porque o tutor é muito importante pra essa mediação de coordenações, tutorias e preceptores, ele é muito importante, a gente sentiu muito a falta dele, ainda estamos sentindo. E eles são necessários pra que a nossa articulação junto à Escola de Saúde Pública, que é a responsável pela residência, ela se torne mais amigável, mais estreita, porque ainda ficamos às vezes distantes disso. Essa articulação ela precisa ser estreitada, porque às vezes acontece assim, o residente vai, o preceptor vai e trás informações de que às vezes o articulador não tem. (ART4)*

Nas falas dos gestores podemos observar que a condução da RIS-ESP/CE foi um processo construído na medida em que o programa foi sendo implementado. Até então não havia cursos de residência multiprofissional sob responsabilidade da ESP/CE. Uma figura muito importante nesse desenho é o tutor, que na perspectiva da gestão municipal, poderia estar mais próximo dos cenários de prática de residentes e preceptores, pois se trata de um profissional importante na mediação dos atores envolvidos no programa.

Ressaltamos também a fala de ART1 que aponta fragilidade na condução pedagógica do programa, ocasionada por período de três meses de instabilidade sofrida pela ESP/CE, no que concerne ao desfalque no quadro docente da residência. Esta deficiência ocorreu em função de que os recursos originalmente previstos pelo acordo estabelecido entre o Ministério da Saúde, o governo do Ceará, a Secretaria Estadual de Saúde e a ESP/CE para contratação de tutores, seria originário do governo estadual, entretanto, não houve o aporte financeiro conforme estabelecido nos acordos originais. A ESP/CE solicitou então à CIES Estadual o remanejamento de verbas do bloco da Educação Permanente para manter um número mínimo de tutores no Programa. O problema de subfinanciamento da equipe de tutoria da RIS, entretanto, ainda não está completamente resolvido até o momento.

### **6.2.2 Percepção dos preceptores de saúde da família**

Nesta unidade apresentamos a análise e discussão acerca da percepção dos preceptores de saúde da família da RIS-ESP/CE. Das seis entrevistas realizadas identificamos a recorrência de 53 extratos de fala relacionados às 5 (cinco) categorias de análise que emergiram do processo de codificação do material empírico, a partir de 35 núcleos de sentido, conforme o Quadro 6.

Quadro 6 - Categorização das entrevistas dos preceptores de saúde da família

Categorias de análise/temas	Códigos/ núcleos de sentido	Recorrência de extratos de fala relacionados
Fortalecimento dos princípios da ESF	Interprofissionalidade vínculo ações coletivas aumento dos atendimentos continuidade do cuidado melhoria do acesso fortalecimento dos grupos fortalecimento do NASF	16

	responsabilidade sanitária integralidade provimento de profissionais resolutividade	
Ser preceptor: a delícia e a dor.	preceptor mediador diversidade de papéis dificuldade de compreensão especialização preceptoria preceptor articulador incertezas do papel da preceptoria falta de incentivo preceptor	13
Inovação tecnológica	novas ações revitalização de grupos agendas programadas parcerias diagnóstico local novas ferramentas de trabalho	9
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	residência como parte da equipe integração das ênfases tenda invertida aprendizado	8
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	infraestrutura não contratação de egressos desafio de sensibilizar equipes sistema de avaliação conflitos em equipes ações da residência para residência	6

Fonte: Autoria própria

### 6.2.2.1 Fortalecimento dos princípios da ESF

Essa categoria foi a mais recorrente nas falas dos preceptores, corroborando com uma de nossas proposições em relação a este estudo, que versa sobre o fortalecimento dos componentes essenciais da ESF a partir da implementação da residência. Iniciamos a análise discutindo um pouco sobre o vínculo desenvolvido a partir da experiência da residência e alguns desdobramentos.

*[...] as pessoas começaram a se empoderar dessa coisa da minha enfermeira, né, e aí a gente foi criando esse vínculo das enfermeiras dentro dos seus territórios. O vínculo também foi muito bacana com as ACS, com as Agentes Comunitárias de Saúde, porque “a minha enfermeira” também... (PREC1)*

*Então eles se tornaram profissionais de referência mesmo, tanto pras equipes quanto pra aquela comunidade. Todo mundo já sabia quem era o fisioterapeuta, a assistente social, a psicóloga daquele território e já se direcionava exatamente àquele residente, tanto é que a gente perdeu a turma dois agora, e não sabemos ainda como vão ficar algumas coisas e algumas situações.(PREC2)*

Percebemos nas falas dos preceptores que os residentes tornaram-se profissionais de referência tanto para usuários como para equipes. No entanto PREC2 faz um contraponto em relação à continuidade do cuidado após a saída dos residentes. Apesar da boa vinculação que atende uma demanda reprimida, a saída dos profissionais residentes pode gerar descontinuidade do cuidado. Outra forma potente de construção e fortalecimento de vínculos disparados pelos residentes é a territorialização.

*O primeiro momento onde eles vão fazer territorialização, onde eles vão pesquisar as dificuldades, o que a comunidade tem de mais importante, de mais relevante, isso daí já fez com que eles tivessem uma aproximação muito grande com a comunidade. Isso faz com que hajam melhorias, o número e atendimentos aumenta, a procura por especialidades como a psicologia, o serviço social, que tem áreas ainda de muito desconhecimento que existem pessoas que ainda não sabem o que o serviço social faz. Foi um trabalho muito intenso pra que as pessoas entendam pra quê que eles estão ali. E só em ter começado com essa territorialização hoje eles têm um espaço muito forte dentro da comunidade. (PREC4)*

*[...] a territorialização nos ajudou pra gente ter um diagnóstico local de como era o território, que é até quando eu te falei, tinha a enfermeira que era da área e não conhecia ainda o território, nem eu também... passei um tempo lá sendo preceptora do local, teve a territorialização, a Sala de Situação em Saúde que acabou nos ajudando a fazer a questão epidemiológica, o retorno dessas questões. O Planejamento Estratégico Situacional onde a gente fez também junto com os usuários e com a equipe o fluxograma analisador, que a gente conseguiu fazer e onde a unidade e os líderes, né, e todas essas parcerias que a gente conseguiu, eles participaram e escutaram e viram que os problemas originados não era só uma questão de gestão. (PREC6)*

Nas falas percebemos o dispositivo do reconhecimento do território, utilizado pela residência na inserção dos residentes na área de abrangência da ESF, aproximando-os da comunidade e construindo vínculos. Além disso, a territorialização serve para subsidiar o planejamento estratégico situacional junto com usuários e equipe, que parte do diagnóstico local de saúde realizado para a elaboração de soluções conjuntas.

O processo de territorialização realizado pelos residentes busca compreender o local de moradia dos usuários e suas nuances sociais, ambientais e culturais. A inserção comunitária implica conhecer o modo de vida dos usuários e seus processos saúde-doença no território. A partir daí o profissional de saúde que realiza esse processo, terá um diagnóstico do local para pensar seu processo de trabalho e traçar ações a serem desenvolvidas (CEARÁ, 2013b).

Outro componente presente ainda na fala de PREC4 é a melhoria do acesso a partir da inserção de novos profissionais na ESF. Segundo PREC4 tanto aumenta o número de

procedimentos realizados como aumenta o acesso a algumas categorias profissionais na ESF. Essa melhoria do acesso à população também ocorre em forma de ampliação de unidades e equipes, bem como no aumento da resolutividade dos problemas de saúde no serviço de primeiro contato, como trazem as falas a seguir:

*[...] onde nós tínhamos uma enfermeira nós temos três e a gente conseguir dar conta dessa demanda, eu acho que é um avanço assim incontestável, né? Dizer pra você que algumas Unidades, depois da Residência a gente ampliou em quatro Unidades da Saúde da Família aqui, e a Residência trouxe um pouco, tem um pouco de responsabilidade nisso, porque na hora que eu tiro dois enfermeiros dali residentes, a população estranha, e ela cobra a gestão [...] poder ter hoje três equipes de NASF onde só tinha uma é um avanço incontestável. Poder fazer mais visita domiciliar, poder fazer mais grupo, poder atender mais gestante, poder atender mais diabético não se discute, né, então quantitativamente e qualitativamente nós temos dados extremamente positivos com relação à Residência no município.(PREC1)*

*O acesso sempre existiu, a gente possui uma equipe de enfermeiros e de profissionais da atenção básica muito atuantes. A solução foi a questão das especialidades. O que em dois meses eu ficava esperando um nutricionista, hoje eu tenho um nutricionista na minha unidade. O que eu ficava três meses esperando um psicólogo no CAPS, na Policlínica hoje eu tenho na minha unidade. Então esse tipo de acesso a medicamento, a consulta médica, a consulta da enfermagem sempre existiu, é mais em relação às especialidades.(PREC4)*

Há o reconhecimento por parte dos preceptores acerca da existência de acesso à saúde antes da chegada da residência. No entanto, com a chegada dos novos profissionais nas unidades de saúde há uma ampliação desse acesso, aumentando quantitativamente e qualitativamente a atenção à saúde, impactando inclusive em ações de melhorias estruturais por parte da gestão municipal.

A diversificação de categorias profissionais de saúde no nível primário de atenção à saúde requer a existência de um trabalho que seja desenvolvido de forma integral e holística, agregando os saberes e práticas entre profissões, através da interprofissionalidade (ANDRADE et al, 2014). Na perspectiva dos preceptores da RIS-ESP/CE em saúde da família e comunidade, a colaboração interprofissional ocorreu através do fortalecimento da estratégia NASF nos municípios, quando a residência passa a integrar e assumir parte dos territórios antes atendidos apenas pelos profissionais do município. Assim sendo os residentes passam a realizar atendimentos individuais, organização de grupo, bem como visitas compartilhadas.

*Quando os residentes chegaram aqui nós tínhamos uma equipe de NASF que dava conta do município todo, ou deveria dar né? E aí com a chegada dos residentes a gente propôs fazer uma equipe de NASF mista e aí a gente desmanchou aquela equipe de NASF que existia e dividimos em três equipes de NASF onde tem 12*

*profissionais da gestão e 3 profissionais residentes, e aí já começa essa ligação interprofissional, né, no começo não foi fácil, porque eles se sentiram invadidos, mas hoje é muito tranquilo, é muito bacana, os resultados têm sido muito bons. (PREC1)*

*É isso que eu estou dizendo eles reconheciam a demanda do outro colega profissional, e imediatamente eles já se articulavam para a próxima visita, você vai comigo e a fisioterapeuta recebeu uma demanda para a assistente social, então na próxima visita eles já se articulavam para irem juntos, os psicólogos a categoria que fosse necessário naquele caso eles estavam sempre bem empenhados. (PREC2)*

*As visitas compartilhadas acho um ponto positivíssimo, porque não ia só o assistente social para a visita, mas o fisioterapeuta, o nutricionista e aquele paciente que o assistente social visitava estava em vulnerabilidade social e tinha outro problema elencado. Naquela discussão de caso daquele paciente, cada profissional fazia intervenções necessárias e eles garantiam a integralidade desse cuidado, assim também como o estágio em rede, o ciclo do 2º ano na residência, que eles passam por alguns espaços, como atenção psicossocial, secundária, o hospital que tem estágio transversal e eles fazem os plantões. (PREC5)*

A colaboração interprofissional colocada em prática também é responsável pela efetivação do princípio da integralidade, este define que a atenção aos sujeitos deve ocorrer de forma inteira, atendendo todos os membros da comunidade, ao longo de toda a vida, respondendo necessidades individuais e coletivas, gerando condições e estilos de vida saudáveis, promovendo autonomia e participação das pessoas, compreendendo a saúde como intersetorial a partir de um trabalho interprofissional (CAMPOS, 2003a). A proposta é atender todas as demandas através de uma abordagem integral do ser humano, perpassando por todos os níveis de complexidade da atenção à saúde e promovendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Seguindo nessa direção, as falas também assinalam a residência como potencializadora de ações coletivas e de promoção da saúde, o que amplia o escopo das intervenções em saúde, para além dos muros das unidades de saúde e através de ações em conformidade com as condições de vida e saúde da população.

*Tira da responsabilidade apenas do profissional e traz para o usuário essa corresponsabilidade e os grupos têm feito isso muito bem, principalmente nas salas de espera, nos grupos com idosos, né que aí trazem pra eles a coisa que a gente vê muito nos idosos a história da dieta dos hipertensos e tal, e aí se faz um trabalho de conscientização de necessidades para além do que você precisa fazer dieta, mas é um processo mais criativo e tal, eu acho que tem contribuído bastante. (PREC1)*

*[...] eles fortaleceram o programa do hiperdia e de gestantes dos quatros territórios, eles também participaram e realizaram os terceiros turnos de cada PSF, que já tinha no município a proposta né, uma vez por mês realizarem o terceiro turno, eles são super participativo levam ações inovadoras, temas inovadores, práticas inovadoras, então assim deu super certo. E deixar eu ver o que mais eles elaborarão... vários temas e públicos nesse terceiro turno e sempre participam.(PREC2)*

*Tudo que acontece na comunidade eles chamam os residentes pra participar. Se for um São João eles chamam os residentes porque eles articulam, eles fazem educação em saúde, porque eles participam ate do momento de dança eles participam. O numero de atendimentos dobrou, e por mais que as unidades façam o seu papel, a gente vê que o residente quando ele vem ele vem com tudo, ele vem realmente pra acrescentar naquele local.(PREC4)*

Conforme os relatos dos preceptores, os residentes trabalham grupos, na perspectiva da educação em saúde e de corresponsabilização dos usuários para com o seu processo de saúde-doença. Por desenvolverem ações participativas, que são estimuladas pela formação teórico-prática ofertada pela RIS-ESP/CE, os residentes potencializam atividades programáticas no âmbito da ESF, bem como apresentam disponibilidade para a realização de ações inclusive no turno noturno, o que aumenta consideravelmente a quantidade de atendimentos/procedimentos realizados nas unidades que contam com o apoio da residência.

#### 6.2.2.2 *Ser preceptor: a delícia e a dor*

Um dos atores fundamentais na condução dos processos de ensino aprendizagem na área da saúde é o preceptor. Entenda-se por preceptor aquele profissional que desenvolve suas atividades em um serviço de saúde, no âmbito do SUS, que recebe estudantes de graduação ou pós-graduação, com o objetivo de orientar as práticas no seu lócus de atuação (RODRIGUES, 2012). Na área da Educação Médica, o preceptor é o profissional que deverá compartilhar suas experiências com os alunos, visando desenvolver habilidades na prática, ensinar a clinicar (BOTTI e REGO, 2008).

Na realidade da RIS-ESP/CE, temos um corpo docente de suporte à atuação-formação em serviço composto por preceptores de campo, preceptores de núcleo, orientadores de serviço, tutores de núcleo, tutores de campo, coordenação das ênfases e coordenação geral (CEARÁ, 2013a). Nesta pesquisa enfocamos a preceptoria, por estar diretamente ligada aos cenários de prática e realizarem o acompanhamento sistemático e longitudinal dos residentes. O Regimento da RIS-ESP/CE, embasado na legislação sobre residências em saúde, define as funções preceptoria de campo e núcleo da seguinte forma:

O preceptor de campo é função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde e afins, com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais-residentes e profissionais envolvidos direta e indiretamente na RIS-ESP/CE, devendo estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço (Atua no desenvolvimento de competências comuns da ênfase e da saúde). (CEARÁ, 2013, p. 10).

O preceptor de núcleo é função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação profissional, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde, com foco no desenvolvimento dos saberes e práticas do núcleo profissional, com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais-residentes inseridos na RIS-ESP/CE, devendo se reportar ao preceptor de campo para o planejamento local da RIS-ESP/CE (Atua no desenvolvimento de competências específicas dos núcleos profissionais). (CEARÁ, 2013, p. 11).

Através das entrevistas realizadas nos diversos cenários, pudemos observar nos discursos dos sujeitos que a preceptoria da RIS-ESP/CE Ênfase de Saúde da Família e Comunidade vem descobrindo seu papel e desenhando seu fazer na medida em que a residência se desenvolve. Em diferentes falas também foi possível observar como a formação para preceptores oferecida pela ESP, por meio do Programa de Desenvolvimento Docente (PDD) do SUS (CEARÁ, 2012), ofereceu um suporte para o aprimoramento de competências docentes na área da saúde.

*[...] a gente participou das formações na Escola, da especialização, e pra mim hoje traz um aprendizado enorme, uma carga profissional de aprendizagem enorme, acho que a gente consegue fazer esse trabalho dentro do que é esperado, na perspectiva do que é esperado pela preceptoria[...]* (PREC1)

*Na verdade é uma experiência totalmente diferenciada porque é um processo de trabalho de ensino aprendizagem muito forte, onde você mesmo sendo profissional, mesmo sendo preceptor, você acaba aprendendo muito com eles. São várias vivências, vários conceitos onde você vê divergências, eles pensando igual bem como pensando diferente e a gente aprende muito com eles nessa questão. A experiência é enorme, não só com os residentes, mas com o que a escola passa pra gente.* (PREC4)

*A princípio não obtivemos muita informação. Eu sabia que seria preceptora, mas na verdade não sabia como seria minha atuação. [...] Exigiu de mim muita articulação, negociação, mediação, como também às vezes recuo. [...] Tinha que agregar todos os núcleos profissionais e conduzir tudo da melhor maneira possível.* (PREC5)

*Eu estive na ESP a primeira vez acho que foi em novembro... e aí eu cheguei lá com várias perguntas, vários questionamentos, o que era e o que não era. No momento você se assusta um pouco, querendo ou não são coisas novas, metodologias novas. E aí conforme você vai indo pras formações vai esclarecendo mais.* (PREC6)

Nessas falas também destacamos a troca de saberes entre tutores, preceptores e residentes, como uma prática de ensino-aprendizagem potente nos cenários de atuação da RIS-ESP/CE que fortalece a Educação Permanente em Saúde. No modelo educacional praticado no Brasil ainda há forte presença da educação “bancária”, em que o professor é um mero “depositador” de conteúdo nos educandos (FREIRE, 2014). A proposta de mudança

desse paradigma educacional, que o próprio Sistema Único de Saúde propõe através de uma formação mais implicada e dialógica, está pautada na troca de saberes entre docentes e educandos, já que “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2014, p. 96).

A docência desenvolvida pelos preceptores no âmbito das práticas em saúde se destaca pelo exercício da função apoio aos profissionais residentes ao invés da mera condução dos processos de trabalho e educação. Consiste em um apoio que busca transformar as antigas práticas de gestão, através do reconhecimento das diferenças, envolvendo os próprios apoiados no processo de gestão e avaliação do próprio trabalho, o que Campos (2003) denomina apoio Paidéia<sup>5</sup>. O recorte da fala de PREC5, mencionada anteriormente, representa um pouco dessas novas práticas de gestão do trabalho, como: mediação, articulação, negociação.

A preceptoria também pode munir-se do método da roda, a partir do fomento de espaços de co-gestão de coletivos (CAMPOS, 2000) onde haja a participação de profissionais, gestores e usuários para a tomada conjunta de decisões relativas ao processo de trabalho e gestão da saúde. Essa metodologia propõe a interface entre as dimensões administrativa, política, pedagógica e terapêutica, visando a promoção da autonomia dos sujeitos ou grupos, a partir do empoderamento dos seus próprios problemas na busca de soluções. As falas a seguir apresentam a percepção dos preceptores sobre os momentos de roda:

*Às vezes, eu estava no meio da roda e me percebia: quem tem de falar são eles, eu não. Eu meio que começava a discussão, tinha de ser conversada, mas quem tinha de trazer eram eles, ou seja, era uma troca. Trazia a discussão do texto e eles também. Muitas vezes, na discussão da roda, a gente percebia quem participava mais e quem participava menos. Enquanto preceptora, o que eu poderia fazer para que o grupo participasse igual com a, b e c? De que forma, fulano, você pode contribuir? Eu tentava puxar para que ele trouxesse as contribuições que tinha.(PREC5)*

*Outro ponto importante é a roda de equipe, uma ferramenta fortalecida pela residência, que percebi como fragilidade no território em que a residência estava acontecendo. As equipes tinham dificuldade de sentar para discutir seus processos de trabalho. A residência favoreceu para que isso acontecesse. (PREC5)*

*[...] nós sempre estávamos juntos com eles nos processos formativos, auxiliando, tem as Rodas, que sempre a gente fez, que foi um momento onde disparamos muitas conversas como agir pra organizar, e junto, o elo da preceptoria de campo e de núcleo, que até então como antes eu era preceptora somente de núcleo, eu vi como é bom também ter esse elo [...] (PREC6)*

---

<sup>5</sup> O apoio Paidéia, sistematizado por Campos (2003b), parte de uma visão contemporânea de um conceito oriundo do mundo grego que trata de abordagens educativas que visam o desenvolvimento integral do sujeito, a partir do estabelecimento de relações entre diferentes atores.

No que tange à roda da equipe de residência, o preceptor ocupa o lugar de mediador, animador, facilitador, que problematiza os residentes e incita reflexão e ação por parte do grupo. Esse modelo de cogestão acaba fortalecendo também as rodas das equipes de ESF que os acolhem, desencadeando a discussão do processo de trabalho a partir da experiência da residência.

Na análise do material empírico desta pesquisa identificamos também nas falas dos preceptores entrevistados algumas “dores” relativas à falta de reconhecimento (social e financeiro), à fragilidade dos vínculos trabalhistas e ao acúmulo de funções.

*Como é que, por exemplo, a gente escutou muito não existe residência sem preceptor, e porque não existe um orçamento pra preceptor? Dentro do orçamento de residência? Como é que eu penso uma residência que tem uma bolsa pra residente e não existe uma bolsa pro preceptor, se não existe uma residência sem preceptor?(PREC1)*

*[...] hoje a gente não tem um incentivo pra ser preceptor, a gente tem uma formação que você vai se aprimorar profissionalmente, mas a gente sabe que quando tem dinheiro na história as coisas mudam. Nessa turma que a gente recebeu, nós temos dificuldade da aceitação dos preceptores de núcleo. Eu que sou preceptora de campo, já assimilei, mas o preceptor de núcleo tem dificuldade. Por que? Ninguém quer, o município quer ofertar um turno de folga pela roda que você fica a noite, quem quer? (PREC5)*

*[...] a gente é contratado pelo município, e aí isso acaba não nos dando a autonomia como é com os residentes, né? Eu acho que se a Residência fosse um processo formativo que não fosse pago pelo município, a gente ia ter mais voz até na questão de empoderamento. Não dizendo que a gente não tenha, mas tem algumas coisas que nos torna como desafio. A gente dá a nossa cara a tapa diante de algumas situações, porque dependendo dos gestores, alguns nos apoiaram muito, doaram material, sempre nos ouviu, mesmo quando... diante da dificuldade, porque não tá só na dificuldade da própria gestão, mas o Brasil em si [...] (PREC6)*

As principais implicações na fala dos preceptores referem-se à falta de subsídios financeiros e reconhecimento por parte da gestão municipal e da gestão federal. Os preceptores compreendem que a existência do programa de residência está condicionada à existência de corpo docente de apoio, porém questionam o fato dessa condição não ser atrelada ao financiamento de preceptor. Como não está previsto pagamento de bolsas para os docentes através do MEC ou MS, cabe à gestão municipal, enquanto instituição executora, oferecer algum tipo de incentivo conforme pactuações estabelecidas na adesão ao programa.

### 6.2.2.3 A espiral da educação permanente movimentando a ESF

Os espaços de reflexão crítica sobre a prática e teoria dentro das próprias equipes e locais de trabalho impulsionam o desenvolvimento de uma educação permanente de fato. Aqui fazemos uma interface entre a categoria de análise “Ser preceptor: a delícia e a dor” e a categoria “A espiral da educação permanente movimentando a ESF”, compreendendo que os movimentos realizados no âmbito da residência impelem movimento também aos preceptores e à ESF.

O modelo da tenda invertida apontado por Pagani (2006) e Andrade et al (2004) prevêem que a proposta de educação e o ensino e aprendizagem aconteçam no próprio local de trabalho, nas unidades de saúde. O Projeto Pedagógico da Ênfase de Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2012) também aponta a tenda invertida como estratégia educacional diferenciada em que os preceptores se deslocam ao local de atuação dos residentes, com o objetivo de colaborar com a incorporação da residência no cotidiano dos serviços e seus desdobramentos. Nas falas, a proposta da tenda invertida também surgiu como uma potente ferramenta pedagógica utilizada pelas preceptorias, principalmente de núcleo:

*[...] na tenda invertida, que era o encontro do preceptor de núcleo com o residente, eu sempre procurava listar, porque tinha coisa entre residente e preceptor de núcleo, entrelinhas que, se não estivesse ali, não iria saber. Foi do núcleo profissional dele, então tinham coisas que com propriedade não conseguiria ver, mas estando na tenda invertida, ficaria mais fácil de descobrir. (PREC5)*

*[...] quando tem rodas a gente se reúne à noite, tem os encontros pela manhã e tem as tendas, geralmente a gente participa na parte da tarde. A tenda invertida que a gente vai onde está o residente, em vez do residente vir até nós a gente também faz essa troca de experiência que também é muito bom. (PREC6)*

Na direção do desafio da consolidação do quadrilátero da formação na área da saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), os preceptores surgem como atores chaves fundamentais para a disseminação da Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde. Pagani (2006) tendo passado por experiência de preceptoria de território<sup>6</sup>, no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral-CE, reconheceu a função como uma nova prática na estratégia de educação permanente dentro dos territórios, sendo uma

---

<sup>6</sup> Segundo Pagani (2006) o território é o espaço de atuação do preceptor já que lá acontecem as relações entre os sujeitos. Trata de um espaço dinâmico e em transformação, produzido pela natureza, pelas pessoas e pelas tecnologias ao longo do tempo e da história, constituído por redes de relações e comunicação, em que os profissionais de saúde devem transitar e interagir buscando ampliar a clínica para além dos consultórios, fora das unidades de saúde.

importante ferramenta de articulação tanto na residência multiprofissional, como com as equipes que atuam nos territórios.

Conforme o projeto constitucional brasileiro, o fato de o SUS ser ordenador da formação torna a função de preceptoria intrínseca ao papel do trabalhador de saúde, ou seja, todo trabalhador também é formador na área da saúde. Essa afirmação traz consigo questões bastante delicadas, visto que muitos profissionais não possuem afinidade com o manejo do processo formativo e tampouco com a saúde coletiva.

Problematizando essa questão, Merhy (2005) traz a ideia de que educação e trabalho são indissociáveis e produzem-se entre si, impactando tanto nas competências do trabalhador como no seu compromisso ético-político enquanto cuidador do outro. Assim, o preceptor ao orientar as práticas dos sujeitos “aprendentes” no cotidiano do serviço, troca saberes e vivências, repensa suas práticas, se (re)constrói enquanto profissional e assume, portanto, o papel de formador em saúde.

*Bom, quando a gente começou na preceptoria eu particularmente não tinha nenhuma experiência, nem sequer na área da saúde, eu trabalhei a vida toda na área da assistência, então pra mim foi um grande desafio, acho que pra todo mundo que hoje está preceptor, porque nenhum tinha ainda a experiência. (PREC1)*

*A residência me trouxe novos conhecimentos, coisas que talvez imaginava que sabia, mas não sabia. Primeiro, parte daí, do princípio do meu entendimento, se é que realmente eu entendo ou se ainda estou muito fresquinha na temática, mas o pouco que já li, preciso acreditar que isso não acontecia. Como vou conduzir uma coisa se não tenho nem ideia de como vai ser? Precisei me aprofundar e pouco ainda, porque isso precisa de leitura contínua. (PREC5)*

*[...] a gente aprendeu a Sala de Situação em Saúde, Planejamento Estratégico Situacional, territorialização, isso sem falar os módulos de acompanhamento: do adolescente, do adulto, do idoso, saúde mental, as Redes de Atenção [...] eu achei engraçado, que a gente aprendeu sobre as Redes, porque cada residente teve a oportunidade durante os estágios R2, falando agora, conheceram as Redes e a gente também acabou vendo esse elo e as fragilidades das Redes de Atenção. (PREC6)*

Percebemos nas falas dos preceptores que mesmo com dificuldades para desenvolver o seu fazer docente, foram oportunizados pela experiência da residência no cenário onde já atuavam, repensando novas e diferentes práticas, refletindo seu fazer e se (re)inventando enquanto profissionais de saúde. Tudo isso só tornou-se possível por meio da proposta da ESP/CE de interiorização da formação interprofissional em saúde, que movimenta e fortalece os sistemas de saúde locais através da residência.

O Projeto Pedagógico da RIS-ESP/CE Ênfase de Saúde da Família e Comunidade (CEARÁ, 2012) justifica a necessidade do programa de residência na região, traçando alguns horizontes a se alcançar, conforme o trecho abaixo:

A opção por interiorizar a Residência Multiprofissional deve-se a relevância da qualificação/ formação contextualizada às necessidades locais; a redução do isolamento formativo dos profissionais que atuam e residem no interior do Ceará; a necessidade de socialização de conhecimento e a formação de docentes no interior do estado, além de contribuir para a motivação dos profissionais e o desenvolvimento do protagonismo local e profissional para implementação da Estratégia Saúde da Família / NASF (CEARÁ, 2012, p. 9).

#### 6.2.2.4 Inovação Tecnológica

Através das entrevistas realizadas com os preceptores, percebemos a materialização das metas traçadas na concepção do programa. Formalmente a ESP disponibilizou formação para preceptores paralela à formação dos residentes. Contudo a educação interprofissional pelo trabalho foi se fortalecendo à medida em que a residência desenvolvia ações, atendimentos diferenciados e reflexões sobre as práticas. Como tratava de uma nova estratégia nos municípios do interior, foi se construindo na medida em que foi acontecendo. Algumas falas dos preceptores trouxeram o que categorizamos como “Inovação Tecnológica”, conforme trechos adiante:

*Os grupos onde a gente trabalha a educação permanente têm sido... eu acho que foi um grande diferencial. O matriciamento antes a gente só tentava, tentava, tentava, mas não conseguia, talvez não tinha “perna”, não tinha profissional pra fazer isso, e hoje a gente consegue fazer o matriciamento em algumas Unidades, né, Saúde Mental e Saúde da Família, eu acho que esse é o grande “boom”, a grande proposta, que traz, claro, fora outras ações que a gente consegue fazer, por exemplo, algumas datas comemorativas e aí a Residência tem entrado com muita força. (PRECI)*

*[...] eles construíram um instrumental, um checklist pra gente tentar combater o Aedes aegypti e é excelente para o município que até hoje desenvolvemos mutirões semanais, que todas as sextas feiras a gente desenvolve mutirões semanais baseado nesse checklist e ir de casa em casa para aplicá-lo, e dependendo do índice de infestações que vem pelo agente e que vem pelo agente de endemias da secretaria de saúde da zoonoses toda semana é um território novo, que a gente vai pra aplicar as parcerias intersetoriais com várias pessoas, e é um mutirão mesmo que a gente realiza toda sexta feira baseado nesse checklist.(PREC2)*

*Uma das coisas que foram muito importantes foi que eles reviveram muitos grupos, grupos que estavam lá em um cantinho e que não existia mais, então foram eles que fizeram aumentar o numero de pessoas. Salas de espera nas Unidades que é muito difícil e eles fazem. Existe um maior envolvimento da população hoje. Os atendimentos noturnos agora no Outubro Rosa, a minha turma fez, passou o mês inteiro. Era uma vez na semana e a comunidade se sentia muito bem, porque muita gente trabalhava, a noite o atendimento da enfermagem, do serviço social, da psicologia, então isso foi muito importante. De atividades inovadoras essa agenda que é programada, ela é uma agenda muito diferenciada das agendas dos PSF. Então isso já faz com que exista inovação.(PREC4)*

*Em novas experiências, eu parto da prática integrativa e complementar. Nós tínhamos uma residente que era amante da prática e ninguém conhecia ou conhecia*

*muito pouco. Ela trouxe isso para o serviço e foi extremamente importante, até como uma forma de fortalecer as relações, cuidar mais de quem está cuidando. Nós tivemos também grupos com atividades não só voltadas para a saúde física, mas para a saúde mental, que não tínhamos esse hábito. Tivemos grupo de saúde funcional, o primeiro criado e que ainda permanece vivo até hoje. O grupo que obtivemos, na verdade, nosso caçula, voltado não apenas para tratar das necessidades das pessoas que tinham alguma dificuldade de mobilidade, mas também para fortalecer o apoio que teria na comunidade. Quem sou eu no território, que importância eu tenho? Acho que foi uma ação da residência que trouxe muitas contribuições ao território. (PREC5)*

*[...] a gente fortaleceu muito os conselhos locais, os líderes, a COELCE, CAGECE nos chamam pra gente fazer as atividades, já nos fortaleceu... supermercados também nos deu material. Teve também na unidade de saúde onde eu era preceptora de campo também em outra turma a gente fez um projeto, Projeto Vida Saudável onde todas as mulheres obesas ou então com problemas de diabetes e hipertensão, a gente fazia as caminhadas com essas mulheres e aí logo após o Pinheiro Supermercado nos fornecia material pro lanche delas, elas iam pra Unidade fazer o lanche.(PREC6)*

As falas dos preceptores mostram que a residência promoveu inovações através da implementação de novas ações e instrumentais, bem como a revitalização e fortalecimento de ações e grupos já existentes. Nas falas destacamos a efetivação do matriciamento em saúde mental como ferramenta estratégica de apoio às equipes, criação de *check list* para combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, salas de espera, atendimentos noturnos, práticas integrativas e complementares, grupo de saúde funcional, conselho local, parcerias outras instituições, Projeto Vida Saudável, com usuárias obesas.

Através dessa característica inovadora e mobilizadora a residência acaba disseminando uma prática diferenciada, promovendo mudanças à curto prazo, como solução de problemas da população no próprio território, médio prazo, como a implementação de atividades de promoção de saúde e qualidade de vida, e longo prazo, que seria a mudança de mentalidade e empoderamento da comunidade sobre seu processo de saúde-doença.

#### 6.2.2.5 *Desafios para a interiorização da residência*

Ao longo da pesquisa fomos percebendo como a implementação da RIS-ESP/CE Ênfase de Saúde da Família e Comunidade vem contribuindo com a interiorização da formação interprofissional em saúde. Contudo ainda há alguns desafios a ser superados para uma boa implementação do programa, segundo os discursos de alguns preceptores entrevistados.

*Tem uma estrutura física que só comportava uma equipe e de repente tem que ter duas, então a própria estrutura física do município hoje é um desafio que a gestão tá tentando resolver isso, mas não é fácil, porque tem que locar espaço, né? Acho que é um desafio também a questão do transporte, a logística, vamos te dizer assim. Vamos dizer assim, a logística pra Saúde da Família acontecer. Acho que a gente ainda precisa trabalhar muito... é... existe em alguns locais, a gente percebe que existe um distanciamento, distanciamento entre o médico e o resto da equipe. Parece que o médico tá lá e o restante da equipe tá aqui.(PREC1)*

*[...] o instrumental de avaliação também que eu acho que passou a ser um desafio pelo cansaço, porque as vezes você é um preceptor de campo e tem dez residentes, você aplica quarenta vezes naquela turma, por que são quatro por residente né, é muito cansativo aquele instrumental de avaliação e que já deveria ter sido modificado né. (PREC2)*

*Infelizmente, o município não pôde absorver esses profissionais, não absorveu ninguém infelizmente, pelo vínculo mesmo, pelo tipo de contratação, embora nós tenhamos reforçado quem realmente teve destaque, como foi e tudo. Infelizmente, isso não aconteceu, mas a relação foi muito positiva, o vínculo foi construído, teve uma interação, uma integração. (PREC5)*

O desafio da melhoria da infraestrutura está ligado à entrada de novos profissionais na equipe, pois o espaço, logística e insumos da ESF nos municípios são planejados para um número restrito de profissionais e procedimentos. Quando a ESF passa a desenvolver mais atividades por incorporar mais trabalhadores, necessita também de replanejamento por parte da gestão.

Outro desafio pontuado pela preceptoria é a revisão do sistema de avaliação. Segundo PREC2 a avaliação de competências semestral torna-se muito cansativa, pois se a preceptoria acompanha dez residentes em determinado território, ao longo do processo deverá realizar quarenta avaliações. Apesar de sugerir a revisão das avaliações não apresenta alternativa alguma nem opções de modificação.

A não absorção dos egressos da residência pelo município também foi um desafio levantado pela preceptoria. Em alguns municípios, mesmo a preceptoria tendo destacado o bom trabalho desenvolvido por alguns residentes, não houve contratação de egressos.

### **6.2.3 Percepção dos residentes de saúde da família**

Nesta unidade de análise pretendemos apresentar a percepção dos profissionais residentes em saúde da família e comunidade acerca do processo de formação em serviço desenvolvido pela RIS-ESP/CE. Para incrementar a análise, faremos também um diálogo entre as categorias emergidas das entrevistas realizadas com os residentes, os documentos e a literatura.

Foi realizada análise temática das entrevistas de 8 (oito) residentes. Destas falas, identificamos 54 extratos que consideramos relevantes para o estudo, dos quais destacamos 22 núcleos de sentido que deram origem à 6 (seis) temas que exploramos neste tópico, segundo ordem de recorrência e relevância em que surgiram nas falas. O Quadro 7 a seguir demonstra o processo de codificação e categorização desta unidade de análise.

Quadro 7 - Categorização das entrevistas dos residentes de saúde da família

Categorias de análise/temas	Códigos/ núcleos de sentido	Recorrência de extratos de fala relacionados
Fortalecimento dos princípios da ESF	Vínculo NASF Integralidade Acesso Multiprofissionalidade Continuidade do cuidado Territorialização Promoção de saúde	22
Inovação tecnológica	Novas ações Trabalho em grupo	8
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	Desafio estrutura Resolutividade rede especializada Desafio apoio gestão Desafio envolvimento comunidade Desafio mudança parte teórica	7
Ser preceptor: a delícia e a dor	Dificuldade preceptoria Importância preceptoria	7
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	Discussões em equipe Educação permanente Aprimora formação de graduação	6
Mudanças e tensões no cotidiano dos serviços	Tensões com profissionais Mudanças no serviço	3

Fonte: Autoria própria

### 6.2.3.1 Fortalecimento dos princípios da ESF

Nesta categoria vamos discutir as falas dos residentes com os componentes essenciais da ESF, já mencionados anteriormente. Em relação ao vínculo desenvolvido pelos residentes com as equipes profissionais e a comunidade, identificamos que os processos de trabalho e diálogos desenvolvidos na residência parecem fortalecê-los.

*A gente tá com um vínculo bem intenso na comunidade principalmente porque, como a nossa equipe ela é bem reduzida, a saúde da família, são duas enfermeiras e a gente não fica no mesmo PSF, no mesmo território a gente fica separadas, e a gente tem um fisioterapeuta e uma assistente social. Mas mesmo assim após a divisão do pessoal da saúde mental, a gente trabalha de forma bem integrada e isso contribuiu muito, a gente faz muitas visitas domiciliares, a questão do matriciamento, atendimento em conjunto, isso é muito forte no território. (RES2)*

*Era muito bom, a gente tinha um bom diálogo com eles (usuários), sentiam-se seguros em nos procurar por encaminhamento ou não. Se nos viam no posto de saúde passando ali ou na hora da visita vem até nós pra perguntar alguma coisa. Alguns conselhos a gente conseguia reativar. Isso era muito bom porque a gente estimulava a participação social, o controle social e orientávamos os meios deles estarem cobrando os direitos deles. Eu avalio que a gente teve uma boa vinculação. (RES4)*

*Eu acho que a gente fez um bom trabalho em relação ao vínculo comunitário. Até porque a gente não tinha uma estrutura pra todos os profissionais. A gente acabou tendo que usar igreja, acabou tendo que ir pra escola, ir pra praça... então ficou bem... fortaleceu esse vínculo. E em relação a questão das ferramentas, da metodologia mesmo da escola, todo módulo além da atividade a gente tentou manter, os projetos terapêuticos.... (RES7)*

A fala de RES2 apresenta algumas ferramentas utilizadas pela residência, como visitas domiciliares, matriciamento, integração com a saúde mental, importantes para a criação e fortalecimento de vínculos entre equipes e comunidade. O residente identifica que uma atividade comum como uma visita pode ter uma função de vinculação e desenvolvimento de afetos, além do mero cumprimento de uma tarefa que consiste em atribuição da equipe, conforme a política de APS. É possível que as equipes dos municípios em que a RIS-ESP/CE foi implantada já utilizavam a ferramenta da visita domiciliar e construam vínculos nessas ocasiões, porém o residente surge como mais um ator para problematizar esse fazer e enriquecer o significado de uma atividade corriqueira dentro da ESF.

Na fala de RES4 percebemos também esse olhar sobre o vínculo com a comunidade através da confiança construída nos encontros tanto na unidade de saúde como na ocasião de visitas domiciliares. Além disso, RES4 percebe o fortalecimento da relação entre equipes e comunidade como uma boa oportunidade de trabalhar o empoderamento e participação dos usuários em relação à própria situação de saúde, bem como a comunidade como um todo. A participação social também configura um dos atributos essenciais da ESF.

A participação da comunidade na gestão do SUS está prevista na lei 8.142/90, que dispõe sobre instâncias de deliberação e discussão nas três esferas de governo, com distribuição paritária entre trabalhadores, gestores e usuários. Essas instâncias são os Conselhos e Conferências de Saúde, que propõem estratégias de controle, execução e avaliação, bem como sugerem mudanças nas políticas de saúde (BRASIL, 1990b).

Os espaços de participação social proporcionam a troca de conhecimentos entre usuários, trabalhadores e gestores buscando garantir direitos através de tomada de decisão conjunta entre os sujeitos implicados. Está fortemente vinculada ao diálogo problematizador, rumo a uma transformação cultural, em que usuários, trabalhadores e gestores se percebem

como sujeitos ativos, capazes de modificar conjuntamente a realidade em que estão inseridos (SORATTO e WITT, 2010).

A fala de RES7 dá um sentido diferente aos limites estruturais, presente na maioria dos cenários de atuação da ESF. Ao invés de interpretar esta realidade como um limite, visualiza a potencialidade para ocupação de outros espaços no território, a construção e o fortalecimento de vínculos com a comunidade. Isso porque as equipes em geral buscam outros locais para a realização das atividades na própria comunidade, como igrejas, escolas, associações, etc. Desta forma acabam se aproximando ainda mais do local de moradia das pessoas e das lideranças do bairro.

Neste ponto cabe também observar uma outra forma de se fazer clínica na ESF, por meio de uma maior aproximação com os sujeitos da comunidade e uma ampliação do olhar sobre os processos de saúde-doença dos sujeitos e comunidade. A esse compromisso ético profundo do profissional de saúde para com os usuários, olhando-os de forma integral chamamos Clínica Ampliada (BRASIL, 2007).

Outro ponto importante nesta fala é a utilização, na prática, das metodologias apreendidas nas vivências teórico-conceituais propostas pela ESP, movimentando a rotina do serviço através da incorporação de novas tecnologias em saúde.

Segundo o Regimento da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2013a) as vivências teórico conceituais constituem 10% da carga horária total da residência e estão organizadas em formato de módulos mensais, facilitados por especialistas, conforme cronograma apresentado pela coordenação da residência. A fala de RES7 menciona que atividades práticas no território são desencadeadas a partir dos módulos da residência.

Cada módulo da residência possui orientações por meio dos manuais elaborados pelo corpo docente da ESP (tutoria e coordenação) e disponibilizados na plataforma ESP Virtual. Os residentes recebem orientações disparadoras de atividades produto dos módulos a serem desenvolvidas nos cenários de prática e que devem ser postadas na plataforma como um dos componentes obrigatórios de avaliação, correspondendo a 30% da avaliação total(CEARÁ, 2013c). Estes projetos desencadeados pelos módulos demonstraram impactos positivos na organização da ESF, tais como o reconhecimento do território, a identificação e articulação com as redes e lideranças comunitárias e o planejamento local.

Nos discursos também foi possível observar elementos que destacam a importância da integralidade da atenção e da colaboração interprofissional no processo de formação em

serviço e no cuidado aos usuários dos territórios. Ressaltamos que também tratam de componentes essenciais da ESF, sendo, portanto, fortalecidos por meio da residência.

*[...] uma pessoa que vem ser atendida pela enfermagem, que naquele momento estava necessitando de um atendimento psicológico, um atendimento nutricional ele conseguia na própria unidade. Então eu entendo que a comunidade dos territórios que tinha residência conseguiu trabalhar de forma mais integral, não de forma como se tivesse partido, ah você vai ser encaminhado... e como a gente tinha os prontuários, a gente conseguia ver as prescrições médicas, de enfermagem, a gente conseguia marcar um atendimento compartilhado, a gente conseguia trabalhar aquela pessoa de maneira integral, sem quebras. [...]a gente tentava discutir a pessoa, não só aquele sintoma porque ela procurou o posto. Então a residência realmente veio proporcionar isso. (RES7)*

*[...]a enfermeira é muito aberta sempre, tudo aquilo que a gente colocava ela sempre aceitou e aceita é uma pessoa bem acolhedora, e assim o impacto que foi muito grande, por que hoje a equipe é muito boa, a gente trabalha de forma bem integrada o ACS, os técnicos, os enfermeiros, os médicos... é muito boa e melhorou muito.(RES2)*

*[...] a gente tem uma equipe multiprofissional, a gente tem aqui assistente social, tem fisioterapeuta, tem psicólogo... Então esses profissionais contribuem muito, porque quando eu realizo uma consulta compartilhada, eu tenho ali a participação daquele outro profissional com o seu conhecimento. Então a gente está atingindo aquela paciente na sua integralidade.(RES6)*

*Pelo fato dela ser multiprofissional, você acaba até às vezes esquecendo, esquecendo assim entre aspas que a gente diz, a sua formação. Você passa a ser uma pessoa que tá trabalhando em prol da saúde da família. Qual a sua categoria? Ah, eu sou nutricionista, mas inicialmente você tá ali como grupo de profissionais da saúde, independente da sua categoria. Tanto que é muito bom esse trabalho, porque a gente se torna um pouco, a gente sabe falar um pouco de enfermagem, a gente acaba aprendendo a falar um pouco de psicologia, eles aprendem um pouco. Fica bem multiprofissional mesmo. Não é porque eu sou nutricionista que só eu posso dar uma palestra sobre alimentação saudável. A gente acaba tendo essas trocas. (RES7)*

No que diz respeito à integralidade da atenção, observamos que o fato de haver o provimento de mais profissionais de saúde em unidades de saúde da família amplia-se a possibilidade de solução de problemas nos contextos locais. Nesse caso percebemos que o provimento de profissionais de diferentes núcleos de saber traz uma maior resolutividade ao primeiro nível de atenção à saúde, dispensando alguns encaminhamentos. Além disso a aproximação dos residentes com a realidade do território e os diferentes olhares sobre o processo de saúde-doença das pessoas ampliam a clínica, superando a focalização apenas em sintomas e sinais presentes no momento da consulta.

Entretanto, o provimento de profissionais por si só, como aconteceu durante a implantação das equipes NASF em vários municípios do Ceará, no período de 2008 a 2013, não garante a ampliação da clínica na ESF. Em muitos municípios que receberam profissionais do NASF estes passaram a atuar de forma isolada e paralela à equipe de saúde

da família, fragmentando as ações de saúde (SOUZA, 2013). Este fato é revelador da potencia de um programa de residência multiprofissional, que orienta a inserção das novas categorias profissionais numa perspectiva matricial.

Outro sentido identificado na fala de RES7 é a importância da colaboração profissional tanto no processo de formação do residente como de transformação das práticas nos cenários em que a RIS-ESP/CE se inseriu. Os residentes passam a conhecer melhor o conjunto de conhecimentos e práticas de outras categorias profissionais, e, até mesmo adicionam alguns destes à sua própria prática. Este é um dos resultados da educação interprofissional que colabora para o trabalho em equipe. Furtado (2007) já apontava que a interação disciplinar e profissional somente adquire sentido na prática, possibilitada pela reorganização das equipes.

Com a inserção e fortalecimento da colaboração interprofissional na ESF nas unidades de saúde cenários de prática da RIS-ESP/CE, percebemos também um salto qualitativo no desenvolvimento da estratégia NASF. A inserção de profissionais residentes tanto nas equipes de ESF como nas de NASF potencializou os serviços que antes estavam consumidos pela grande demanda de atendimentos e desmotivação dos profissionais.

*[...] no começo era assim: “Você sabe o que é o NASF? Qual o trabalho do NASF?” Ai ninguém dizia. “Não, não conheço”. Agora já tá mudando o perfil, quando a gente chega num grupo, ou de gestante ou grupo de idosos, o grupo da Atenção Básica, a gente pergunta se eles já conhecem o que é o NASF, né, aí muitos levantam a mão e diz, né: “É vocês que ajudam no posto”, “Vocês que contribuem com o posto, fazer as visitas, fazer grupo”. Tá mudando muito a visão do NASF, porque antigamente o pessoal não sabia o que era o trabalho do NASF aqui no município, assim, não vou dizer que tá 100%, mas uns 65% de conhecimento eu acho que estão. (RES1)*

*[...]a população nem todos sabem o que é o NASF, como é que nós trabalhamos e quais as categorias profissionais que tinha no NASF. Então isso foi algo que a gente buscou divulgar bastante. Nos estágios em rede e intersetorial nós sempre levávamos o nome do NASF o quê que ele faz. E o NASF ele veio pra isso, pra ampliar esse acesso, trazer outras especialidades pra atenção básica. (RES4)*

Além da divulgação do fazer do NASF em diferentes locais de atuação dentro do município, nas falas percebemos os residentes se identificando como profissionais do próprio NASF. É importante apontar que cada município formava suas equipes (de residentes) conforme a organização da rede municipal de saúde, atentando, no entanto, para as orientações do Projeto Pedagógico da RIS-ESP/CE Ênfase de Saúde da Família e Comunidade (CEARÁ, 2012).

Os residentes das equipes de referência e das equipes de apoio atuam no Centro de Saúde da Família (CSF) de Lotação, sendo que os da equipe de apoio atuam também no CSF

Integrado. A proposta da RIS-ESP/CE consiste em formar os profissionais de saúde residentes e multiplicar a formação para outros profissionais nas unidades de saúde em que os residentes estejam alocados (CEARÁ, 2012). Quando os residentes integram a equipe da ESF, fortalecem tanto pelo aumento quantitativo de profissionais em determinadas áreas, quanto pela melhoria dos serviços ofertados.

Os profissionais de saúde residentes contribuem para a divulgação da estratégia NASF nos territórios de atuação da RIS-ESP/CE. Nesse ponto de vista da integração entre NASF e residência, numa complementaridade entre diferentes profissionais e equipes, a residência deflagra uma gama de potencialidades reprimidas dentro da ESF, impulsionando as ações de promoção à saúde, ampliando o acesso à diferentes categorias profissionais e a resolução de problemas no serviço de primeiro contato. Desta forma, apresentamos algumas falas de residentes relativas ainda à acessibilidade e a continuidade do cuidado.

*[...] quando a gente aumentou o numero de NASF pra três, a gente pode abranger mais o numero de pacientes que precisavam do cuidado, né, aqueles que precisavam mais de visitas domiciliares atendemos mais visitas domiciliares, não ficou assim uma coisa paliativa né, que só ia pra ver o que era o problema e depois passava muito tempo pra ter o retorno. Não, a gente tem o retorno. Tem o primeiro contato, depois tem o retorno, até três retornos a gente tem com aquele paciente, se for um paciente de continuidade aí a gente faz, senão a gente dá alta. (RES1)*

*Primeiro o fato de alguns profissionais não existirem na unidade, já fez com que o acesso melhorasse, porque, por exemplo: profissional psicólogo, nutricionista, eles eram centralizados em determinada unidade, ou então poucos profissionais pra quantidade de unidades que nós temos. Então um dos fatos que ajudaram a população a vir à unidade, em relação à Nutrição, foi o fato de a unidade não ter nutricionista e passar a ter. Então em relação à Nutrição isso foi bem visível. Nutrição e Psicologia a comunidade já teve uma aceitação rápida. Aqui a questão da enfermagem duplicou o número de enfermeiros, porque na nossa turma tinha bastante enfermeiros. Mesmo a enfermeira da unidade sendo uma enfermeira que passou na residência, isso já facilitou também a questão do acesso. Ela era enfermeira da unidade há bastante tempo, desde a época da fundação, e ela passou na residência continuando no mesmo território.(RES7)*

Na fala de RES7, percebemos a questão do provimento de profissionais melhorando o acesso à atenção à saúde por parte da população. Outro fato documentado foi o acesso de um profissional da ESF do interior do estado à este programa de Educação Permanente, que assim está atendendo ao seu objetivo de interiorização da Educação Permanente Interprofissional. Historicamente os processos de Educação Permanente se encontravam muito centrados na capital (CEARÁ, 2013a).

A qualificação profissional proporcionada pela residência também visa sanar uma carência nas formações de graduação, que ainda possuem uma herança histórica de currículos individualizantes e prescritivos. Hora et al. (2010) defendem a ruptura do modelo

“Flexneriano” de formação na área da saúde, baseado na educação biomédica fragmentada ainda do início do século XX. Na direção dessa ruptura, as autoras sugerem uma formação em saúde através de práticas reflexivas que integrem as necessidades da população e dos trabalhadores. Nesse sentido, esta pesquisa enfatiza o papel estratégico da RIS-ESP/CE na mudança do modelo tradicional de formação, integrando profissionais e população, teoria e prática.

### 6.2.3.2 *Se preceptor: a delícia e a dor*

Um dos atores fundamentais para viabilizar uma formação em serviço de qualidade é o preceptor. Isso porque essa figura trata de um docente que transita pelos cenários de prática do discente. No tópico anterior exploramos as categorias de análise sob a ótica dos próprios preceptores, relacionando tais percepções com referenciais teóricos e documentos relevantes. Aqui buscamos apresentar esta categoria a partir da perspectiva dos residentes.

*Era um ponto bem delicado porque no início da nossa turma o quadro de preceptores ele era bem fragilizado, já no final do último ano foi que foi estabelecido pelo município um incentivo, um apoio pra esses preceptores. Porém os preceptores eles não realizam só a atividade de preceptor. Em alguns casos eles não têm aquela carga horária definida, apesar de ter um incentivo financeiro, mas eles acabam utilizando o tempo com outras funções o que eles deveriam utilizar como preceptor. E aí não acompanha da forma como deveria. Muitos deles não estavam toda semana com a gente e quando estavam era em um turno e aí muita coisa acontecia que eles não presenciavam. (RES4)*

*Eu acho riquíssimo porque eles já têm uma vivência na área, eles estão aqui pra nos dar suporte, assim como nós estamos aprendendo eu acredito que eles também. (RES6)*

*[...] a preceptoria de campo é fundamental pra você tá no território, pra você até ter essa acessibilidade. Porque como ele foi escolhido como preceptor de campo, é sinal de que ele conhece o território né? Então... a minha experiência com preceptor de campo foi excelente. Não tive nenhum problema em relação à isso. Ela conhecia muito bem o território, conseguia levar os residentes a essa questão de vínculo com a comunidade, de vínculo com a gestão, de vínculo com a própria equipe. Eu acho que foi uma das funções maiores, que nos ajudaram muito foi essa da preceptoria de campo. (RES7)*

Os residentes reconhecem o papel estratégico do preceptor, pois o mesmo possui experiência no serviço e no município, e, possui vínculos com gestores, equipes e população, facilitando a inserção dos residentes nos cenários de prática e mediando relações e interações. São profissionais experientes, mas em aprendizado da função de docência em serviço, trocando sempre conhecimentos com os residentes. Contudo, mesmo havendo incentivo por

parte dos municípios, sejam financeiros ou em forma reorganização de carga horária, ainda há pouca implicação dos preceptores com os processos da residência.

### 6.2.3.3 A espiral da educação permanente movimentando a ESF

Nessa categoria, destacamos através das falas de residentes a formação da RIS-ESP/CE como oportunidade de aprimorar conhecimentos da graduação, agregando uma visão mais ampla sobre os processos de adoecimento e modos de vida saudáveis da população. Os residentes demonstram, através das falas, que a graduação além de não explorar muito a saúde pública e saúde da família, está mais voltada para uma atuação técnica e individual. As falas adiante retratam um pouco dessas reflexões:

*Eu vejo a residência como uma grande potência, porque na faculdade nós não saímos totalmente preparados para o SUS. Muitas vezes as faculdades são muito voltadas pra serviços particulares e principalmente a questão da multidisciplinaridade que precisa ser trabalhado continuamente, a educação permanente. A residência ela é um processo de educação permanente. Eu acredito que deveria ser mais valorizado que após concluirmos a residência, que a gente tivesse algo que nos diferenciássemos dos demais, ou uma prova de título ou uma garantia de que em concurso sua vaga estaria ali reservada enquanto você terminasse a residência. A gente não tem nenhuma garantia. Claro o aprendizado é imenso, as vivências são intensas, é uma carga horária muito extensa, a formação é muito boa, mas poderia ter esse diferencial mais concreto na hora de um concurso, na hora de uma prova de título no mercado de trabalho em si. (RES4)*

*Mas eu me surpreendi pelo fato de ser uma área que eu me identifiquei durante a residência e também uma área que a gente na graduação não se estuda muito, né? A gente tem até a disciplina de saúde pública, mas nada comparado à vivência da residência. Então assim, foram dois anos muito bons, diante de uma realidade realmente de extrema carência, trabalhando com pessoas que precisam realmente de você, que precisam realmente da sua ajuda. Sair daquele campo da nutrição mais estética e volta mesmo pra questão de cuidar das pessoas, de prevenir doenças. (RES7)*

Observamos também na fala de RES4 o reconhecimento dos saberes e práticas adquiridos na residência e a expectativa de que um certificado de conclusão de residência facilite o acesso a um emprego. Aos poucos as residências multiprofissionais têm ocupado maior espaço como modalidade de especialização, “padrão ouro”, e estratégia de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde. A CNRMS lançou uma Resolução em 2014, em que discorre, entre outros pontos, sobre reconhecimento da titulação de especialista *lato sensu* na modalidade residência (BRASIL, 2014b). Desde então esta comissão nacional vem trabalhando no reconhecimento dos programas de Residência Multiprofissional e em Área de Saúde por todo o país.

Mais importante do que a “superespecialização” é a valorização do profissional sensível ao projeto político de saúde do SUS. A RIS-ESP/CE tem proporcionado essa sensibilização dos profissionais em diferentes locais no estado do Ceará, quando leva aos municípios do interior a oportunidade de formação e transformação das práticas, além do incentivo aos gestores de incorporar esse processo formativo à sua rede municipal de saúde.

Em alguns momentos do processo formativo, os residentes também perceberam “A espiral da educação permanente movimentando a ESF” através de ações desenvolvidas junto às equipes. Apontam as metodologias apreendidas nos encontros na ESP como peças fundamentais para o trabalho comunitário e para a problematização das equipes. Também observamos, nas falas adiante, que essas metodologias experimentadas por ocasião da formação proporcionam também um instrumental de tecnologias leves<sup>7</sup> em saúde pelos cenários de prática da RIS-ESP/CE ênfase de saúde da família e comunidade:

*[...]Essas metodologias que a Escola nos repassa ajudam muito a gente como residente. E agora também como fazemos parte do grupo do NASF dá pra dar um apoio pra eles. Porque quando a gente trabalha junto com alguns profissionais que são do município, que têm o conhecimento do trabalho do NASF, trabalharam muito tempo no NASF, quando a gente faz outra metodologia dentro do NASF eles aceitam. A gente começa a criar grupos, que são focais, que são os grupos de homens, de gestantes, essas coisas, mas também o grupo geral que a gente distribui, nos postos quando faz “Sala de Espera”, que aí são varias temáticas do dia-a-dia[...]. (RES1)*

*Em algum momento nós fizemos o trabalho de educação permanente com as agentes de saúde com alguns temas: acolhimento, humanização, atenção integral. Foi muito bom pra elas ampliarem essa visão, porque elas lembravam só das ações delas: eu tenho que lembrar das vacinas, tenho que fazer a visita ao hipertenso, avisar de alguma consulta; elas ficavam focadas em suas atividades específicas e as vezes não identificavam algumas questões dos usuários que poderiam estar orientando e encaminhando até os profissionais, até a nossa equipe de saúde da família. (RES4)*

*A gente sempre tinha os momentos de sentar, de avaliar, de olhar os indicadores, de perceber quais eram as necessidades do território, da população. A partir desses indicadores a gente tinha essa preocupação de responder as demandas de cada território, dialogando tanto com os usuários como com os profissionais: as ACSs, as equipes de Saúde da Família, então eu vejo que sim, que a gente teve essa preocupação, esse compromisso sanitário.(RES4)*

Ao passo em que os residentes utilizam seu aprendizado para trabalhar a formação dos demais profissionais no exercício de suas funções, materializam a educação para o trabalho e pelo trabalho. Esse ciclo formativo que acontece nos cenários de prática da residência invoca a Educação Permanente em Saúde no seu sentido primordial de implicação e compromisso

---

<sup>7</sup> Merhy e Feuerweker (2009) conceituam tecnologias leves em saúde como as relacionais, que abrem possibilidades de cuidar em saúde a partir de um encontro permeado de afetos entre profissional e usuário, viabilizando a corresponsabilidade sobre as estratégias de cuidado. Consideram tecnologias duras aquelas estruturadas através de equipamentos e saberes técnicos.

dos profissionais com o seu fazer. Merhy (2005) enfatiza que os profissionais precisam estar implicados com o processo de trabalho/ensino-aprendizagem, bem como com o contexto histórico-cultural que os cercam, o que denomina de “Pedagogia da Implicação”. Através das falas, percebemos que os profissionais residentes destacam a importância de perceber as necessidades de saúde do território antes de propor qualquer intervenção, como ilustrado pelo relato de RES4, e levam essa compreensão também para as equipes. Desta forma as ações de saúde empreendidas acabam sendo mais contextualizadas e, por sua vez, mais efetivas e eficazes.

#### 6.2.3.4 Inovação tecnológica

As novas ações de atenção à saúde a partir da inserção dos residentes tornam-se evidentes por meio da utilização de novas ferramentas ou reformulação de antigas práticas de trabalho. Ficou claro em falas anteriores o quanto as metodologias transmitidas pela ESP foram importantes para o desenvolvimento desse trabalho interprofissional. Essa pesquisa traz à tona algumas dessas novas experiências desenvolvidas pela ênfase de saúde da família da RIS-ESP/CE. A seguir, as falas dos residentes de diferentes municípios apresentam algumas novas tecnologias:

*[...]projeto “Por amor à vila”, que é um projeto com adolescentes de uma comunidade carente onde a gente trabalha, justamente aonde a gente vai agora a tarde, que trabalha com adolescentes. Quem tá mais a frente desse grupo hoje é a psicóloga, que tá no eletivo. E hoje a gente tá dando um apoio, porque ela trabalha a música, mas a gente já fez tipo festival, nessa comunidade com esse mesmo grupo, onde foi envolvida toda a comunidade [...] (RES1)*

*O PSF o qual eu comecei não tinha a puericultura, não tinha essa prática da puericultura. Então eu realmente coloquei e fiz agendamento e hoje tem a puericultura, as mães elas aparecem sim no PSF para fazer a puericultura, até hoje assim a enfermeira realmente da unidade, eu xinguei e tudo pra ela também fazer, porque assim eu sou responsável por duas micros áreas então eu faço tudo com agendamento, da puericultura, eu considero sim uma atividade inovadora, por que não tinha puericultura. O turno noturno também não tinha, então eu comecei também fazer e continuo, e as vezes não tem atendimento médico, não é porque não vai ter atendimento médico que não vai ter atendimento da enfermagem, e juntos com os demais residentes eles fazem os grupo de famílias, eu faço a prevenções e as orientações do turno noturno mais eu não deixo de fazer mensalmente. (RES2)*

*Tivemos alguns grupos inovadores como o grupo de mulheres de terapia comunitária em uma unidade de saúde, que a gente trabalhava com transtornos mentais leves: ansiedade, depressão, questões familiares. Trabalhamos terapia comunitária com profissionais com algumas equipes. A questão do fortalecimento dos grupos dos programas de Saúde da Família: idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes. Matriciamento entre saúde mental e saúde da família iniciou nessa época*

*e vem tendo continuidade no município. As ações dos conselhos que estavam bem fragilizados, reativou alguns e que continuam até hoje. (RES4)*

*A gente desenvolve vários projetos e grupos, acho que o que mais merece reconhecimento é o Ressoar. Ele se dá pela prática da promoção da saúde através do Pilates. A gente chama também de Pilates SUS. A gente chama pessoas que têm necessidades pra fazer exercício pra realizar essa atividade, que é uma atividade que é elitizada, que a gente tá oferecendo com nossa fisioterapeuta. (RES6)*

*[...] a gente desenvolveu um projeto em cima do PSE (Projeto Saúde na Escola). Porque o PSE, o cuidado maior dele, no nosso município, é com a questão antropométrica, avaliação nutricional daquela criança. A gente veio com uma proposta de ter um cuidado não só das crianças. A gente teve o projeto "Mais Educação" que visava a questão do trabalhador da escola, dos professores, a questão das famílias, a questão não só nutricional daquela criança, mas a questão social. Então ele veio pra somar, esse projeto. (RES7)*

Podemos visualizar inovações em cinco diferentes cenários de prática, a saber: efetivação do serviço de puericultura, atenção à saúde do adolescente, Terapia Comunitária, Matriciamento em Saúde Mental, Pilates na comunidade, Programa de Saúde na Escola. A ampliação das práticas e novas ações foram efetivadas através da experiência da RIS-ESP/CE nos diferentes contextos municipais. Através dos relatos, percebemos o quanto a residência potencializa atividades no próprio território, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Ressaltamos que a categoria “Inovação tecnológica” dialoga com todas já mencionadas, uma vez que as novas tecnologias contidas nos relatos versam sobre ações intra e intersetoriais, de promoção de saúde e partem das necessidades de saúde da população.

#### *6.2.3.5 Mudanças e tensões no cotidiano dos serviços*

Muitas das transformações tensionadas a partir da inserção da residência nos cenários de prática provocaram alterações na rotina das equipes. Nesse ponto apresentamos mais uma categoria de análise das entrevistas: “Mudanças e tensões no cotidiano dos serviços”. As falas de alguns residentes entrevistados mostram um pouco do estranhamento das equipes de ESF com a inserção de novos profissionais nos serviços e, desta forma, novas possibilidades de atenção à saúde. Reconhecem também a residência e o NASF como atores essenciais na superação dessas dificuldades a partir do apoio à organização do serviço e reorientação das práticas.

*[...]o primeiro contato, quando a gente chega e explica o nosso trabalho, a utilização do prontuário médico, né, pra gente saber um pouco da história daquele paciente, porque muitos encaminhamentos eles não dizem assim: “encaminho fulano para o profissional tal, com essa necessidade, essa e aquela”. É não, o encaminhamento é: “encaminho o paciente tal para o NASF”. Aí primeiro aquele*

*contato a gente vai saber qual é a demanda de qual profissional NASF é que necessita e a gente dá continuidade e através do prontuário quando a gente pega pra visita é que a gente vê que aquela pessoa foi sequelada de AVC, ou que aquela pessoa tem uma diabetes alta, ou que aquela pessoa tá sofrendo uma restrição financeira, aí através disso é que a gente pode saber. (RES1)*

*Eles já tinham um grupo de gestantes, mas a gente deu um apoio, deu um suporte. As campanhas de prevenção, principalmente outubro rosa, novembro azul... tiveram outra visão. Mudou completamente a forma de se fazer aquilo né? Não é mais só uma campanha. Ficou bem além disso. E as questões mesmo de visitas compartilhadas, a gente agora tem uma visão diferenciada, atendimento compartilhado ainda é feito pela unidade... Então assim a gente tenta... questão da busca ativa, estudo de caso também eles conseguem identificar, fazer um projeto... (RES7)*

As mudanças e tensões no cotidiano dos serviços ocorrem na direção da melhoria da qualidade da atenção. Mesmo provocando “desconforto inicial” para as equipes de ESF, as mudanças trazem consigo melhoria na organização do trabalho e resolução de problemas, o que a médio e longo prazo melhora também o fazer daqueles profissionais. Um outro fator gerador de mudança no cotidiano dos trabalhadores é o provimento de profissionais, já mencionado na categoria de análise “Fortalecimento dos princípios da ESF”. Esse provimento, através do aumento da quantidade e da diversidade de categorias, também provoca mudanças na rotina dos serviços, com organização das agendas de acordo com a disponibilidade de salas ou outros espaços para a realização das atividades no âmbito da ESF, melhorando o acesso e a qualidade da atenção à saúde em diferentes municípios do interior.

#### *6.2.3.6 Desafios para a interiorização da residência multiprofissional*

Com a implementação da RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade nos municípios do interior do estado do Ceará, e conseqüente aumento no número de profissionais na ESF, foi deflagrada a dificuldade relativa à estrutura insuficiente dos Centros de Saúde da Família. Adiante algumas falas dos residentes acerca da dificuldade estrutural (física e insumos) na ESF:

*Os desafios, é como eu citei antes, é você organizar o seu trabalho e não poder desenvolver por causa de motivos de não ter carro, ou que faltou um material aqui, um material acolá atrapalhou o desenvolvimento das atividades justamente... mês passado a gente só fez 40% das nossas visitas domiciliares porque não tinha carro[...] (RES1)*

*A questão dos prédios, a gente vê que tem mais de uma equipe de saúde da família em um prédio e muitas vezes não tinha espaço pra todo mundo atender, nós mesmo tínhamos que nos organizar dentro dessas condições, tinha que ver qual era o dia que o médico não ia atender ou o enfermeiro e aí a gente organizava a nossa*

*agenda. Material de trabalho pra campanhas e educação em saúde a gente tinha muita dificuldade, não era tão acessível, carro pra visita, hoje o município conta com um carro pra 5 NASF, então não é suficiente. (RES4)*

*Claro que tem algumas dificuldades, né? Porque todo processo tem as dificuldades. De conhecer aquela comunidade, de você às vezes investir um trabalho naquela comunidade e por algum motivo não deu certo... Você também tem que ter um apoio muito grande da gestão municipal, porque senão essas práticas ficam inviáveis, porque muitos gestores visam mais a questão mesmo de produção, a questão clínica, né? (RES7)*

Através dessas falas pudemos perceber que a pouca infra-estrutura para a realização das atividades no âmbito da ESF por vezes reduz o número de procedimentos realizados pelas equipes (visitas, salas de espera, grupos...), e conseqüentemente sua capacidade de resposta às demandas da população. Além disso, a fala de RES7 ressalta a importância do apoio da gestão municipal para a realização de ações comunitárias, ao invés de somente cobrar produção. Os municípios, enquanto instituições executoras do programa de residência, são responsáveis por fornecer infra-estrutura e corpo docente (preceptores) para subsidiar o apoio à formação em serviço. No entanto as falas dos residentes retratam ainda a garantia de tais subsídios como desafio aos municípios.

A RIS-ESP/CE quando iniciou suas atividades e firmou parceria com diversos municípios do estado, buscou interiorizar a educação interprofissional. Quando lança essa proposta, especialmente através da ênfase de saúde da família, faz com que os municípios assumam o lugar de instituição executora de um processo formativo formal como a residência, mas que poderia ser um processo de educação para o trabalho pelo próprio trabalho. Essa parceria mostra o potencial de ordenamento da formação em saúde pelo próprio SUS, nos contextos municipais.

#### **6.2.4 Percepção dos trabalhadores de saúde da família**

A última unidade de análise deste estudo trata da percepção dos trabalhadores de saúde da família, dentre os quais foram entrevistados: sete gerentes de unidade de saúde, e quatro trabalhadores da ESF agentes comunitários de saúde e profissionais com formação de nível superior.

Da mesma forma das unidades anteriores, realizamos análise temática e categorização do material empírico coletado. Das onze entrevistas destacamos cinquenta e um extratos de fala, de onde emergiram vinte e nove núcleos de sentido que deram origem às cinco categorias de análise.

Quadro 8 - Categorização das entrevistas dos trabalhadores de saúde da família

Categorias de análise/temas	Códigos/ núcleos de sentido	Recorrência de extratos de fala relacionados
Fortalecimento dos princípios da ESF	Vínculo Acesso Continuidade do cuidado Promoção de saúde Territorialização Intersetorialidade Ações coletivas Melhoria de indicadores	15
Mudanças no cotidiano dos serviços	Motivação Provimento Divisão da demanda Reorganização da equipe Sensibilização da comunidade Integração com equipe Atendimentos compartilhados Descontinuidade com a saída da residência	15
Inovação tecnológica	Grupos Mapeamento da área Eventos Terceiro turno Puericultura PTS	12
Desafios para a interiorização da residência	Infraestrutura Preceptoria Compromisso dos residentes Conscientização da comunidade Rotatividade de profissionais	11
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	Diversidade de papéis Vivência na saúde pública	3

Fonte: Autoria própria

#### 6.2.4.1 Fortalecimento dos princípios da ESF

No que tange ao fortalecimento dos elementos essenciais da ESF, os trabalhadores de saúde da família trouxeram em suas falas nítidas transformações e melhorias nos cenários de atuação da RIS-ESP/CE. Essa categoria teve bastante recorrência e relevância em todas as subunidades de análise. Dentre os princípios fortalecidos, segundo a percepção dos trabalhadores, destacamos a melhoria do acesso e da qualidade da atenção.

*Os indicadores foram uma das melhorias e pra gestão isso é muito bom. E pra população eu vejo que melhorou a questão do atendimento, ampliou o acesso deles, ao invés de um profissional ficou 2, 3. Então pra eles isso é bom. E em relação aos grupos também da comunidade, da educação em saúde pra promover e ajudar na prevenção e não só na questão de curar, então isso melhorou também. (G1)*

*A chegada da residência foi excelente sabe realmente a comunidade estava precisando, precisando desses profissionais, precisando do carinho deles, da atenção desses anos dos serviços deles, por que sabe que é muito difícil uma pessoa*

*simples né, correr atrás de uma consulta, de um fisioterapeuta, de uma consulta, de um psicólogo, e você tendo no seu bairro é outra coisa. (T2)*

*A gente não pode resolver tudo só, a gente depende das redes de contato pra estar dando suporte. Aí acaba que muitas vezes é demorado e você tem que dizer pra pessoa que é demorado mesmo. Aqueles profissionais ali pertinho e você já puder dar alguma solução, você estar levando, já podendo estar resolvendo alguma coisa. (T3)*

*Na época em que eu trabalhei com residentes, a gente conseguiu dar uma assistência melhor àquelas pessoas que eram portadoras de Hanseníase, de Tuberculose e a gente conseguiu ter um maior acesso às pessoas que eram comunicantes. De certa forma a gente consegue trazer essas pessoas pra avaliar, se ela precisa de uma vacina, se ela precisava de uma consulta especializada pra avaliar a sua condição de saúde. A gente conseguiu trabalhar bem melhor grupos de idosos, grupos de gestantes, com ações de prevenção e promoção em saúde, de agravos à saúde. Nós tivemos mais condições de atender as demandas de pessoas portadoras de problemas de saúde mental, com acesso ao CRAS, com acesso à Assistência Social. Nós pudemos garantir melhor uma assistência às pessoas. (G4)*

*[...] para mim foi muito bom eles terem vindo pra cá porque podemos dar continuidade, conseguir melhorar esses processos de trabalho com os grupos. Eu acho que ao final dessa turma a gente vai ter fortalecido esse desafio e ter conseguido vencer esse desafio que é formar grupos, trabalhar em implementar para que realmente funcionem a todo vapor, deixar uma coisa bem estruturada para conseguir manter adiante. (G7)*

Neste estudo, os entrevistados compreendem o acesso como a disponibilidade de um serviço ao usuário, de forma que ele consiga utilizá-lo, por conta da menor distância do seu local de moradia, da atenção e da resolutividade, em tempo, das suas necessidades de saúde. Giovanella e Mendonça (2008) destacam três atributos da Atenção Primária que corroboram com a compreensão dos gestores: o serviço de primeiro contato, a integralidade e a orientação para a comunidade. Na perspectiva das autoras, o acesso torna-se efetivo quando o usuário que necessita de atenção procurar um serviço próximo ao seu local de moradia e for atendido de forma integral, levando em conta especificidades e necessidades de saúde locais.

Nas falas dos trabalhadores entrevistados, percebemos como a inserção de um maior número de profissionais e profissões melhorou a qualidade do acesso à saúde da população. Esse provimento de profissionais na ESF nos contextos municipais do interior do estado acaba abrindo alternativas de acesso aos serviços de saúde no próprio local de moradia dos usuários. A melhoria no acesso também promove melhoria na qualidade da atenção, aumentando também a resolutividade dos problemas.

A fala de T2 ressalta como a residência proporciona uma melhor atenção através do afeto e da resolução dos problemas no serviço de primeiro contato. Nesse ponto destacamos o acesso à saúde proporcionado pela RIS-ESP/CE também como uma forma de diminuir as

iniquidades sociais existentes, já que a população assistida pela ESF é majoritariamente uma população carente financeiramente, em termos de informação, e, até mesmo, de afeto.

Destacamos também nas falas o aumento das ações em grupo e de promoção de saúde, além da aproximação do território e da rede intersetorial. A RIS-ESP/CE também ampliou a assistência às pessoas com Hanseníase e Tuberculose e a prevenção de agravos junto aos comunicantes.

Ainda em relação à esta categoria de análise, as falas dos trabalhadores de saúde da família apontaram o fortalecimento da interprofissionalidade e intersetorialidade, proporcionando também uma atenção integral e contínua no primeiro nível de atenção à saúde.

*Tem um grupo na comunidade que desde o início, desde a primeira turma a gente está e continuou com todas as turmas de residência estão fazendo parte desse grupo, fazendo atividades com a maioria idoso e a grande maioria também são mulheres. Ai todo mês vai a equipe fazer uma atividade lá ou a equipe do NASF ou a equipe de referência estão fazendo parte desse grupo mesmo. E em relação às atividades na escola e no CRAS, porque o CRAS tem os grupos lá e a participação da saúde, no caso da saúde da família, com uma parceria intersetorial. (G1)*

*[...] então esses grupos a gente sempre faz em parceria com eles, a gente quando precisa de outros profissionais a gente convida outros profissionais para participarem, e a gente nunca deixa eles ficarem sós, e manusear esses encontros sós. Sempre com auxílio meu ou da enfermeira ou da médica, e a gente envolve todos nessas ações. Começou a partir deles e foram eles que implantaram, mas sempre com o apoio de toda equipe e toda unidade da saúde da família. (G2)*

*Uma coisa que avançou muito foi o trabalho em parceria com as escolas que não se restringem às ações prontas do PSE, mas de termos uma relação bem estreita com a educação, com os CRAS, para podermos trabalhar essas parcerias, junto com os grupos deles, de crianças, adolescentes, de mulheres, desenvolver o trabalho intersetorial, que também é um desafio. (G7)*

Em relação ao fortalecimento da intersetorialidade, as falas expõem uma maior aproximação principalmente dos setores educação e assistência social a partir da iniciativa dos residentes. Os trabalhadores de saúde da família trazem a articulação da residência especialmente junto às escolas, não se restringindo ao Programa Saúde na Escola, e ao Centro de Referência em Assistência Social, potencializando ações coletivas já existentes no serviço.

Com a inserção dos residentes nos contextos de ESF dos municípios, as equipes puderam fortalecer a colaboração interprofissional, através do planejamento e/ou execução de ações de forma conjunta.

#### 6.2.4.2 Mudanças no cotidiano dos serviços

O processo de implementação da ênfase de Saúde da Família da RIS-ESP/CE trouxe algumas mudanças no cotidiano dos serviços, apontadas aqui sob a perspectiva dos próprios trabalhadores de saúde da família.

*Outra coisa importante, a questão do atendimento compartilhado, visita domiciliar compartilhada, que geralmente só acontecia assim: o médico vai com um agente de saúde e um técnico, pronto; a enfermeira vai no seu turno com agente de saúde faz a visita e pronto. E quando a gente chegou a gente tentou incluir o NASF, no município só tinha 1 NASF pra abranger todo o município, e com a chegada da residência eles já conseguiram ampliar em 3 equipes. Então ficou mais fácil porque diminuiu a demanda do NASF e eles conseguiram ficar mais próximos das equipes que eles atuam. A gente consegue fazer mais visitas domiciliares compartilhadas. (G1)*

*[...] a gente teve mais determinação no nosso trabalho, eu como ACS eu achei que eles faziam com que a gente corresse mais atrás sabe, conhecesse mais as famílias e eles também, porque tanto a gente trazia eles e trazia as famílias para cá, como eles iam até as famílias né, e muito assim de acordo com o profissional. Tinhas os dias que a gente ia fazer a visita com o fisioterapeuta, com a nutricionista e as enfermeiras e sempre a gente ia fazer a visita domiciliar principalmente com aquela que mais precisava e que estava mais necessitada. (T2)*

*Muitas mudanças, no sentido de desafogar mesmo, porque, como é que se diz, teve mais ficha pra dentista, porque tinha elas por perto. Teve como atender melhor as pessoas em domicílio, porque em alguns casos mais especiais os psicólogos iam, os assistentes sociais iam até a casa do familiar, coisa que não tem né disponível, na unidade de saúde já é mais limitado já. Então no caso foi muito bom, pras famílias e pra gente como profissional, de poder estar ajudando e contar com o apoio deles. (T3)*

*Eu acho que eles contribuíram muito no acolhimento, na divisão de tarefas, sendo que a gente tinha mais profissional. Porque um profissional ele já sai da faculdade preparado pra trabalhar, só que muitas vezes ele não conhece a fundo a realidade do serviço, especificamente falando da atenção básica. Então, na divisão de tarefas, no acolhimento da população, quando você tem mais tempo pra trabalhar você tem mais recursos humanos você consegue desenvolver melhor as ações, você consegue dar mais atenção às pessoas que procuram o serviço de saúde. (G4)*

*No início, foi uma experiência nova, porque era dentro de um centro de saúde, que chegaram oito profissionais de uma vez só, não tinha canto onde se adequar e todo mundo disse que não queria ficar, mas acabaram indo, tendo experiências novas que, hoje em dia, todo mundo está brigando para ter. Quando viram o resultado, agora todo mundo está querendo a residência. Com o selo UNICEF, a mortalidade infantil, o índice de vacinação, tudo melhorou, agora todo mundo está querendo. Como no início foi uma experiência nova, a gente teve que adaptar, no caso, as salas e a residente no dia em que os profissionais estavam nas visitas, para ter sala disponível para elas estarem lá. Com isso, foi todo um estudo, mas que acabou dando tudo certo, elas atuaram em 3 unidades. (G5)*

*Tudo que era de proposta lançada a equipe acolhia e ia junto, então as ações você não sabia se eram da residência ou da equipe. Se a residência vinha com uma proposta, uma coisa inovadora, a gente abraçava a causa, dava as mãos e fazia tudo acontecer com sucesso. Isso foi muito legal! Em nenhum momento os residentes se sentiram residentes, eles eram parte da equipe. (G7)*

As falas dos trabalhadores apontam diferentes tipos de mudanças proporcionados pela residência, a saber: provimento de profissionais, distribuição da demanda, divisão de tarefas, acompanhamento multiprofissional, motivação dos trabalhadores, melhoria de indicadores de saúde, incorporação dos residentes à equipe do serviço.

Percebemos pelo discurso que a presença de novos profissionais nos cenários de prática gera algum movimento no serviço, uma vez que o serviço se reorganiza para incorporar os novos profissionais à equipe, reprogramando as agendas, para haver uma melhor distribuição da demanda e para proporcionar espaço físico para a atuação de todos. As falas de G1 e G4 mostram como a inserção dos residentes redistribuiu a demanda das equipes do serviço, proporcionando uma redução desta demanda por profissional, o que aproximou equipes de apoio e equipes de referência, além de oportunizar o desenvolvimento de mais ações coletivas e de promoção de saúde. Já a fala de G5, apresenta como a equipe precisou se adaptar no início para que houvesse espaço para o trabalho dos residentes, utilizando para isto diversas estratégias, como a alternância dos profissionais nos espaços da unidade de saúde e da comunidade.

Além dessa reorganização do serviço, uma marcante mudança no cotidiano dos trabalhadores foi a motivação em receber “o novo”. Nas falas de T2 e G7, observamos como os trabalhadores se sentiram motivados e receptivos para realizar novas e antigas ações, abraçando a residência como parte da equipe.

#### *6.2.4.3 Inovação tecnológica*

A Estratégia Saúde da Família trata-se da estratégia prioritária de reorientação das práticas e coordenação do cuidado em saúde no país (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006). Suas ações estão no nível de Atenção Primária em Saúde, buscando proporcionar ao usuário um cuidado mais integral e efetivo. Para tanto deve existir todo um aparato humano, estrutural e tecnológico. Algumas dessas tecnologias são desenvolvidas a partir da relação entre profissionais e usuários, na busca pela melhoria das condições de saúde e da solução criativa e conjunta dos problemas.

Nesta unidade de análise, os trabalhadores trouxeram algumas inovações tecnológicas construídas pelos residentes de saúde da família nos cenários de prática RIS-ESP/CE. Tais inovações vão desde a elaboração de instrumentos até o desenvolvimento de ações de saúde inexistentes nos municípios.

*A gente até começou um de visita domiciliar, mas aí terminou que não continuou. Que era um instrumento que a gente tinha, devido a questões de algumas dificuldades de impressos e aí a gente continuou fazendo só no prontuário mesmo. Mas era um impresso que tinha de visita domiciliar pra poder fazer compartilhado. No mais a gente continuou, só a outra que teve, quando a gente chegou aqui não tinha o atendimento de puericultura. Era só fazer aquela visita puerperal, mas não tinha o fortalecimento da puericultura mesmo, de convidar a mãe, de trazer seu filho, vir pra o atendimento com a criança saudável. Então quando a gente chegou a gente conseguiu introduzir na agenda e no atendimento da unidade de puericultura, não tinha, não era fortalecido. (G1)*

*Com isso, na avaliação, houve diminuição da mortalidade infantil; na vacinação, elas faziam doutor da alegria, se fantasiavam de Mickey, não chamava só a criança, mas os pais que estavam lá, que nem sentiam se tinham filho ou não; distribuía pirulito, faziam várias brincadeiras na própria residência com os pais, os filhos, que eles nem sentiam. Era uma manhã de diversão. Formaram vários grupos que também sentiam muita falta, grupo de gestante, hipertenso, foi aberto grupo de fisioterapia, grupo do bem viver – com hipertensos de certa idade, senhoras acima de 60 anos hipertensas, que eles resgataram para esse grupo. Com isso, eles foram se firmando, estão fazendo falta, porque realmente criaram um vínculo com a comunidade muito grande. (G2)*

*Acho que elas procuraram fazer uma pesquisa com nós, ACS's, sobre as situações de mais vulnerabilidades, onde tinham mais situação de risco e elas promoveram em alguns momentos palestras. Tem até um condomínio aqui perto que é bem assim perigoso, no sentido de droga mesmo, de gravidez, e elas promoveram palestras lá, em alguns locais que, locais onde fazia palestras, porque também não podia ser em qualquer canto, tinha que ser no caso numa praça ou uma quadra né. No caso dos condomínios foi viável por conta também do espaço que tinha. Fizeram também uma outra ação numa quadra, que outras colegas minhas participaram, medindo pressão, nutricionista sobre saúde também, foi bem legal. (T3)*

*A gente chegou a construir algumas coisas, como uma cartilha de saúde mental. Agora, protocolos não. A residência teve um diferencial aqui porque ela aconteceu simultaneamente com a planificação. Um diferencial muito bom dos residentes do [município 7] foi que eles participaram como facilitadores da planificação e enriqueceu muito as nossas atividades. Então com esse processo de planificação é que foram criados os protocolos de salas de vacina, protocolo de recepção que ainda estão em processo de implantação. Isso tudo foi muito positivo. (G7)*

Na perspectiva dos trabalhadores de saúde da família, a residência sugeriu alguns instrumentos de autoria própria para facilitar o desenvolvimento do trabalho na ESF, a exemplo da cartilha de saúde mental e do instrumento de visita domiciliar, conforme as falas de G7 e G1, respectivamente. Mesmo com as limitações logísticas para a reprodução de material nos municípios, os residentes buscaram incorporar outras formas de utilização dos instrumentos, valendo-se dos prontuários familiares por exemplo.

Outra inovação importante apresentada nas falas dos sujeitos entrevistados foi a criação ou fortalecimento de programas da própria ESF, como a puericultura, as campanhas de vacina, ações de educação em saúde na comunidade, realização de grupos que priorizam os determinantes sociais de saúde da população.

A fala de G7 também pontua a incorporação dos residentes à planificação da atenção primária, que estava sendo vivenciada naquele momento pelo município como projeto piloto no estado do Ceará. Esse processo tinha como objetivo a reorganização dos serviços de APS em prol da qualificação dos processos de trabalho no âmbito municipal. A experiência iniciada como laboratório no Município 7, atualmente é conhecida como Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QUALIFICA APSUS (CEARÁ, 2016). A experiência da planificação da atenção, conforme a fala de G7, também propôs a utilização de novos protocolos. Já que os residentes atuaram como facilitadores desse processo inovador de qualificação da atenção, foram também co-responsabilizados pelo sucesso da implementação do programa.

#### *6.2.4.4 Desafios para a interiorização da residência*

O principal desafio para a interiorização do programa de residência, na perspectiva dos trabalhadores de saúde da família, mas já apontado pelos demais grupos entrevistados foi a limitação relacionada à infraestrutura. Os outros desafios pontuados pelos entrevistados desta unidade de análise foram a questão da preceptoria e da continuidade da atenção, conforme extratos de fala adiante:

*Eu vejo uma dificuldade que desde eu comecei como residente tinha e as meninas estão sofrendo com isso também, por questão de estrutura física, eu falo na questão da enfermagem. Do NASF dos profissionais do NASF também tem essa dificuldade em relação ao transporte, pra eles conseguirem se deslocar pras unidades da zona rural fica difícil porque não tem. (G1)*

*E eu acho assim no meu modo de ver que o residente tem uma bolsa federal, os preceptores eram também pra ter uma bolsa pra ser preceptor, por que muitas vezes eles são obrigados pela gestão por você não ser concursado e você ser preceptor muitas vezes sem ganhar nenhum incentivo, e tem o problema dos residentes que são de fora e muita gente que estão com a cabeça diferente e vai pro serviço e falta um carro e não tem como ir para a unidade e querendo ou não é muita gente envolvida e acaba gerando conflitos, você sabe cada que um pensa de uma maneira diferente. (G2)*

*Existia também a limitação por parte dos residentes nos atendimentos também, porque eles também não podiam estar aqui o tempo inteiro[...] Eles tinham uma limitação também. (T3)*

*O ideal seria se tivesse quando terminasse uma equipe começasse outra, tanto seria bom a equipe, pra eles e também pra comunidade. Inclusive, principalmente pra nossa comunidade que é muito carente de tudo. (T4)*

*O desafio é a própria estrutura física, porque a gente se via dentro de uma unidade, uma estrutura que teve que se adaptar num passe de mágica a 8 pessoas diferentes e foi se dividindo. Uma parte foi para a escola, outra parte foi fazer visita, uma parte*

*ia para outro posto e assim a gente foi se virando esse tempo todo, de dois anos.*  
(G5)

*Na primeira turma tivemos muitas dificuldades com a questão da falta de preceptores. A enfermagem foi prejudicada em alguns momentos por falta de profissionais que assumissem essa função. Nessa segunda turma em saúde da família, a gente percebe que não estão tendo essa dificuldade com os preceptores.*  
(G7)

Os documentos relativos à ênfase de saúde da família definem as atribuições das instituições executoras do programa e dentre elas estão: a disponibilização de espaços para a realização de atividades teórico-práticas do programa, transporte intramunicipal de apoio às atividades do programa, material de consumo acadêmico e, profissionais para assumir preceptoria de campo e núcleo (CEARÁ, 2015).

As unidades de saúde nos municípios são construídas com recurso específico destinado à Atenção Primária previsto na legislação e PNAB. Muitas destas unidades foram construídas antes da atualização da política em 2011 (BRASIL, 2012a), o que nos leva a inferir que ainda estão se reestruturando conforme novas orientações.

Desta forma, o desafio da limitação da infraestrutura apresentado pelos entrevistados não seria oriundo da implementação da residência, mas sim evidenciado por ela. A limitação de infraestrutura é provavelmente anterior à RIS-ESP/CE, assim como outras limitações das gestões municipais. É interessante observar que esse desafio acaba impulsionando um movimento inovador no cotidiano dos serviços, pois a limitação espacial requer outras formas de atuação, reorganização dos processos de trabalho e colaboração interprofissional.

A questão da preceptoria, também prevista nas contrapartidas das instituições executoras também surge como desafio, pela forma como se operacionaliza nos cenários de prática. A fala de G7 pontua a falta de preceptores no início do processo, sanada na segunda turma, enquanto que G2 percebe um movimento coercitivo da gestão em relação aos profissionais preceptores, que não incentivou a função de preceptoria.

As falas de T3 e T4 trazem o desafio relativo à descontinuidade das ações pelos residentes, seja por conta de ausências para atividades teórico-conceituais na ESP ou pelo fim do processo de formação em serviço de uma turma. Percebemos neste desafio ainda uma falta de compreensão do processo de residência, pois mesmo ofertando um grupo de profissionais para atuarem na atenção à saúde da população do município, a RIS-ESP/CE trata de um processo formativo finito, que ao mesmo tempo que forma profissionais especialistas, promove uma Educação Permanente em movimento nos serviços municipais. Não cabe à RIS-

ESP/CE garantir a continuidade de cuidado, e, sim, às esferas de gestão federal, estadual e municipal do SUS.

#### 6.2.4.5 A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF

Na perspectiva dos trabalhadores de saúde da família, houve pouca recorrência de extratos de fala categorizados como “A Espiral da Educação Permanente movimentando a ESF”. Contudo, consideramos relevante para o estudo alguns elementos que surgiram nas entrevistas, pois traz uma questão já mencionada nas outras subunidades de análise: a diversidade de papéis vivenciados pelos atores municipais em decorrência da implantação da RIS-ESP/ CE com ênfase em saúde da família e comunidade.

*Porque como residente a experiência pra mim foi muito rica, porque a gente entrou no serviço, conheceu o território, teve essa questão do período da territorialização que a gente conheceu todo o território que a gente estava se inserindo, isso é muito importante para o profissional, a divisão das microareas, as responsabilidades sobre essas microareas. Então a gente chegou pra ajudar o serviço, não só em questão da produção em si na unidade, mas no território porque quando é só uma enfermeira, só um médico, eles sofrem bastante porque não conseguem sair tanto da unidade e com a residência a gente consegue trabalhar junto com a enfermeira do serviço atendendo a demanda da população e também fazendo atividades de educação em saúde indo pra escola, indo pros grupos e equipamentos sociais que tem no território. Sendo que só uma, eu falo como enfermeira por ser minha categoria, sendo só uma enfermeira ela não consegue dar conta de ficar na unidade e conseguir sair da unidade pra ir pra esses outros locais. (G1)*

*Eu posso falar de mim como preceptora né, a nossa relação desde sempre foi muito boa, e a gente ver que sempre tem e as vezes acontece um desentendimento entre o preceptor, entre o residente, mais assim eu como preceptora até hoje nunca tive não, por que eu sou muito aberta então qualquer coisa que acontecer eu sempre falo com a minha residente, e se acontecer alguma coisa ela venha conversa comigo ela não var dizer a outro, e o que tiver que resolver a gente resolve[...] (G2)*

Nas falas destacadas podemos observar que G1 saiu da condição de residente para a de gerente de unidade de saúde no município, evidenciando o desenvolvimento de competências relativas à liderança, para coordenar um serviço e a absorção de egressos por parte da gestão municipal. No caso de G2, além do cargo de gerência de unidade de saúde, a profissional assume a função de preceptoria. Os profissionais além de transitar entre diferentes funções podem acumular essas funções. Essa possibilidade de vivenciar papéis diferentes dentro de um mesmo contexto foi potencializada por meio da implementação da residência, fortalecendo os processos de Educação Permanente em Saúde nos contextos municipais. As

falas em destaque retratam situações vivenciadas relacionadas à RIS-ESP/CE, ou seja, não teriam ocorrido sem a presença do programa naqueles contextos.

#### ***6.2.5 Síntese das percepções dos atores da RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade***

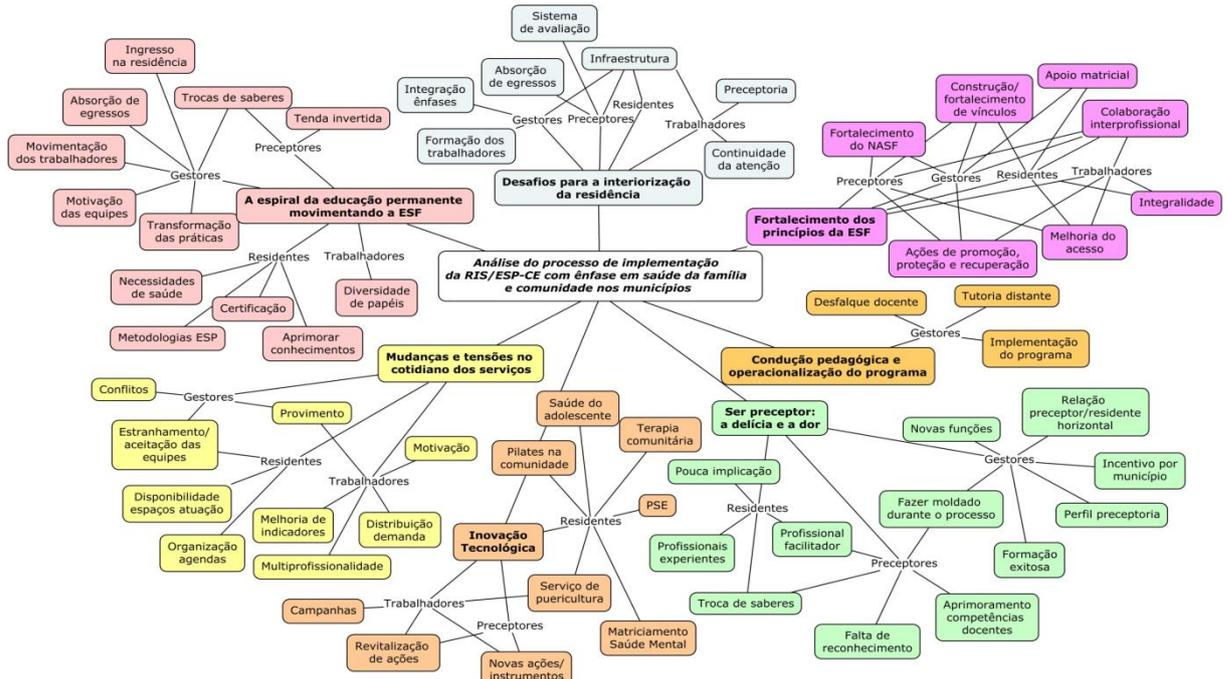
A realização das entrevistas, bem como o processo de transcrição e análise, nos ajudaram a compreender a percepção dos atores envolvidos sobre o processo de implementação da RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e suas contribuições para o fortalecimento dos princípios da ESF nos contextos municipais.

Realizamos um total de 42 (quarenta e duas) entrevistas nos 7 (sete) municípios investigados, sendo 18 (dezoito) realizadas com o grupo que classificamos como gestores (secretários municipais de saúde, coordenadores de atenção primária e articuladores da residência nos municípios), 11 (onze) com trabalhadores (gerentes e trabalhadores de centros de saúde da família onde a residência desenvolveu suas atividades), 6 (seis) preceptores de saúde da família e 7 (sete) residentes de saúde da família.

Analisamos todo o material a partir da análise de conteúdo de Bardin (2014), utilizando a técnica de análise temática. Sintetizamos as categorias por grupo de entrevistados, por meio da recorrência e relevância das falas para o estudo. Emergiram, ao todo, 7 (sete) categorias de análise, dentre as quais 3 (três) apareceram na percepção de todos os grupos de entrevistados, a saber: “Fortalecimento dos princípios da ESF”, “A Espiral da educação permanente movimentando a ESF” e “Desafios para a interiorização da residência”. Uma das categorias construídas surgiu apenas na subunidade de análise da percepção dos gestores: “Condução pedagógica e operacionalização do programa”. As demais categorias surgiram em pelo menos 3 (três) unidades de análise. São elas: “Ser preceptor: a delícia e a dor”, que não foi observada nas falas dos trabalhadores de saúde da família; “Mudanças e tensões no cotidiano dos serviços”, não sendo trazida pelos preceptores; e, “Inovação tecnológica”, que não foi uma categoria expressiva nas entrevistas dos gestores.

A Figura 6 apresenta a síntese da análise das entrevistas, onde agrupamos os resultados por categoria, levando em conta os achados que se repetiram e se complementaram.

Figura 6 – Análise da implementação descentralizada da RIS-ESP/CE com ênfase em saúde da família e comunidade: perspectiva dos atores envolvidos



Fonte: Autoria própria.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo investigativo desenvolvido nesta pesquisa foi repleto de afetações e dúvidas e nos proporcionou um imenso passeio (abstrato e literal) sobre o universo da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Partimos do pressuposto de que a residência dissemina formas diversas e inovadoras de atuação em saúde nos vários municípios em que desenvolve suas atividades, possibilitando melhoria da saúde e qualidade de vida da população e qualificação dos serviços.

Para investigar nossa proposição, partimos da questão inicial: como ocorreu o processo de implementação da RIS-ESP/CE nas equipes de saúde da família em municípios do Ceará? Utilizamos o termo implementação por compreender que o programa foi colocado em prática, vivenciado pelos diversos beneficiários e não somente introduzido ou fixado nos municípios. Daí também surgiu outras indagações: como a implementação do programa influenciou nos componentes essenciais da Estratégia Saúde da Família? Foram desencadeadas novas ações através da residência nos territórios em que foi implementada? Assim, construímos nosso objetivo geral de analisar a implementação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

A partir dessas indagações, traçamos o objetivo geral da pesquisa de analisar a implementação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Como objetivos específicos, buscamos analisar os fatores implicados no desenho do projeto da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade; descrever o processo de implementação da RIS com ênfase em Saúde da Família no Ceará; e compreender a percepção dos atores envolvidos sobre o processo de implementação da RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade e suas contribuições para o fortalecimento dos princípios da ESF nos contextos municipais.

Estabelecemos como método de pesquisa o estudo de caso, para analisar o fenômeno contemporâneo da RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade nos contextos (municipais) em que ela ocorreu. Definimos duas unidades de análise para a investigação deste caso único e revelador, de onde obtivemos as informações da pesquisa a partir de fontes diferentes, desde documentos até a perspectiva de sujeitos envolvidos de diferentes formas com o programa de residência.

A escolha do método, bem como as informações obtidas através da coleta de dados nos proporcionaram farto material, gerando evidências científicas que corroboraram com nossas hipóteses e trouxeram outras informações relacionadas à implementação da residência.

Em cumprindo o objetivo geral, estudamos o processo histórico de estruturação da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, por meio da leitura e análise de documentos relativos à ênfase e das entrevistas com a coordenação geral e de ênfase. Analisamos os fatores implicados no desenho do projeto da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, desenvolvendo nosso primeiro objetivo específico, apresentando a seguinte sistematização: o arranjo institucional do programa, desde sua concepção e pactuações iniciais, até a forma como o programa está estruturado atualmente; a gestão compartilhada, em que percebemos um modelo de gestão mais dialógico e participativo, onde os diversos atores envolvidos no programa possuem voz e vez; o sistema de avaliação, baseado no modelo de educação por competências, onde os educandos aprimoram competências relacionadas à formação vivenciada; e, finalmente, a organização da ênfase de Saúde da Família e Comunidade, pois esta possui especificidades relacionadas ao campo de práticas na atenção primária à saúde, à responsabilidade sanitária com a população de sua área de abrangência, e um compromisso ético-político de transformação do modelo de cuidado em saúde.

Ao passo em que analisávamos os fatores implicados no desenho do projeto, fomos iniciando a descrição do processo de implementação da RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, adentrando no nosso segundo objetivo específico. A análise do processo histórico de estruturação da residência também nos mostrou algumas mudanças nos sistemas municipais de saúde, já que a implementação do programa uniu as pactuações iniciais com as possibilidades existentes nas realidades locais. Portanto, além de beneficiar um montante de profissionais e preceptores envolvidos, também impactou nos gestores, profissionais e usuários, dando vida à Educação Permanente em Saúde nesses espaços. Os documentos e depoimentos coletados apontaram alguns impactos relacionados aos indicadores de saúde e cobertura de profissionais e serviços nos municípios, como também dão algumas pistas de melhoria da atenção e da organização dos serviços.

O exercício de compreensão da percepção dos atores envolvidos no processo de implementação da RIS-ESP/CE com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade foi efetivado através da análise das entrevistas realizadas, corroborando com o nosso último objetivo específico e novamente com nosso objetivo geral.

Entre os resultados positivos da RIS-ESP/CE, a categoria mais expressiva nas falas dos participantes do estudo foi o fortalecimento dos princípios da ESF a partir da experiência da residência, trazendo evidências que corroboram com a nossa proposição inicial. A inserção

da residência nos cenários de prática, por meio da territorialização, das visitas domiciliares e ações comunitárias, foi fundamental na construção e fortalecimento de vínculos da comunidade com os serviços, bem como na aceitação dos residentes por parte dos trabalhadores e usuários. Além do vínculo, um outro componente da ESF fortalecido pela residência foi a melhoria do acesso e da qualidade da saúde das pessoas. A inserção de um maior quantitativo de profissionais de diferentes profissões proporcionou às famílias uma melhor atenção à saúde, solucionando muitos problemas no local de moradia das pessoas. As ações coletivas e de prevenção e promoção de saúde também foram impulsionadas com a implementação da residência, já que os residentes passaram a colaborar com as equipes de referência dos territórios na atenção à demanda e trouxeram novas ferramentas de trabalho para os serviços. Desta forma, os residentes desempenharam apoio clínico-assistencial e apoio técnico-pedagógico, efetivando a estratégia de apoio matricial na atenção primária, o que por sua vez também fortalece a estratégia NASF.

A complexidade existente ESF exige uma maior integração entre saberes e práticas profissionais, buscando a superação do modelo curativista e da visão fragmentária do processo saúde-doença (BARRETO et al, 2006). Esta pesquisa nos mostrou que a RIS-ESP/CE em Saúde da Família e Comunidade nos municípios em que ocorreu, materializou uma experiência interprofissional colaborativa. Percebemos diferentes profissões desenvolvendo soluções conjuntas para os problemas de saúde da população, superando o fazer curativista e especializado e efetivando o modelo de atenção à saúde da ESF (ANDRADE, BARRETO E BEZERRA, 2006).

Na categoria “A espiral da educação permanente movimentando a ESF” os participantes do estudo perceberam como a residência potencializou reflexões e transformações sobre o processo de trabalho. Os profissionais envolvidos na residência trocaram saberes, inovaram práticas, levaram em conta as necessidades locais de saúde, num movimento colaborativo que motivou e impulsionou os serviços. Houve diversos movimentos e troca de papéis entre os participantes do processo ao longo da residência: residentes tornaram-se preceptores, profissionais dos serviços tornaram-se residentes ou preceptores, gestores tornaram-se preceptores, numa espiral que produziu movimento e sentido à Educação Permanente em Saúde. A residência, portanto, funcionou como um processo de qualificação profissional para residentes, preceptores, trabalhadores e gestores.

Entre os desafios, o principal para a interiorização da residência, na leitura dos participantes, diz respeito à infraestrutura de saúde disponível nos municípios. Apesar dos

pactos firmados previamente entre instituições executoras e instituição formadora, os municípios possuíam e possuem limitações orçamentárias e problemas de infra-estrutura. A implementação da RIS-ESP/CE implica no aporte de mais profissionais, entretanto, mais profissionais demandam também mais espaço para assitência, mais insumos, maior suporte logístico.

Outro desafio apontado pelo grupo de gestores foi o da integração entre ênfases e serviços, pois a integração, principalmente nos cenários de prática, ainda ocorre de forma incipiente. Ademais, os preceptores apontam o desafio relativo ao sistema de avaliação que sobrecarrega o sujeito que aplica as avaliações, já que elas ocorrem semestralmente e cada preceptor acompanha mais de um residente. Esta dificuldade apontada, diz muito sobre a organização do processo de trabalho da preceptoría devido ao acúmulo de funções, mas também pode significar limitações técnicas para avaliar o trabalho do residente.

A categoria “condução pedagógica e operacionalização do programa” surgiu nas falas dos gestores, que pontuaram algumas críticas à condução do programa. Os gestores perceberam limitações por parte do grupo condutor, o que causou insegurança quanto ao andamento do processo de implementação da residência. Havia uma expectativa por parte dos gestores de que os municípios receberiam um maior apoio da instituição formadora, e que a tutoria deveria estar mais próxima dos cenários de prática para ofertar um melhor suporte pedagógico e institucional. Se o aporte financeiro previsto para constituição da tutoria da RIS-ESP/CE houvesse sido efetivado, e, o projeto original implementado, possivelmente os municípios haveriam recebido maior suporte administrativo-pedagógico.

A inserção de novos profissionais nos serviços provoca por si só alguma mudança no cotidiano dos trabalhadores. A aceitação do novo ocorre de forma processual, havendo estranhamentos, conflitos, tensões, sensibilização e motivação, além de demandar uma reorganização do processo de trabalho que contemple os residentes e os preceptores. A inserção da residência nos municípios contribuiu através do provimento de profissionais, para uma redistribuição da demanda e uma reorientação das práticas. Novos estudos precisam ser realizados para tentar compreender e mensurar que impactos estes processos trazem na satisfação das pessoas e famílias atendidas, bem como nos indicadores de saúde.

Sobre “ser preceptor”, esta pesquisa identificou dores ou incômodos e dificuldades, e, delícias, ou, benefícios sentidos, a partir da perspectiva dos grupos entrevistados, exceto para os trabalhadores, que apontaram a preceptoría como desafio à gestão municipal e federal de forma pontual. Ser preceptor está para além de ser um professor tradicional na área da saúde,

como os que atuam apenas em aulas teóricas ou atividades práticas esparsas, pois envolve aprendizado e domínio sobre o processo de atenção primária à saúde e compromisso e disponibilidades cotidianas. Os gestores perceberam que não existia um formato pedagógico rígido, pois a relação de aprendizagem entre residentes e preceptores era horizontal. No início das atividades da residência grande parte dos preceptores não possuía formação docente, até pelo fato de ser um programa novo em todos os municípios em que foi implementado.

A formação e compreensão do fazer da preceptoria foram ocorrendo na medida em que o programa foi se desenvolvendo. Com a chegada da residência os gestores precisaram olhar para a equipe e rever os perfis de atuação, o que gerou mudanças e movimentos no sistema de saúde. A maioria dessas mudanças desencadeou resultados positivos ao passo em que proporcionaram a qualificação e flexibilização das relações de trabalho. A horizontalidade dos processos de aprendizagem e trabalho contribuíram para construção de um conhecimento contextualizado às demandas de saúde que surgiram para os atores envolvidos.

O reconhecimento social e financeiro esteve fortemente ligado à dor de ser preceptor. O preceptor assumia dupla função, aumentando o volume de trabalho, o que requereu uma reorganização do seu processo de trabalho. Na perspectiva do residente, mesmo o preceptor que recebia incentivo financeiro, por assumir diversas funções no município, não conseguia realizar o acompanhamento do residente de forma satisfatória. Vale ressaltar ainda que cada município possui formas de organização de trabalho diferentes e que, possivelmente, o município que possuía uma rede de saúde melhor estruturada conseguiu garantir ao preceptor mais apoio para que desempenhasse as funções que lhe cabiam. Daí a importância do apoio tanto do gestor municipal quanto da coordenação dos programas de residência ao preceptor.

Como inovações tecnológicas os participantes pontuaram uma série de novas ações implementadas pelos residentes nos municípios. Contudo, o que mais chamou atenção foi a criação/ efetivação de serviços programáticos da ESF como, por exemplo: a puericultura, as campanhas, os grupos terapêuticos, o matriciamento em saúde mental, a atenção à saúde do adolescente, o Programa Saúde na Escola e as ações educativas em geral.

A característica criativa, inovadora e comprometida da residência promoveu mudanças e melhorias no processo de trabalho, por sua vez melhorando o cuidado em saúde da população. Destacamos a qualidade inovadora e resolutiva da residência como um dos principais achados relacionados às atividades de formação em serviço. O residente que se depara com um problema e utiliza a criatividade para resolvê-lo, mobilizando equipes de

saúde e até extrapolando os muros da unidade de saúde desenvolve as competências profissionais previstas pelo processo formativo, e, além disso, proporciona resolutividade e cuidado em saúde acarretando na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A análise compreensiva das falas dos atores envolvidos no programa de residência também conseguiu apreender contribuições para o fortalecimento dos princípios da ESF nos contextos municipais, efetivando nosso último objetivo específico. A descrição analítica da implementação do programa nos contextos municipais realizada neste estudo, demonstrou a concretização dos nossos objetivos de pesquisa.

O processo de formação em serviço promovido pela RIS-ESP/CE na ênfase em Saúde da Família e Comunidade foi capaz de contribuir para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família nos territórios em que ocorreu, apesar dos limites impostos pelos contextos locais, como as mudanças nas gestões municipais, e os problemas existentes na estrutura organizacional da RIS-ESP/CE, entre eles as restrições orçamentárias que enfraqueceram a equipe de tutores e o apoio logístico para supervisão dos municípios.

Com estes achados, podemos afirmar que, com grande probabilidade, as pessoas e famílias das áreas de abrangência das equipes são beneficiadas neste processo, entretanto nosso estudo não permitiu auferir esta hipótese de forma mais consistente, apontando a necessidade de realização de novas pesquisas.

Dentre os limites do presente estudo destacamos: as dificuldades operacionais, em consequência do curto tempo para a realização da investigação, a grande quantidade de cenários e atores envolvidos e as distâncias entre os municípios participantes.

Nesta pesquisa também deflagramos a possibilidade de aprofundar os estudos sobre a RIS-ESP/CE ênfase de Saúde da Família e Comunidade em cada município, por entender que cada contexto possui peculiaridades e que estas podem ser mais exploradas. Além disso, também consideramos de extrema relevância a realização de estudo avaliativo sobre o programa e sobre esta ênfase, para apresentar os impactos na melhoria dos indicadores de saúde, na formação na área e na efetivação das políticas.

Os achados desta pesquisa nos fizeram refletir sobre o mercado de trabalho para profissionais de saúde e as relações entre a formação da força de trabalho pelo sistema de educação e a demanda desta força pelo sistema de saúde, e o alinhamento destes processos com as necessidades da população. Desta forma, verificamos que a ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE, para além de formar especialistas, contribui no fortalecimento do elo entre os sistemas de educação e saúde e na transformação de práticas

historicamente fragmentadas. Em nossa opinião, a residência multiprofissional é a melhor forma de ingresso no mercado de trabalho para profissionais de saúde.

Observamos, através desta pesquisa, que os profissionais residentes não são meros prestadores de serviço de saúde e nem somente estudantes, mas sim co-produtores desses próprios serviços. Assim, concluímos que o modelo de formação em serviço praticado pelas residências multiprofissionais em saúde, materializa o quadrilátero da formação em saúde efetivando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

## 8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JÚNIOR T.; AMARAL, M.I.V.; PARREIRAS, P.C. **Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS.** SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas; Ano V, Nº 1, p. 33-39, Jan./Fev./Mar., 2004.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C; MARTINS JÚNIOR, T. **A estratégia saúde da família no Brasil e a superação de medicina familiar.** SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas; Ano IV, Nº 1, p. 57-64, Jan./Fev./Mar., 2003.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família.** In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** 2. Ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; COELHO, L.C.A. **A Estratégia Saúde da Família e o SUS.** In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Ed. 70, 2014.

BARRETO, I. C. H. C; OLIVEIRA, E. N.; ANDRADE, L. O. M., et al. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. SANARE. A I. v. 1, n.1, out/ nov/dez, p. 18-26, 1999.

BARRETO, I. C. de H. C; ANDRADE, L. O. M. de; LOIOLA, F.; PAULA, J. B.; MIRANDA, A. S.; GOYA, N. **Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil.** In: Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal, n.34, Jun. Rio de Janeiro: 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) >. Acesso em: 16/06/15.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n], 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) Acesso em: 16/06/15.

\_\_\_\_\_. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n], 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) Acesso em: 16/06/16.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 16/05/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf) Acesso em: 20/05/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.111/GM, de 5 de julho de 2005:** Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, n. 129, 7 de julho de 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf) Acesso em: 20/05/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006c. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) Acesso em: 20/05/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf) Acesso em: 01/05/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) Disponível em:

[http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude\\_V9.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf)

Acesso em: 20/05/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12 de novembro de 2009**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 2012b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica**. Brasília, DF: 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> Acesso em: 31/05/15.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014**. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 2014b.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor de: quais são seus papéis?** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v 32, n. 3, setembro de 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 09/06/15.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003a, vol.8, n.2, pp. 569-584. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO CAMPOS, R. (Orgs.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003b.

CAMPOS, G. W.S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.399-407. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016) Acesso em: 01/05/2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Fortaleza, CE: 2010. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>  
Acesso em: 31/05/15.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. Fortaleza-CE: 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Regimento RIS-ESP/CE**. Fortaleza-CE: 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Manual do Módulo 1: Território e Saúde**. Fortaleza-CE: 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Sistema de Avaliação RIS-ESP/CE**. Fortaleza-CE: 2013c.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 03/2013**. Fortaleza-CE: 2013d.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 01/2014**. Fortaleza-CE: 2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 63/2014**. Fortaleza-CE: 2014b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Portfólio RIS-ESP/CE**. Fortaleza-CE: 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS. Núcleo de Atenção Primária à Saúde - NUAP. **Projeto QUALIFICA APSUS - Qualificando a atenção primária à saúde no Ceará**. Fortaleza-CE: 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis*, Jun 2004, vol.14, no.1, p.41-65.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 975-986.

CNRMS. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. 2012. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%3%20Alegislacao-especifica&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%3%20Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article)

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre-RS, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 56 ed. Ver. E atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FURTADO, J. P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, nº 22, p. 239-55, mai/ago, 2007. de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal, n.34, Jun. Rio de Janeiro:2006.

FRENK, J. CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MENDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D.; ZURAYK, H. **Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world**. The Lancet, v. 376, p. 1923-1958, 2010.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**/ Silvia Gerschman. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M **Atenção Primária à Saúde**. In ESCOREL, S. LOBATO. L. V.C, NORONHA, J. C, CARVALHO, A.I (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008, p.575- 625.

HADDAD, J. Q; DAVINI, M. C.; ROSCHKE, M. A. C. **Educación Permanente del Personal de Salud**. [s.l.] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 1994.

HORA, Dinair Leal da; ERTHAL, Regina Maria de Carvalho; SOUZA, Claudia Teresa Vieira de; HORA, Eloísa Leal da. **Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde**. *Trab. educ. saúde* [online]. 2013, vol.11, n.3, pp. 471-486.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br> Acesso em: 31/05/15.

LIRA, G. V. **Avaliação da ação educativa em saúde na perspectiva compreensiva: o caso da hanseníase**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2003. 260 p.

MATHIAS, Maíra. **Educar para Transformar a Prática**. Revista RET-SUS. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Fiocruz. Ano V - nº 39 - outubro de 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2012. 512p.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M.C.S. Introdução In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 19-52.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAGANI, Rosani. **Preceptoria de território: nuevas prácticas y saberes en la estrategia de educaci'on permanente en salud de la familia - un estudio del caso de Sobral-Ceará-Brasil.** Dissertação (Mestrado em Maestria en Educación Médica) - Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, 2006. 110p.

RANGEL-S, Maria Ligia; BARBOSA, Ana de Oliveira; RICCIO, Nícia Cristina Rocha; SOUZA, Joseilda Sampaio de. **Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde - SUS.** Interface (Botucatu) [online]. 2012, vol.16, n.41, pp.545-556. Epub July 05, 2012. ISSN 1807-5762.

RIBEIRO, F. **Aprendizagem Social no interior da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE sob a perspectiva da Teoria de Comunidades de Prática.** 170f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2013.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.** Porto Alegre, 2012. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2012.

SILVA, P. C. **Ministério da Saúde oferta 5.505 bolsas para profissionais de saúde.** Portal da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16368-ministerio-da-saude-oferta-5-505-bolsas-para-profissionais-de-saude> Acesso em: 13/05/2015.

SORATTO, J; WITT, R. Ri; FARIA, E. M.. **Participação popular e Controle Social em Saúde: Desafios da Estratégia Saúde da Família.** Physis, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, 2010.

SOUSA, M. F. **A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude.** In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos de espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará.** 220f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

BOELEN, C. Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva: WHO, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## **APÊNDICE A**

### **ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA GESTORES E COORDENADORES DA SAÚDE DE MUNICÍPIOS QUE DESENVOLVEM A ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA DAS RIS-ESP/CE**

- Quais foram suas motivações em implantar a residência em seu município?
- Como se deu o processo de implantação da residência?
- Que avanços ou resultados positivos você identifica com a implantação da Residência em Saúde da família e comunidade e Saúde Mental Coletiva da RIS-ESP/CE nos serviços de saúde do seu município?
- Que desafios ainda precisam ser superados para a boa implementação da residência?
- Como você incentiva os profissionais de saúde do município a participarem da residência?
- Como você avalia o processo de desenvolvimento de uma residência com profissionais de várias categorias na perspectiva do trabalho em equipe interprofissional?

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA GERENTES E TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

- Que mudanças a Residência trouxe na sua rotina de trabalho?
- Que atividades você compartilha com os preceptores residentes?
- Que avanços a Residência trouxe para o seu serviço?
- Que desafios existem para a boa implantação da residência no seu serviço?
- Como você contribuiu para o desenvolvimento da residência?
- Que novos projetos e atividades foram implementados a partir do desenvolvimento da residência?
- Qual a sua percepção sobre a sua relação com os residentes e preceptores?
- Que protocolos e instrumentos foram desenvolvidos a partir da residência no seu serviço?

## **APÊNDICE C**

### **ROTEIRO ENTREVISTA PARA PRECEPTORES DA ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA DAS RIS-ESP/CE**

- O que é ser preceptor da Residência em Saúde da Família da RIS-ESP/CE. Comentem sobre sua experiência.
- Comentem sobre os conhecimentos e a prática desenvolvida pela Residência em Saúde da Família da RIS-ESP/CE em termos da responsabilidade sanitária da equipe com relação a população de sua área de abrangência.
- Vocês poderiam comentar sobre o vínculo desenvolvido pelos residentes com as famílias e a comunidade? Que processos de aprendizagem e ferramentas auxiliaram no desenvolvimento deste vínculo?
- Comentem sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela RSF para garantia do acesso da população a atenção primária à saúde. Que papel a preceptoria teve neste processo?
- Comentem sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela RSF para garantia da continuidade e da integralidade do cuidado as pessoas e as famílias da área de abrangência. Que papel a preceptoria teve neste processo?
- Comentem sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela RSF para o desenvolvimento da competência de trabalho em equipe interprofissional? Como a preceptoria participou deste processo?
- Que novos projetos e ações foram desenvolvidos a partir da experiência da Residência em Saúde da Família?
- Que avanços vocês identificam no desenvolvimento da RSF da RIS-ESP/CE?
- Que desafios vocês identificam no desenvolvimento da RSF da RIS-ESP/CE?

## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO ENTREVISTA PARA RESIDENTES DA ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA DAS RIS-ESP/CE**

- O que é ser residente da Residência em Saúde da Família da RIS-ESP/CE. Comentem sobre sua experiência.
- Comentem sobre os conhecimentos e a prática desenvolvida pela Residência em Saúde da Família da RIS-ESP/CE em termos da responsabilidade sanitária da equipe com relação a população de sua área de abrangência.
- Vocês poderiam comentar sobre o vínculo desenvolvido com as famílias e a comunidade na sua experiência da RSF. Que ferramentas e experiências auxiliaram no desenvolvimento deste vínculo?
- Comentem sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela RSF para garantia do acesso da população a atenção primária à saúde na sua experiência. Que projetos, ações ou ferramentas auxiliaram na promoção do acesso?
- Comentem sobre os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pela RSF para garantia da continuidade e da integralidade do cuidado as pessoas e as famílias da área de abrangência. Que projetos, ações ou ferramentas auxiliaram na garantia da continuidade do cuidado e da integralidade?
- Comentem sobre os conhecimentos e as práticas compartilhadas pela sua equipe da RSF no trabalho interprofissional. Que projetos, ações ou ferramentas estimularam ou facilitaram o trabalho em equipe?
- Que novos projetos e ações foram desenvolvidos a partir da experiência da Residência em Saúde da Família nos serviços em que vocês atuaram?
- Como vocês avaliam a participação dos preceptores de campo no seu processo de educação pelo trabalho na Estratégia Saúde da Família?

## APÊNDICE E

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: UM ESTUDO DE CASO**, que tem como objetivo geral compreender o processo de implementação da Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP/CE que se deu desde 2012 até o presente e investigar os impactos deste programa nos contextos de prática e na formação e atuação profissional dos sujeitos envolvidos.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista aberta e semiestruturada, grupos focais e documentos. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ivana Barreto (contato: 85-32270863).

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
**Ana Karina de Sousa Gadelha - Pesquisadora**

\_\_\_\_\_  
**Ivana Cristina de Holanda Cunha Barrêto – Pesquisadora**

## APÊNDICE F

### Núcleos de sentido extraídos na oficina de análise do grupo Educação e Colaboração Interprofissional em Saúde

Articuladores	Mudança no processo de trabalho do município/ Novas ações	Secretários de Saúde	Impacto nos trabalhadores: diversidade de papéis, motivação, tensão pela potencial perda do emprego
	Profissionais com medo da residência identificar erros		Inovação Tecnológica: criação de novos instrumentos e protocolos; atendimento descentralizado
	Articuladora como mediadora de conflitos		Melhoria da qualidade do atendimento
	Mudanças que a ESP propõe		Fortalecimento da ABS
	Mudança no perfil do NASF		Melhoria de indicadores de Saúde (redução da mortalidade infantil)
	Críticas à preceptoría (Inertes)		Aumento do vínculo e da resolubilidade
	Desafios da preceptoría: remuneração/ incentivos		Absorção de profissionais egressos da residência pelos município SUS
	Desafio: Valorização da preceptoría		Além da atenção - Trabalha prevenção e a promoção de saúde
	Desafio: Maior aproximação da ESP		Fortalecimento de novos profissionais da saúde na ESF, além do médico
	Residente vê a residência como "trabalho"		Fortalecimento do NASF
	Dificuldade: Unidades básicas não estruturadas		Fomento da interprofissionalidade
	Coordenadores de atenção primária		Formação criativa e inovadora
Vínculo profissionais, usuários e residentes		Valorização social e financeira dos trabalhadores/preceptores	
Implicação dos residentes com o serviço		Potencialidades e Fragilidades da Preceptoría	
Qualificação da promoção e prevenção		Institucionalização dos preceptores nos municípios	
Intersetorialidade		Integralidade	
Interprofissionalidade		Matriciamento	
Participação Social e envolvimento da comunidade		Maior aproximação da ESP com Gestores municipais/ Maior aproximação dos gestores com a RIS	
Incentivo à formação acadêmica (Educação Permanente)		Desafio: compatibilização da agenda de atividade teóricas com agenda dos serviços	
Qualificação dos profissionais		Desafio: Gestão de conflitos entre diversos atores	
Formação e valorização da preceptoría		Limites: estrutura física insuficiente, deficiência no transporte, subfinanciamento municipal	
Integralidade		Provimento de profissionais	
Aumento de acesso		Potencialidades: novas atividades	
Distanciamento da gestão	Responsabilidade Sanitária		
Investimentos	Fortalecimento e criação de vínculos entre residentes, trabalhadores e comunidade		
Logística e infraestrutura	Interprofissionalidade		
Gerentes de CSF	Residente gosta de movimento: inserção comunitária, articulação intersetorial e o estranhamento inicial	Trabalhadores	Formação em serviço
	Criação do serviço de puericultura		Trocas de conhecimentos e informações entre residentes e trabalhadores
	Melhoria do acesso, melhoria de indicadores, atividades educativas e de promoção		Integralidade
	De residente à gerente, de preceptor para articulador		Aumento da acessibilidade/ efetivação dos princípios do SUS
	Pouco contato com preceptores/ Processo pedagógico		Não houve criação de protocolos
	Papel do gerente - Divisão das macroáreas; inclusão dos residentes na equipe da ESF		Fortalecimento sobre demandas além das ações programáticas
	Divisão da demanda x Reorganização do processo de trabalho da unidade		Intensificação de atividades de educação em saúde
	Foco na enfermagem		Implantação da RIS (dialogada ou ausente)
	Não continuidade das ações com a saída da residência		
Preceptores	Provocar reflexão e mudanças no processo de trabalho		
	Propor novas tecnologias para o cuidado		
	Ativar/Potencializar as ferramentas de trabalho		
	Vínculo fortalecido (RIS - comunidade)		
	Crescimento do profissional preceptor		
	Educação Permanente x educação continuada x educação em saúde		
	O que é a RIS?		
	Dificuldade em compreender a condução pedagógica		
	Fragilidade no vínculo trabalhista		
	Responsabilização melhor 40h que 20h		
	Dificuldade de conciliar a dupla tarefa - P + T		
	Preceptor vê o residente como força de trabalho		
	Desconhecimento do fazer do NASF		
	Estranhamento do preceptor pelos novos jargões		

## Recorrência dos códigos e primeira categorização

### Gestores

Categorias	Recorrência Códigos
Fortalecimento dos princípios da ESF	20
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	10
Ser preceptor: a delícia e a dor.	8
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores provocadas pela residência	4
Inovação tecnológica	3
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	1

### Preceptores

Categorias	Recorrência Códigos
Ser preceptor: a delícia e a dor.	8
Inovação tecnológica	2
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	2
Fortalecimento dos princípios da ESF	1
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores provocadas pela residência	1

### Trabalhadores

Categorias	Recorrência Códigos
Fortalecimento dos princípios da ESF	9
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores provocadas pela residência	4
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	3
Inovação tecnológica	2
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	2
Ser preceptor: a delícia e a dor.	1

## APÊNDICE G

### Matriz de categorização entrevistas do grupo de Gestores

<b>Categoria</b>	<b>Código sujeito</b>	<b>Extratos de fala</b>	<b>Notas de análise</b>
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	ART4	<i>Nessa questão das ações que são para os residentes, eu vejo que tem tido mais integração com o território junto aos conselhos, a agenda como ela foi montada na segunda turma já foi um avanço também, está dentro de um dimensionamento que ele é avaliado, porque às vezes ele estava sendo avaliado só que isso não era eixo dele para a ação dele, era eixo que estava sendo definido para a avaliação dele, mas não estava dentro da ação e com o novo agendamento isso foi um avanço. Então aquilo que vai ser avaliado está dentro dos eixos que ele precisa manter dentro da agenda dele. Então essa agenda ser revisada dentro dos eixos de educação permanente, de participação social, de clinica, de comunidade, então isso é muito interessante.</i>	Avanços da residência: aproximação comunidade; organização da agenda; quadrilátero da formação
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	ART4	<i>Tanto como articuladora e como preceptora eu vejo que os preceptores tiveram oportunidade também de crescer, as pessoas estão tendo oportunidades de crescer, de todos os lados, eu vejo que a residência ela possibilita isso. Um crescimento pessoal, profissional, um crescimento de inovações, de tecnologias, um crescimento de percepção de atendimento, de território, então assim é muita bacana.</i>	Transitando entre diferentes papéis, percebe importância das oportunidades de formação para todos
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	ART4	<i>Eu vejo hoje a residência como algo necessário dentro da educação permanente como algo que é importante de fato pra que ajam realmente mudanças de cenários, de transformações de cenário. Porque o residente ele chega muito livre, livre que eu falo assim sem determinadas implicações que estão muito dentro da rotina de cada serviço e essa liberdade às vezes ate liberdade politica mesmo, vamos dizer assim, de que eu estou aqui com um outro papel, e esse papel de residente ele trás muitas reflexões pro serviço.</i>	Importância da residência na educação permanente

Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART5	<i>Inicialmente, tivemos de fazer vários momentos de sensibilização até que os profissionais entendessem qual era a função dos residentes no município. Se realmente são profissionais ou podem atender, abrir agenda, assumir. Então, foi todo um trabalho bem gradual. Nós explicávamos que são profissionais, residentes, mas há todo um processo que precisamos acompanhar. Não é que o residente vai chegar no território e já vai abrir uma agenda e assumir. Nós deixávamos bem claro, não é mão de obra barata, precisam entender que fazem parte de um processo de educação permanente.</i>	Sensibilização dos profissionais da rede sobre o processo da residência.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	CAP5	<i>houve um trabalho minucioso da escola de saúde pública, por que houve uma especialização, um acompanhamento bem maior acredito que os preceptores e os residentes puderam direcionar melhor esse acompanhamento. Então, houve uma reterritorialização, nós tivemos problemas também de estrutura física nesta área, de uma vulnerabilidade muito grande. A gente não tinha experiência, os residentes também não, mas deu para fazer, ter uma sintonia e direcionar um grande acompanhamento</i>	Acompanhamento de residentes e preceptores pela RIS; Realizada reterritorialização, problemas de estrutura e de experiência do município e dos residentes.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP5	<i>A gente leva demanda ao secretário, ele gosta sempre que a gente leve as questões a serem dialogadas, ele ouve as opiniões e a gente chega a um denominador comum. Isso foi com a primeira residência. A segunda residência, pensamos em mudar de área, porque era conveniente os residentes conhecerem outra área, porque era outra experiência, mas também convidamos outros profissionais e tivemos uma roda de conversa, explicando tudo. As pessoas que aqui estão nessa residência, foram informadas, aceitaram e também vieram para esse novo desafio. Eu acredito que a gente vem com um saldo bem mais positivo por toda a estrutura da área, economicamente melhor. Nós temos agora duas unidades-chave, enquanto na primeira só tínhamos uma, com reflexo nas outras.</i>	Decisões dialogadas entre gestores e trabalhadores que facilitam o desenvolvimento das atividades da residência.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP5	<i>acho que a residência nos traz um pouco na parte científica, para o dia a dia também, pois estamos na rotina e não conseguimos mais ver detalhes. Então, ela vem toda com uma modernidade teórica, avaliações, direcionamento, isso tudo assim no atual momento. Os profissionais e a equipe que estão nessa rotina, querendo ou não, as coisas vão ficando mecanicamente. Então, a residência traz esse ímpeto da pesquisa, do estudo, da atualização. Ela chama a atenção de todos os profissionais que estão nas unidades, porque não tem como passar despercebida. A gente está tirando aqueles profissionais da rotina, trazendo mais para uma avaliação teórica.</i>	Residência insere conhecimento científico na rotina, envolve as equipes nos processos reflexivos, avaliativos.

A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP5	<i>não estamos entrando na residência por querer dizer que temos residentes. Nós queremos realmente ter respostas positivas, acordar um pouco nossos profissionais através desses jovens, dessas atualizações e também fazer com que o grupo venha se motivar para poder fazer cursos, especializações, mestrado. Eu acho que a residência, direta ou indiretamente, termina mexendo um pouco com essa parte profissional.</i>	Residência incentiva demais profissionais a estar buscando atualizações, especializações...
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP3	<i>de repente você estando ali no território com eles, você vai também tendo a oportunidade de ver o que está acontecendo de fato. Aí você entra como gestor e ao mesmo tempo preceptor e gestor, pra dar um ajuste no que está acontecendo. Você vai ver o que tem de bom acontecendo e as falhas que estão acontecendo também, pra que você enquanto gestor possa também estar contribuindo com isso, com essa melhora.</i>	Vantagem de ocupar a dupla função de gestão e preceptoria: aproximação com a realidade dos territórios.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP7	<i>na primeira turma de residência em saúde da família e comunidade nós tivemos quatro residentes que já eram enfermeiros do sistema. Eles abraçaram mesmo a residência, não foram colocados pra ser o enfermeiro da equipe porque nós colocamos outros enfermeiros lá.</i>	Enfermeiros que eram do sistema entraram na residência
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP4	<i>Tivemos, na enfermagem não, mas, foi mais na Saúde Mental, né? Uma psicóloga ela entrou como residente, mas, na enfermagem não.</i>	Residente de saúde mental já atuava na rede antes
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP4	<i>E aí a gente sempre acha que a gente poderia ser melhor, lendo manuais as orientações e tudo, até mesmo conversando com os residentes porque com o tempo sempre tem essa preocupação, né? De o que está faltando, se estão gostando para gente realmente não ter aquela avaliação só no final de dizer que poderia ter feito e não ter mais como voltar, né? E aí, como eu me cobro mais que eu acho que poderia ser mais presente, enfim, quando a gente se compara com outros municípios a gente ver que a gente está bem melhor afrente deles, né?</i>	Além de coordenadora também é preceptora de núcleo. Acredita que poderia estar mais presente enquanto preceptora
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS7	<i>A gente tem nossas deficiências, mas eu acho que poderiam haver mais reuniões envolvendo secretaria e residentes. Eu até tenho me colocado pras preceptoras de campo que a gente tá aqui quando eles precisarem pode procurar. Então eu acho assim que deveria ter reuniões sistemáticas envolvendo os residentes e a gestão. Fizaram um fórum aqui que foi maravilhoso, mas eu acho que deveria ser sei lá, a cada 3 meses, pra discutir as dificuldades, pra ver como que a gente pode fortalecer... Então assim deveria ter essa integração maior com o município no sentido de sentar residentes e gestão pelo menos a cada 3 meses.</i>	Desafio de aproximar a gestão e residentes. Sugestão de fórum trimestral

A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS4	<i>nós tivemos médicos que entraram como residentes e já finalizou como Saúde da Família.. Tivemos profissionais concursados psiquiatras que entraram como residente e depois fizeram concurso no município e já se fixaram. Isso é um ganho muito importante para o município.</i>	Absorção dos profissionais residentes médicos pelo município.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS5	<i>A potencialidade é a capacidade de decidir. Tem até uma nutricionista que vamos ter de contratar agora. Terminou a residência e a Fátima está com o currículo dela. Mostrou que realmente houve um critério na seleção desse profissional, é sério, idôneo, bem transparente. Isso é muito bacana. Eu procuro sempre fazer isso também aqui. A gente sempre conversa, bate um papo, sem aquela ideia de concurso, mas mesmo assim a gente faz uma prévia, vamos louvar aqui o discernimento e a competência do grupo. O que eu vejo como desafio é a gente poder dar um apoio mais considerável, porque quem vem produzir contigo merece uma recompensa, um certificado, um diploma, uma carta de louvor, a gente fica feliz. Mas nada como a gente ter também uma gratificação.</i>	Potencialidade: capacidade de decidir. Município absorveu nutricionista
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS1	<i>com os residentes nós tivemos assim um outro olhar, ver um outro viés, a forma, assim o residente, eu sempre digo assim, que é um estudante profissional, não é, ele é um profissional que ao mesmo tempo está estudando, implantando novas... não seria nem implantar novas políticas, mas seria dá um olhar diferente nas políticas públicas que existem [...] e o que eu percebo que vai ficar de legado da Residência, acredito que esse programa tem que continuar, é a nova forma do olhar, dos usuários do SUS... está sendo implantado uma semente dessa forma, tá vendo a assistência de uma outra forma, não uma assistência assistencialista, né, assim arredondando, mas uma assistência que percebe a necessidade.</i>	Residência traz outro olhar sobre as políticas, os serviços, chamando atenção para as necessidades.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS1	<i>A adesão aqui é muita. Todos os profissionais, a maioria... eu perdi uma Técnica de Saúde Bucal que ela terminou a graduação em (pausa para pensar) Serviço Social, Então eu dizia pra ela, quando você terminar o "Serviço Social" eu vou conseguir te colocar como Assistente Social em um dos nossos serviços, dos nossos equipamentos, só que ela fez a prova de residência e passou paralelo a formação, aí eu digo: pronto, perdi você pra Residência, mas ela é minha residente aqui, tá entendendo?</i>	Profissional do serviço TSB ingressa na residência como Assistente Social.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS1	<i>a Residência é tão importante que os últimos residentes que saíram agora da odontologia, as pessoas da Residência que se destacaram, quase todos que tinha vaga nós contratamos. Contratamos enfermeiros, contratamos dentista, então dentista residente você nem percebia a diferença.</i>	Absorção dos profissionais residentes pelo município.

A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS2	<i>nós tivemos com essa política a educação permanente, qualificando um profissional de uma forma para contribuir assim né, para uma carreira de saúde pública do profissional e fortalecendo também a rede do SUS, e o [município] tem muito o que agradecer, nossas palavras realmente são de gratidão, porque nós tivemos oportunidades pela passagem dos residentes na questão de promoção e prevenção a saúde dos nossos municípios, e administração [...] reconhece a RIS, e destaca como um caso de política pública bem sucedida.</i>	Residência vem como política de educação permanente para o município.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS7	<i>o processo de qualificação de pessoal, que a gente chegou aqui e encontrou um desânimo geral, uma desmotivação muito grande por parte dos profissionais. E aí uma questão que a gente viu foi isso como forma de valorização, trazer uma residência pra acontecer aqui no município. Então primeiro foi essa questão, né? E o fato também de a gente implementar novas políticas que pudessem contribuir com as políticas da gestão.</i>	Motivação da gestão para implantar residência: qualificação e valorização de pessoal.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS4	<i>O processo em si, como eu não estava inserida eu não posso nem te dizer ao pé da letra como se deu. Sei que teve ainda uma certa dificuldade quanto aos preceptores, a formação dos preceptores que era somente em Fortaleza, que não tinha o incentivo que era difícil e complicado ter preceptores pra essa formação pra estar acompanhando os residentes no município. Então eu imagino, não sei te dizer ao certo, imagino que tenha sido um pouco complicado nesse sentido, porque era tudo muito novo, as pessoas que eram selecionadas pra preceptoría não entendiam do processo como se dava. Era uma coisa muito nova tanto pra gestão quanto para os profissionais, então assim foi mais que um desafio foi um aprendizado que deu certo.</i>	No período da implantação era outro secretário, mas o que ela acompanhou foi que houve problemática relacionada à formação dos preceptores em fortaleza e a falta de entendimento sobre o processo, tanto por parte da gestão como dos preceptores
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS6	<i>Inicialmente eles ficaram como apoio da equipe, mas logo após a gente passar pelo Conselho e passar pela turma do Colegiado eles assumiram e ficaram com a responsabilidade técnica daquela área específica. É porque a gente tem aqui 20 equipes da Atenção Básica só que de acordo com a nova portaria de territorialização o nosso teto é pra 41, então a gente tem uma demanda realmente que precisa estar ampliando essas equipes. Então a gente colocou estrategicamente esses profissionais onde tem aquelas equipes que têm maiores demandas, onde a gente precisa de ter mais equipes de fato.</i>	Residência assume áreas e apoia territórios com maior demanda

A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	SS5	<i>No Brasil todo, um dos problemas sérios do Programa de Saúde da Família é a carência de médicos. Isso nos causa uma preocupação, embora tenham as estratégias, iniciativas, solidariedade, amigos, enfim. Surgiu a ideia da parceria com a Escola de Saúde Pública e prometeram também que na residência viriam médicos. Naturalmente, facilitou essa conversação. Eis que de repente não veio o médico e isso me deixou um pouco receoso, mas o desempenho da equipe, a integração com nossa própria ESF na área onde a residência veio trabalhar, na AVISA – Área de Vigilância à Saúde, foi tão bem sincronizada que a gente praticamente, mesmo tendo médicos, essa equipe nos atendeu, ajudou, sintonizada e integrada, todos de uma voz uníssona com a equipe que veio. Tanto é que a gente esqueceu até que não tinha médico.</i>	A expectativa do município é que viessem médicos, pela carência na ESF. Não veio, mas isso não foi problema. O desempenho das equipes multi atendeu a necessidade sem nem necessitar de médicos
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS5	<i>tenho impressão que o NASF que não tinha tanta desenvoltura foi um dos motivos. Também não tinha o número de multiprofissionais suficiente. Posso me enganar, mas tenho impressão que é por aí. É uma área muito desassistida, com alguns problemas e houve um avanço muito bom com a comunidade. Participação, integração com a comunidade e as agentes de saúde, que também foi citada depois que as meninas e os rapazes da residência chegaram.</i>	A escolha da área que os residentes iam atuar ocorreu pela desarticulação da equipe de NASF e a área ser bastante vulnerável.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	SS3	<i>a residência chegou pra nós, não chegou pra nós com um formato já definido. Ela chegou como um projeto piloto em construção. Então, nem os residentes, a primeira turma que chegou, tinha no município já uma estrutura formada conceitual, gradual, estrutural, de experiência em residência e nem o município encontrou na estrutura, no formato pedagógico institucional do curso uma grade já também estabelecida. Havia, claro, um currículo, uma proposta pedagógica, um cronograma a ser observado, mas tudo isso ainda passível de ajustes, passível de construção.</i>	Na implantação tudo era novo, além de ser início de gestão. Apesar de já haver uma grade a seguir, muita coisa foi sendo construída conjuntamente no município.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS2	<i>Como eu falei inicialmente tivemos previamente reuniões onde fomos mostrar que eles já são profissionais não tem aquela noção de que eram estudantes, eles eram profissionais com qualificações profissionais, e que estaria a que para repassar também os conhecimentos deles adquirido lá no monitoramento total da ESP, onde eles voltavam de lá com seu conhecimento e aplicava a que mais os profissionais da nossa rede acolheram muito bem</i>	Residentes foram acolhidos pelos profissionais. Tiveram reuniões iniciais para conversar sobre a função (estudante x profissional)

Condução pedagógica e operacionalização do programa	SS3	<i>apesar da grande expertise que a escola de saúde pública tem em realizar já de longa data esse processo de formação pra saúde pública, as experiências de formação em nível de residência multiprofissional em serviço, praticamente partiu dessa iniciativa desses 10 municípios que iniciaram como projeto piloto. Então não havia ainda, nós não sentimos ainda da escola naquele momento, uma postura de domínio, de tranquilidade, de domínio do processo de formação, quer pedagógico, quer de cronograma, quer de agenda.</i>	No início do processo a escola ainda não tinha um domínio pedagógico, já que a experiência partiu dos 10 municípios
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART3	<i>Mais de 50% dos residentes de fato não queriam vir fazer uma residência. Foram pessoas que terminaram sua formação, sua graduação, e viram a residência como uma oportunidade de trabalhar. Porque na verdade, pra quem não é médico a residência paga praticamente igual a qualquer salário de 40h que você fosse receber.</i>	Residência como oportunidade de trabalho.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	ART3	<i>o município precisa ter mais liberdade, e claro, também só agora ele pode ver porque também foi vivenciando a experiência. Mais liberdade nesse processo de condução do aluno. Precisa ter liberdade. E a liberdade não é deixar fazer o que ele quer não. E nem o que o município quer. Claro que a instituição formadora sempre terá que ter uma determinada coordenação disso. Mas é que é preciso compreender que o aluno, ele chegou, o residente, ele chegou num espaço de aprendizado. Esse espaço precisa ser aproveitado o máximo possível daquilo que ele tem de bom pra dar.</i>	Desafio de melhorar a condução, dando mais liberdade aos municípios.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	ART3	<i>é preciso repensar concretamente, rapidamente, já devia estar sendo feito essa estória de plantões em unidades hospitalares. É completamente fora de propósito um educador físico fazer um plantão dentro de um hospital. Qualquer um de nós, qualquer uma das categorias, mesmo a enfermagem, fazer aqueles 20 plantões, dentro dos hospitais que nós temos dentro do município é desnecessário. Porque os hospitais são pequenos, então não há o que ser feito. Você perde tempo com aquilo. Não é que ele não deva conhecer a vida hospitalar e até estar dentro dele pra conviver, mas ele precisa ser mais orientado.</i>	Desafio de repensar os plantões, pois os hospitais são pequenos e os residentes precisam de mais orientação sobre o trabalho a ser desenvolvido nesses momentos.

Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART1	<p><i>Os que passaram por esse processo de formação na Escola a gente observa realmente que entendem o processo, que valorizam, que participam, né? Mas os que não têm essa oportunidade de estarem junto à Escola, de estarem estudando a Residência, é como se (pausa para pensar), por alguns não entendem muito bem o processo, mas é por falta de conhecimento mesmo, né? Então, muitos criticam: - “ah, mas porque em muitas áreas e outras não? Porque essa escolha e na minha área não?” E por muitos residentes serem, fazerem parte da equipe de NASF, então eles são responsáveis por vários territórios, não somente um, então eles não estão presentes nas Unidades Básicas todos os dias, como os enfermeiros e os dentistas, então isso, alguns profissionais não observam como: - “ah, mas eu preciso de um nutricionista e ele não tá aqui né, marca e não vem pra uma ação!”</i></p>	<p>Falta de entendimento acerca da residência, mas é por falta de conhecimento, pois os que entendem estão em formação na escola. Desconhecimento do papel do NASF. Podemos discutir um pouco com a categoria Educação Permanente.</p>
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	ART1	<p><i>Algo que implicou muito também na questão de dificuldades é disponibilidade do transporte, né, tanto pras ações do residente como pro preceptor tá junto nesse transporte, então essa “tenda invertida” ela fica muito comprometida.</i></p>	<p>Dificuldade na disponibilidade de transportes para o desenvolvimento de atividades da residência.</p>
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	ART1	<p><i>A questão também de um maior apoio pra residência em relação a transporte mesmo, né? Cobrar que eles estejam no serviço, mas darem condição pra isso, né? É como se os municípios, é... a grande maioria deles não se reestruturaram pra receber a Residência, então as Unidades continuaram as mesmas, as Unidades Básicas, então, são mais profissionais trabalhando no mesmo ambiente, então isso às vezes atrapalha muito a assistência, né, eles têm que dividir salas, vocês vão observar quando forem visitar algumas Unidades. Por exemplo, uma Unidade que funciona a equipe que tem só um consultório de enfermagem e um consultório médico, onde que a residente, duas, geralmente vão tá atendendo?</i></p>	<p>Municípios não preparam infraestrutura para receber os residentes (transporte, ubx...)</p>

<p>Condução pedagógica e operacionalização do programa</p>	<p>ART1</p>	<p><i>A Escola (poderia estar mais perto. Passou agora por esse momento de instabilidade, isso fragilizou muito a Residência, mas que bom que passou. Foram 3 meses e realmente no prazo que eles orientaram que ia acontecer tudo está se reestruturando. Nova contratação de tutores. É muito importante a gente se sentir com esse apoio. Qualquer dúvida eles estarem presentes, ir a encontros, reuniões, porque se tá acontecendo esse processo e vem caminhando e dando certo foi devido a muitos encontros, muitas orientações, muitas conversas, debates, pra que hoje a gente se sentisse seguro de saber fazer, de saber articular, de saber assistir, de a cada dia se aprimorar, mas a gente precisa desse apoio da Escola.</i></p>	<p>Crise na ESP afetou os municípios, pois considera positivos e orientadores os encontros, o apoio da ESP.</p>
<p>A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF</p>	<p>ART4</p>	<p><i>Porque assim, muitas pessoas ainda saem do município porque fica muito distante de uma capital, fica a quase 400km da capital, pra pegar e fazer uma especialização. Então essa possibilidade também de fazer uma especialização aonde eu estou, no meu município, teve muitas pessoas da primeira turma que eram do município, outras não eram, mas assim essa possibilidade de estar no município, de fazer a residência dentro das comunidades que eu conheço, que eu pertença, então é muito interessante. Então eu senti assim que houve um abraço muito forte muito apertado por parte dos trabalhadores</i></p>	<p>Interiorização da formação em saúde. Profissionais precisavam se deslocar até a capital para cursos e a residência trouxe a oportunidade de fazer pós no próprio município.</p>
<p>Desafios para a interiorização da residência multiprofissional</p>	<p>ART4</p>	<p><i>No ideal é que as pessoas se vejam cada vez mais integradas, articuladas enquanto rede, enquanto peças fundamentais para essa residência que ela é integrada. Às vezes até mesmo entre as ênfases a gente tem um desafio de estar envolvendo elas, delas se verem, porque a residência é integrada e às vezes elas não se veem de forma integrada, não se integram. Então por exemplo, eu vejo que saúde coletiva que estava mais distante e hoje eles têm se aproximado mais, mas ainda precisamos ter uma aproximação ainda maior. As atividades que são integradas elas têm trazido alguns resultados pra essa integração entre as ênfases, mas precisamos ainda melhorar nessa integração tanto das ênfases, delas se olharem mais deles ficarem se vendo mais, como também do serviço. Eu ainda vejo muitas vezes o serviço se sentido à parte ou muitas vezes a residência se colocando a parte, porque também têm esses dois lados. Então esse é sempre o desafio, trabalhar de forma integrada mesmo, de verdade.</i></p>	<p>Desafio: Deve haver integração entre sujeitos, serviços, ênfases... Afinal a residência é integrada</p>

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	ART4	<i>Há poucos dias mesmo tinha uma atividade integrada e tinha residente de uma ênfase que não queria ficar com a outra ênfase e aí a gente percebe que a gente está frágil, quando o residente diz: “ah eu não quero ficar com a ênfase tal”, então a gente percebe que aquilo que é o nosso objetivo não está sendo alcançado, ser integrado. Aí vamos tentar fazer o melhor nessa atividade pra a gente se ver mais, então de uma certa forma essas atividades precisam estar acontecendo mais, de ter um momento de encontro.</i>	Dificuldade na integração entre as ênfases. Necessidade de haver mais encontros.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	ART4	<i>Eu acho por exemplo, que essa questão da integração, por exemplo saúde coletiva a primeira turma a gente basicamente nem sabia quem era a pessoa, a gente não via. Na segunda turma a gente já está vendo, ela já está presente, ela já está com a gente.</i>	Avanço na integração entre ênfases.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	ART4	<i>Eu creio que a residência ela avançaria se a gente tivesse mais presente a figura dos tutores, porque o tutor é muito importante pra essa mediação de coordenações, tutorias e preceptores, ele é muito importante, a gente sentiu muito a falta dele, ainda estamos sentindo. E eles são necessários pra que a nossa articulação junto à Escola de Saúde Pública, que é a responsável pela residência, ela se torne mais amíuude, mais estreita, porque ainda ficamos às vezes distantes disso. Essa articulação ela precisa ser estreitada, porque às vezes acontece assim, o residente vai, o preceptor vai e trás informações de que às vezes o articulador não tem.</i>	Importância da tutoria na mediação e estreitamento de vínculos entre atores da residência.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	ART3	<i>A outra coisa, naquela ânsia enorme que todos da escola tinham de que desse muito certo, colocando todo seu esforço, era muito importante receber os residentes muito bem, animados, mas não dar tantos direitos e tantas questões, e colocar o município sempre como vilão. E aí isso já fez os residentes chegarem com uma certa prepotência, olhar pro município e achar algo errado ao invés de certo. De ver menos oportunidades e mais problemas. Isso tudo de definir que tem que passar um mês inteiro em território, território é na rua... Quer dizer, o município participava pouco ou quase nada de como era o andar disso. E aí isso também criou uma animosidade aqui no município. O gerente não gostou, a enfermeira outra que trabalhava, o agente de saúde, até o prefeito, o secretário, todo mundo entrou naquela: “E é isso a residência, eu pensava que era aquilo”. E essas arestas “conversa aqui, corre acolá”, isso foi uma coisa cansativa por demais pra se manter. Então teve essas questões tudo de primeira vez. Todo mundo aprendendo o processo dessa forma, tentando esse contexto da escola que também acabou sendo um fator complicador.</i>	A visão que a escola passou para os residentes sobre o município dificultou a inserção, pois os residentes só olhavam para os problemas existentes.

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	ART5	<i>Pela gestão, eu vejo que nossa maior dificuldade é de readequar nossos espaços físicos para que haja, muitas vezes, uma maior qualidade e nós possamos proporcionar aos residentes, a essas pessoas que estão chegando. É questão de equipamentos, material de consumo, essas questões logísticas ainda são nosso entrave.</i>	Desafio da logística
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART5	<i>Para se identificar os preceptores de núcleo, chamamos aqui, convidamos e explicamos. Eles aceitaram nossa proposta, o desafio de acompanhar a residência, mas ainda existe aquela questão de disparidade de alguns municípios, porque uns estimulam através de uma gratificação e outros não. Então, nesse ponto nós não conseguimos avançar. Fizemos várias conversas com o prefeito, o secretário, o pessoal das finanças, mas não conseguimos avançar. Sempre tem essa discussão quando vem para a função de preceptor, se vai haver gratificação.</i>	Município não avançou em relação à gratificação dos preceptores. Há comparação entre municípios.
Condução pedagógica e operacionalização do programa	ART5	<i>Nós temos essa articulação muito boa com a ESF, mas o que nós desejamos ainda é uma aproximação maior, principalmente dos tutores no território, algumas questões de alinhamento e até de aproximação entre as ênfases. Pelo próprio desenho, a saúde mental vai se encontrar com saúde da família no segundo ano. Nós vemos que tem muitas ações interligadas. Eu deixo aqui de sugestão essa aproximação, que já havíamos colocado também em outros espaços. Então, eu acho que é só isso mesmo. Recurso não vou nem falar, porque nem ESP tem nem nós.</i>	Desafio: tutoria se aproximar dos territórios para fomentar uma maior aproximação entre ênfases, que só ocorre no segundo ano.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	CAP5	<i>Tenho que ser bem sincera, mas o secretário interpretou que para a residência – na época, estávamos com uma carência terrível de médicos -, a gente traria alguns profissionais médicos. Esse foi o intuito primeiro, mas quando a residência chegou, o objetivo maior, que era categoria médica, era uma carência total, mas foi muito válida para o município.</i>	A expectativa do secretário de saúde em relação à residência era provisão de médicos, mas com a chegada da residência isso mudou.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP5	<i>Um desafio para mim é que os preceptores e o município possam avaliar a importância desses preceptores com uma ajuda de custo. Não digo bonificação ou abono, nada disso, mas um ajuda de custo. Acho que haveria um desenvolvimento maior deles, uma doação maior. Nós tentamos isso na primeira com nossos gestores. Essa demanda chegou à mesa do prefeito, mas não tivemos essa resposta positiva em termos dessa ajuda de custo. Nas duas residências nas quais estamos agora, negociamos a possibilidade de cota, porque ficamos um pouco desconfortáveis por uma estar encerrando e a outra iniciando e a gente não tinha como ter acesso novamente a essa negociação,</i>	Desafio de ajuda de custo para preceptores

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	CAP3	<i>Nós tínhamos uma população, que dependendo da localidade ela não se envolve tanto nas atividades, ela não participa, não tem aquela coisa de estar ali, até pra você chamar pra trazer pra unidade, pra discutir, pra elas mesmo da comunidade tudo, às vezes é difícil. Se você parte aqui do Centro da cidade a gente já tem um dificuldade muito grande com relação a isso. Quando você já se distancia pra unidades mais de distritos, nas localidades, isso já é muito mais fácil, a comunidade se envolve mais. Mas assim, nós tivemos uma certa dificuldade quando a residência tava aqui no centro da cidade. Porque as pessoas não eram tão participativas no processo de trabalho, porque a comunidade precisa participar, tem momentos que ela tem que participar.</i>	Existe ainda uma dificuldade de envolvimento da comunidade nas atividades de saúde. Nesse sentido a residência usa estratégias que mobilizem, persistindo até que haja adesão. Na avaliação da coordenação as unidades do centro (sede) tem característica menos participativa, enquanto que as unidades dos distritos há um maior envolvimento dos usuários. Isso está ligado à disponibilidade de serviços nos distritos que é menor? O acesso da população? Os diferentes modos de vida: urbano e rural?
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	CAP7	<i>nós gostaríamos que cada enfermeiro ficasse em uma unidade diferente, em vez de uma unidade com três equipes ficasse um lá e os outros com outras equipes, fossem se expandindo. Eu sei que nós escolhemos, mas foi a ESP que nos colocou essa situação de ter um só território. Eu digo isso porque sou coordenadora da Atenção Primária, porque vivencio todas as equipes, mas também pelos relatos das equipes. Porque com o trabalho maravilhoso que eles fazem no território de atuação as outras unidades enxergam isso e querem também serem contempladas.</i>	Gostaria de distribuir mais os enfermeiros pelos territórios
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	CAP1	<i>Eu acredito que a gestão está querendo de fato a residência no município. Quando o prefeito e o secretário realmente querem ai os demais é consequência, e você sabe que a residência tem um custo pra o município, não é um custo que a gente pode dizer que é um baixo custo, por quê? Porque a gente for pensar, ah tem um profissional dois anos aqui, mas você tem que ter toda a parte de logística que é pra manter esse profissional. Se voce não tiver o transporte pra levar ai não adianta.</i>	Quando o prefeito e o secretário querem o restante quer. Mas existe um custo pra manter a residência que é alto. Falta apoio logístico de transporte principalmente.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	CAP1	<i>A logística de tudo não só veículo, mas você vai fazer uma atividade você precisa de um lanche, você precisa muitas vezes de almoço, não tem como a gente manter, não tem como bancar. Quantas vezes eu vi essas meninas aqui nesse corredor apavoradas por um carro de som, a gente precisa de um carro de som, a gente precisa de papel, de cartolina, e às vezes a gente não tinha essa condição pra dar.</i>	Dificuldades com a logística

Condução pedagógica e operacionalização do programa	CAP4	<i>a gente sente essa crise na escola com essa mudança com o tempo que passou sem bolsa, né? Os profissionais que estavam lá, os tutores, os supervisores e isso foi sentido como um todo, né, na residência toda. A angustia dos residentes sem saber se iriam continuar ou se realmente iriam parar no meio do caminho isso também foi bastante sentido na equipe como um todo.</i>	ESP fragilizada trouxe insegurança nos municípios: haverá outra turma? Profissionais sem receber...
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	CAP4	<i>eu acho que de desafio é a questão do trabalho em equipe que pode ser mais reforçado e de alguma infraestrutura coisinha que ainda atrapalha no meio do caminho tipo: sala que as vezes não tem para todo mundo, né, mas a parte de infraestrutura mesmo de algumas unidades onde eles desempenham o trabalho.</i>	Desafios: interprofissionalidade e infraestrutura.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	SS7	<i>A gente tem limitações que eu acho que isso aí os residentes precisam compreender. Essas limitações se assemelham em todos os municípios, então assim não é pra haver o estranhamento, eu acho. Aqui nós temos 5 equipes de NASF, Fisioterapeutas são 15, então assim é natural que a gente tenha dificuldade de transporte pra atender a todas as demandas, né? E aquelas dificuldades do dia a dia, o que tem aqui não é diferente do que tem nos outros municípios. Então assim eu acho que tem que ser trabalhado com mais maturidade essas dificuldades do nosso Sistema Único de Saúde.</i>	Dificuldade dos residentes de entender as limitações do município e do próprio SUS.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	SS4	<i>Eu acho que é a questão da estrutura física, porque nós podemos dizer que temos, mas precisa ser melhorado. Exemplo: quando vai se implantar uma unidade de saúde você já tem que visualizar o local do residente, porque você só visualiza na questão da estrutura física da unidade a equipe em si.</i>	Desafio: estrutura física
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS4	<i>Quanto aos preceptores eu acho que essa formação tão longe, porque eles já têm que abdicar um tempo do seu serviço diário pra estar na prática com os residentes realizando esse acompanhamento e ainda essa formação realizada em Fortaleza é um desgaste grande. Por mais que hoje eles tenham o incentivo financeiro e a gente libera e tudo, mas muitos têm seus familiares, têm filhos. Então essa formação longe eu acho que dificulta um pouco. Tem profissionais bons que querem participar e não vão por conta disso.</i>	Desafio para a interiorização: descentralizar a formação da preceptoria

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	SS1	<i>Estrutura farta o que seria? Ter três carros pra residência e esses carros não serem mexidos de forma nenhuma. Aí vem aquela questão, você tira do serviço, sabe que vai ter um prejuízo, mas tem uma questão que era imediata: ou eu mando um candidato na fila de transplante pra ser transplantado ou eu deixo o atendimento da residência naquela comunidade. Todas as escolhas nós vamos pagar um preço, só que aquele do transplante era imediato. Se ele não for no minuto, no outro dia você já é... E aquele que foi dá palestra não, você vai lá, remarca né? Aí tem que ter paciência, o problema é esse, tal dia vocês marcaram e não vieram: “Não, vamos lá: foi isso, foi aquilo que aconteceu!” Então é isso, que ainda perdura muito essa questão da infraestrutura.</i>	Desafio: transportes e infraestrutura. Prioriza o que é mais urgente. Deveria ter 3 carros pra residência.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS2	<i>a gente sabe que o profissional se ausenta muito, mas geralmente esses profissionais que fazem a coordenação e a preceptoria eles são já profissionais da rede, então as viagens muitas vezes atrapalha essa questão da distância, ir para Fortaleza se algo fosse possível trazer mais realmente descentralizando para o interior seria muito bom.</i>	Desafio de descentralizar as formações por conta da distância de fortaleza
Condução pedagógica e operacionalização do programa	SS3	<i>alinhar um pouco melhor o processo pedagógico e de currículo e a grade funcional do curso, compreendendo a necessidade de observar um pouco mais o roteiro, o dia a dia, a rotina do serviço de saúde. Porque quando você tem, quando você interrompe aludindo uma necessidade peremptória de chamar o grupo a algum ajuste e você não leva em conta a agenda que tá posta no município, isso não só em Horizonte, mas em todos os municípios, isso gera desgaste e é ruim para o processo de formação. Tanto pro paciente, tanto pras equipes da gente, quanto pros residentes. A segunda coisa que eu acho é que a escola deve e pode, e será muito importante, ter um momento de aproximação com a gestão municipal. Porque nesse período todo que nós estamos vivendo, os momentos que nós tivemos com a escola foi mais na linha de apaziguar conflitos.</i>	Desafio de alinhar o processo pedagógico com as necessidades do município. Deve haver uma maior aproximação entre escola e gestão municipal.

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	SS3	<p><i>Por último uma sugestão, acho que do ponto de vista das equipes, dos profissionais que compõem os serviços, compõem a rede, da mesma forma que tem um processo de certificação, uma espécie de proficiência pro preceptor, era importante, a escola pensar, a fiocruz pensar em algum modo de certificar a equipe de saúde da família ou a equipe de saúde mental que recebeu o residente durante a sua fase de formação. Porque de uma forma ou de outra, o profissional daquela equipe ele se permitiu interagir, ele permitiu se expor na sua prática diária de trabalho para um outro colega, ele interagiu, ele foi igualmente aluno do processo de ensino aprendizagem em serviço. Então eu acho que poderia se adotar como sugestão uma certificação pra cada equipe, ou serviço de saúde que recebeu a residência naquele período.</i></p>	Sugestão de certificação da equipe que trabalha com a residência, como forma de incentivo
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	SS3	<p><i>Para além desse processo todo que tá inserida essa questão da formação, enquanto gestor nós vamos sempre perseguir, incluir nas parcerias que a gente celebra, um modo mínimo de compensação do nosso serviço, pelo esforço que nós fazemos de receber, de coexistir uma experiência como essa. E não é justo você passar dois anos recebendo um grupo de 30, 40 profissionais de saúde que usam diariamente a estrutura dos seus serviços e a entidade formadora, no caso a fiocruz, o projeto que financia isso, não prevê sequer um estetoscópio pra que o aluno possa usar, não prevê sequer um par de luvas pra que o aluno possa usar. Aí você pode dizer assim: mas secretário você não está então chorando, numa linguagem sertaneja, chorando miséria? Não, não é chorando miséria. Esse grupo inteiro ao longo de dois anos ele consome equipamentos de proteção individual, ele consome utensílios diários da unidade de serviço que se desgastam e tal. E que não é tão simples, tão fácil de repor.</i></p>	Gestor sugere que a instituição formadora também contribua com insumos e equipamentos a serem utilizados pelos residentes.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	SS3	<p><i>Então minha sugestão é que as próximas edições do curso, eu não vou nem pedir recurso financeiro, se for mais fácil que ao entrar, ao chegar, do mesmo jeito que o município recebe o kit de profissionais multiprofissionais, de várias categorias, 10, 5, 10, 15, recebesse com ele um kit de insumos, de equipamentos de proteção individual, estetoscópios, tensiômetros, termômetros, ou seja, o que é que vai ser minimamente utilizado ao longo de dois anos pela equipe da residência. Tá aqui secretário, tá aqui prefeito, esse materialzinho aqui é pra ser usado na residência.</i></p>	Kit insumos

Fortalecimento dos princípios da ESF	ART3	<i>O NASF, que era assim, desarticulado e tal, ele nasce concretamente, ele cria uma cara, né? Eu diria que a residência teve essa contribuição de dizer “olha os outros profissionais juntos, existe um conhecimento, existe um caminhar, nesse sentido importante”. Foi uma contribuição importante, de dar vida, essa alma do NASF. Hoje até vocês presenciaram, um psiquiatra falando do NASF, “negócio difícil demais, NASF o que é isso?” Agora não. O NASF ele virou um negócio que existe. Então nesse campo foi muito bom.</i>	Fortalecimento do NASF, a partir do trabalho desenvolvido na residência, integrado entre as categorias.
Fortalecimento dos princípios da ESF	ART3	<i>Há também uma coisa interessante demais de observar que é trazer também mais a vida pra dentro do território. Essa coisa mais comunitária, mais de território, ao final desse segundo ano, ficou uma contribuição bem da segunda turma, quando chegou no primeiro ano e com nosso conhecimento de todo o aprendizado que houve no município, território tem uma valorização muito maior pro saúde da família do que tinha antes. Enxergar que existem possibilidades dentro do território. E aí foi possível fazer, que a residência ajudou a fazer alguns encontros nesses movimentos e isso fez com que o município visualizasse melhor essas questões.</i>	Fortalecimento das ações de base territorial, sensibilizando o município para atuação comunitária
Fortalecimento dos princípios da ESF	ART1	<i>Enquanto enfermeira formada há 10 anos, eu me vi com a Residência sendo capaz de mudar realmente o cenário, de me inquietar com determinadas situações e de agir, e de ver realmente algo novo acontecendo, a mudança no estilo de vida dessas pessoas, uma melhoria mesmo em algumas situações. Então eu me vi fazendo algumas ações que eu tinha desejo, sabia que era necessário, mas não conseguiria sozinha. E isso nos faz mal enquanto profissional, quando você sabe que poderia fazer muito mais e não consegui isso frustra. Qualquer profissional, seja qual for a experiência, seja hospitalar, o que você quer é cuidar daquele paciente, de ajuda-lo, tirar daquele sofrimento. Principalmente a Enfermagem, que o cuidar está acima de tudo. Então quando você vê mudando essa realidade, quando você encontra mudanças mesmo da mais simples com uma orientação, com uma maior que seria uma intervenção já, um aluguel social de uma família que tá com a casa pra cair, né, e você conseguir fazer toda essa articulação e entrar dentro dessa família mesmo, então eu me vi fazendo ações que me realizaram plenamente enquanto profissional, junto com a Residência.</i>	Descreve enquanto enfermeira como a residência ajudou a movimentar o serviço, trazendo melhorias para a população, motivação para o profissional daquele serviço, resolutividade.

Fortalecimento dos princípios da ESF	ART1	<i>Essa experiência é fantástica, essa visão multiprofissional, você se sente um pouco nutricionista, um pouco psicólogo, um pouco... tudo! Você não se sente mais incapaz diante de alguns problemas porque esses problemas são divididos, são discutidos em estudos de caso, você observa ações mesmo concretas e não aquele olhar de paisagem onde você se sente incapaz, de mãos atadas porque você não tem como articular sozinho esse processo de saúde-doença e com a residência não, a gente vê a articulação fantástica e incentivada pela Escola, a mover-se mesmo, a inquietar-se com situações, inquietar-se com esse novo processo de cuidar (pausa pra pensar) e desde então vem dando certo no nosso município.</i>	Traz importância da residência para o município e para o trabalho desenvolvido nos serviços. A multiprofissionalidade, estudos de caso... A articulação incentivada pela escola.
Fortalecimento dos princípios da ESF	ART4	<i>o momento inicial da territorialização é um momento mais ímpar que tem da residência para o residente. Ele conhecer a comunidade, ele ter o tempo de degustar a comunidade, de pegar e de perceber, isso é muito bacana. Senti um avanço nessa nova territorialização porque ela trouxe um melhor direcionamento, dando liberdade pra que ele possa perceber esse território, mas ainda tendo um direcionamento</i>	Territorialização como ferramenta importante utilizada pela residência.
Fortalecimento dos princípios da ESF	ART5	<i>É para falar da RIS aqui no [município], em potencializar algumas ações que o NASF já desenvolvia nesse território, mas posso dizer até que desbravar outras. Esse olhar ampliado, novas possibilidades de mexer e articular mesmo a comunidade. Não sei se porque recebemos uma equipe de residentes muito boa e realmente elas conseguiram desenvolver tudo aqui no município. Sem obstáculos, sem barreiras, nós conseguimos controlar e estar junto dessa turma.</i>	Avanços da residência no município. Percebe que potencializou ações nos territórios e a gestão conseguiu fazer junto “controlar” a residência
Fortalecimento dos princípios da ESF	ART5	<i>Em se tratando do resgate da promoção e prevenção da educação em saúde, ações para a comunidade, envolvendo diretamente também os profissionais, principalmente os ACS. Então, nós tivemos uma aproximação gigante com os ACS nesse sentido de que eles participassem mais das ações, que eles fossem mais ativos e se sentissem parte nesse processo. Tanto as equipes quanto a comunidade reconheciam o residente como profissional nosso. Não era apenas um residente que ia ficar dois anos aqui e ia embora. Nós temos várias reclamações na ouvidoria, pedindo que esse profissional não fosse embora. Então, algo ficou. Nós temos o grupo de saúde funcional, ações de práticas integrativas e complementares, que a psicóloga plantou aqui no município. Foram bem marcantes mesmo essas questões.</i>	Residentes desenvolveram vínculo com a comunidade. Dá exemplo de atividade desenvolvida pela psicóloga.

Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP3	<i>Os residentes se apoderaram muito bem do território, eles tiveram a chance de colocar em prática tudo que eles vinham, que pediam deles, dentro do seu currículo, mas também eles faziam um pouco diferente além do que a vida acadêmica pedia. A gente percebeu o vínculo que os residentes criaram com a comunidade e com os próprios profissionais, porque os profissionais de certa forma eu digo assim que estão um pouco acomodados. E assim, com a residência, a gente viu que isso deu uma acordada nesses profissionais. Eles se envolveram bastante. Houve um comportamento diferente na condução do serviço junto com os residentes.</i>	a entrada da residência no serviço proporcionou maior envolvimento dos profissionais, pois as residentes trouxeram propostas diferentes, com vontade de fazer/transformar, e os profissionais dos serviços estavam acomodados. Essa característica inovadora e motivadora da residência também fortaleceu vínculos e envolvimento da comunidade.
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP3	<i>O vínculo que se criou da comunidade com os residentes. Já teve no final, a comunidade, algumas pessoas, “ah, mas por que que a Dra. Fulana vai sair, ela não pode sair, porque a gente gosta muito dela”. Então a residência criou esse vínculo muito forte com a comunidade. Acho isso um ponto muito positivo. E com esse vínculo, elas desenvolviam as atividades com muita facilidade, quando se envolvia com o território, com a comunidade.</i>	Vínculo com a comunidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP3	<i>A formação dos grupos, por exemplo, formação do grupo de gestantes, de hipertensos e diabéticos. Eles irem pra comunidade fazerem aquela atividade multidisciplinar, aí vai todo mundo fazer aquelas atividades, cada qual fazendo a sua parte, juntos. Tira um dia vai todo mundo pra comunidade, vai trabalhar nutrição, vai trabalhar enfermagem, vai trabalhar todo mundo junto. Isso é muito interessante. Essa intersectorialidade do serviço também, porque assim os residentes se apoderaram muito fortemente da rede de serviços dentro do município. Essa rede de serviços que o município conta, que é bem estruturada, eles tiveram uma facilidade muito grande desse envolvimento. Aí vinha a infraestrutura, vinha a ação social, eles se apoderavam muito fortemente dessa intersectorialidade.</i>	Multidisciplinaridade e intersectorialidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP3	<i>Eu acho que a residência deu uma vida nova, uma cara nova ao município. Em todos os sentidos. A história da vinculação da comunidade e é muito interessante a participação muito forte dos residentes em todos os acontecimentos, intersectorial. Tem acontecimentos dentro da ação social, acontecimentos dentro da educação onde as meninas estavam presentes, principalmente educação e ação social. Então essa intersectorialidade, os meninos chegaram e eles participam ativamente de todos os processos de trabalho, dentro de todas as secretarias, e isso é interessante.</i>	Vínculo, intersectorialidade

Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP7	<i>Dentro dos territórios vimos que se integraram bastante com equipes de referência e equipes NASF. As campanhas visuais, pontuais, outubro rosa, novembro azul, etc., os residentes se empolgam e essa motivação para ajudar as equipes. Porque uma equipe pequena, às vezes, não consegue fazer um bom trabalho ou falta uma categoria profissional que é de grande importância para essa campanha, os residentes trouxeram essa ajuda. Isso foi valioso e trouxe um impacto para população com essas campanhas. Eles se engajaram, muito responsáveis, não ficaram só dentro da unidade, foram para associações, igrejas, fazer campanhas e atendimentos em outros meios que temos dentro de cada território, nos CRAS, em parceria e com todos os pontos de atenção da rede.</i>	Ações da residência, campanhas, apoio às equipes, trabalhos nos territórios
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP1	<i>a nossa cobertura apesar da gente ter ampliado, ainda não é uma cobertura 100%. A gente ampliou em quatro equipes, mas ainda tem equipes que ainda tem um grande número de pessoas. E às vezes os profissionais não têm como fazer atividades de promoção por exemplo formar grupos, porque não dá tempo. Nossa zona rural, nossa área territorial ela é extensa. Nós temos equipes que tem um grande número de localidades, que precisam estar visitando dez localidades no mês e aí não dá tempo você formar grupo, você formar essas atividades extras. E a residência ajudava muito, porque enquanto a equipe ficava nos atendimentos, a residência fazia mais essa parte de promoção e prevenção.</i>	Papel de apoio da residência às equipes de zona rural, pois essas áreas são mais extensas territorialmente e por isso comprometem o trabalho de promoção e prevenção. A residência surge pra trabalhar essas dimensões.
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP1	<i>o principal impacto foi a implementação da promoção e da prevenção a saúde. Da formação de grupos, que estavam muito parado. E aí aquelas equipes que tinham residência começaram a fazer movimentos, começaram a fazer essas atividades, as outras equipes quando viam e as outras começavam a fazer também, vai se contaminando. Eu acho que foi principalmente isso, intensificação da prevenção e da promoção. Era umas das atividades que estavam meio que paradinho, meio que morno.</i>	Intensificação das ações de promoção e contaminação de outras equipes que não têm residência.
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP6	<i>os residentes eles deram muito apoio desde o início das campanhas, porque eu pedia muito apoio na campanha do HPV, que é uma campanha muito difícil que a gente começou a trabalhar, e no Brasil toda a meta sempre foi em torno de 20 a 30%, então a gente vê muito a questão da adesão, foi muito difícil no início e conversando com as preceptoras a gente marcava reuniões na secretaria e eles começaram a desenvolver um trabalho junto com a equipe nas escolas. Trabalharam muito a questão da saúde na escola e isso foi muito bom pro município porque a gente</i>	Apoio dos residentes nas ações de imunização nas escolas. Desenvolvimento do trabalho junto às escolas.

		<i>conseguiu atingir metas e graças ao bom trabalho realizado pelos residentes.</i>	
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP6	<i>eu vejo a questão dos grupos que foram criados, até o grupo de adolescentes que é um grupo bastante difícil e eles iniciaram aqui no município e é um grupo bastante difícil de ser desenvolvido e a gente vê que teve uma boa adesão, um grupo que cresceu muito. Então assim, eu vejo que é realmente muito importante o trabalho da residência, a continuação desse trabalho para que não fique ... pronto a residência veio ao município e não vai ter continuidade, não.</i>	Criação de grupos, fortalecimento das ações na atenção básica
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP6	<i>Porque a gente vê que as equipes de saúde da família é uma sobrecarga muito grande de trabalho, então assim os profissionais enfermeiros eles são muito atuantes, mas eles não têm como fazer aquele trabalho devido a grande demanda. Aqui pior é no Centro, sempre no Centro da cidade a gente vê a demanda muito grande de pré-natal, demanda de hipertenso, então muitas vezes as consultas ficam muito técnicas, só consulta e a gente vê que os profissionais ficam com pouco tempo pra estar desenvolvendo a questão da educação em saúde e trabalhar os grupos. Então os grupos que poderiam ser feitos com mais frequência quando fica a cargo só daquela equipe fica muito fracionado e acaba marcando e demarcando e não fazendo com a frequência que deveria ser feito. Então com os residentes a gente vê que todo um trabalho realizado na atenção básica fica em conjunto. É uma sintonia muito importante que eu vejo.</i>	Profissionais das equipes não desenvolvem ações coletivas, pois possuem muita demanda
Fortalecimento dos princípios da ESF	CAP6	<i>A adesão das mulheres no pré-natal, quando elas faziam os grupos aquelas mulheres já sentiam muito mais empolgadas e com mais vontade de estar realizando as consultas de pré-natal. A adesão às consultas a gente via bem mais positivas e de acordo com o ministério as 7 consultas sempre eram realizadas porque elas tinham a maior empolgação de está sendo feita porque tinha a questão dos grupos que eram trabalhados pelo residentes também. Assim como o dia dos hipertensos que elas já faziam essa busca pra fazer os grupos com os hipertensos, criando os grupos com os idosos, então muito positivo pra a continuidade do trabalho.</i>	Grupos fortalecendo programas na ESF

Fortalecimento dos princípios da ESF	SS7	<p><i>A residência contribuiu muito com as políticas de saúde da própria unidade de saúde. Isso é um fato! Em 2013 fizeram campanhas, eles fizeram aquele diagnóstico do território, territorialização e o diagnóstico. E aí eles fizeram trabalhos pra modificar algumas questões de indicadores. E nesse trabalho foram feitas campanhas com muita integração, envolvendo toda a equipe. Por exemplo, o outubro rosa desse ano, da residência, ele não era... Era um outubro rosa diferente. Não era só a campanha de prevenção de CA. Era o Psicólogo trabalhando junto com o Terapeuta Ocupacional, junto com... Toda a equipe estava lá pra atender a mulher como um todo. E a residência contribuiu bastante com todos esses eventos de campanha. Enfim, a gente tem mesmo como uma grande contribuição nas ações de saúde, principalmente dentro das áreas que eles tem responsabilidade.</i></p>	Contribuição da residência na movimentação dos serviços, campanhas
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS7	<p><i>eu acho que essa integração é mais forte hoje no município. Então a equipe multiprofissional, eu tenho certeza que todos compreendem melhor a rotina de cada um, que todos sentam e discutem, né? Por exemplo, o PSF eles tem uma reunião semanal. Isso ajuda, né? Além dessa integração da equipe multiprofissional, essas campanhas, as ações de promoção em saúde, elas acontecem de forma mais festiva, de forma mais frequente dentro do município. A campanha do setembro amarelo, que trabalha a questão do suicídio, é uma campanha muito bonita que eles fazem muito aqui e vão às escolas e interagem CAPS com Atenção Primária. Enfim... Esse vínculo tá bem mais forte hoje no município. As ações de promoção tão mais presentes e consequentemente a gente tem resultados melhores de funcionalidade.</i></p>	Avanços: integração da equipe multi, fortalecimento das campanhas
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS4	<p><i>Quanto aos avanços a gente percebe o vínculo do residente com a equipe, com a comunidade, porque eles adentram a comunidade eles fazem a territorialização, identificam a problemática, o diagnóstico daquela comunidade. Então é muito importante, porque geralmente o profissional da unidade de saúde ele não tem esse tempo disponível pra fazer esse diagnóstico, pra fazer esse levantamento, pra conhecer a área. Então eu acho que essa criação de vínculo com a comunidade, bem como com os profissionais de saúde, foi um avanço importantíssimo. Outro avanço que pra mim é essencial o aperfeiçoamento dos profissionais que participam da residência, quando eles terminam a residência eles estão mais preparados para atuar tanto no Programa de Saúde da Família, como também na Saúde Mental.</i></p>	Avanços: vínculo desenvolvido, ações realizadas, apoio às equipes, aperfeiçoamento de profissionais

Fortalecimento dos princípios da ESF	SS4	<i>Agora no novembro azul nós já temos palestras, inclusive à noite, realizadas por residentes com os homens para a prevenção do câncer de próstata. Então é muito significativo essa parte da educação em saúde que eles fazem, e isso tende a melhorar os indicadores, indicadores de diabetes, hipertensão, incentivo ao acompanhamento ao pré-natal, à puericultura com os grupos de gestantes. Elas já iniciam a gestação com essa perspectiva de que tem que ter esse acompanhamento, então é muito importante.</i>	Educação em saúde é o carro chefe da residência e tende a melhorar indicadores
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS6	<i>com a oportunidade da gente estar trazendo esses profissionais pra dentro das equipes das unidades com certeza é a questão do fortalecimento, a questão do matriciamento da Atenção Básica do [município] ela se tornou diferente nesse momento em que esses profissionais atuaram no município.</i>	Fortalecimento da AB, provimento, matriciamento
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS6	<i>a gente entende que realmente precisa ter esse olhar voltado pra a questão da prevenção, da promoção e que os profissionais das Unidades das equipes por estarem tanto quanto assoberbados pela a sua competência diária de cada profissional, a gente percebeu que com os residentes, com a estrutura, com toda a capacitação que a Escola dá pra esses profissionais, a Atenção Básica foi vista de forma realmente diferente. De forma que a questão do olhar holístico pra aquele paciente foi com certeza mais valorizado.</i>	A residência desafoga o profissional da assistência e potencializa ações de promoção e prevenção
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS6	<i>os residentes eles chegaram aqui com um outro propósito, um propósito de realmente trabalhar o matriciamento, trabalhar a territorialização, é tanto que antes deles assumirem efetivamente o território, eles passam um mês e quinze dias na comunidade fazendo um levantamento sócio econômico daquela comunidade. Então isso fez com que despertasse um olhar diferente até pelos próprios profissionais, no caso das equipes. Então com esse contato de forma direta com a população, com certeza o serviço tem a ganhar muito.</i>	A chegada da residência potencializa o matriciamento. Através da territorialização desperta um olhar diferente das equipes e aproxima da população
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS1	<i>O que eu percebo do profissional residente é a atitude, porque tem profissional que chega assim, apareceu o problema: não é comigo! Não, o problema chegou na primeira porta então nós temos que resolver na primeira porta, se não resolver na primeira porta tem que mandar pra segunda, tem que pelo menos orientar, e o que eu percebo dos residentes é que não, quando chega na porta deles eles resolvem.</i>	Profissional residente tem atitude, resolve os problemas na porta deles, na porta de entrada

Fortalecimento dos princípios da ESF	SS1	<i>Eu tenho uma fisioterapeuta que ela tinha uma pessoa que tinha uma doença degenerativa, aqui num distrito, e ela teria que fazer piscina todo dia, a doença dela agora eu esqueço o nome, ela ia degenerando os músculos, paralisando os membros inferiores, paralisando os membros do abdômen. Como não tinha piscina ela usou o rio, não é, ela viu lá com os pescadores, ela viu a área que ela poderia ter, ela demarcou, né, a área que poderia usar, então ela levava aquele paciente, botava em cima dos pés dela e caminhava dentro da água, então deu melhoria da qualidade da vida daquele paciente, então o paciente seguiu realizado, ela pegava o paciente na casa, ia lá pro rio e fazia isso, então é uma resolutividade que bateu na porta dela e ela tinha que resolver e resolveu. Então há uma motivação muito grande nesse sentido, do residente.</i>	Resolutividade no serviço de primeiro contato
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS1	<i>onde eu tinha bem três ou quatro residentes, o distrito se destacou, não é? Vacinou mais, conseguiu fazer a cobertura vacinal, conseguiu a saúde da mulher, conseguiu implementar políticas da saúde do idoso, campanhas, ou melhor, ações que seriam contínuas na Atenção Básica, como o antitabagismo... postura alimentar, então esses são dados que foram produzidos e que você consegue ver, não é, e o que você não consegue ver com os olhos, consegue ver com a mudança de cultura ou a mudança de perfil, a mudança de entendimento da população, não é, entender de que a Unidade de PSF não é só pra quando eu vá visitar, pra quando eu quiser ver o médico.</i>	Distritos que tiveram residentes se destacaram em números de procedimentos e ações educativas.
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS1	<i>eu comecei a envolver a Residência dentro da assistência, comecei a fazer os consultórios: consultório de nutrição, consultório de psicologia, consultório de fonoaudiologia... consultório de fisioterapia, não é? Então aqui o pessoal disse: “vamos fazer o consultório pegar uma demanda tal...” Não, dentro da área de atuação de cada um a gente vai fazer no que tá livre, não prejudicando a parte educativa, que é muito importante, né?</i>	Residência atuando na assistência/ambulatorio, sem prejudicar as ações coletivas.

Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS3	<i>Foi uma redinamização do ato de fazer, de atuar, de trabalhar no dia a dia. Porque há uma tendência natural (natural entre aspas), há historicamente um certo processo de acomodação, o que muita gente chama de fase zona de conforto, que é uma crítica que se faz ao serviço público. Historicamente se tem a luta e a perseguição por uma situação mais estável de trabalho. Então o serviço público celetista, quando o servidor é público sabe, traz pro servidor uma área de maior tranquilidade, segurança, um resguardo legal, trabalhista e tal. Entretanto, no dia a dia, na prática, também não é raro a gente encontrar situações de que uma vez concursado, o servidor cai num certo marasmo, e há uma tendência em alguns casos de reduzir drasticamente o desempenho profissional, funcional e de resultados da equipe. Então a chegada da residência trouxe um certo impulso a isso, e motivou também as necessidades dos colegas das nossas equipes de saúde da família a estar olhando e convivendo com outras profissões, outros saberes, outras vivências.</i>	A residência impulsiona profissionais que estão num marasmo
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS2	<i>Com certeza essas salas de espera qualificada realmente muita gente vai para assistir, por que muitas vezes não estar na fila da espera médica, mais é da comunidade ali já tem o hábito de ir até o PSF, e de realmente só pra escutar e entender muitas coisa sobre as prevenções né, e de fato foi muito elogiado de ter uma oportunidades das meninas irem as escolas, as creches também, esse trabalho lá foi muito aplaudido muito aceito.</i>	Salas de espera qualificadas potencializam promoção e trabalham usuários que tem hábito de ir até a unidade.
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS2	<i>Nós tivemos muito visivelmente muitas melhoras e muito impacto é a palavra com relação as mães na questão do apoio a psicologia, no apoio das gestantes, nos hiperdia, nos programas do hiperdia também a turma faz oficinas, fazem grandes movimentos com essa turma e a gente percebe que eles se agregam, se interagem com a turma da residência e com a turma da saúde da família em si, e do PSF, quando tem essa turma tá puxando esse cordão em agregar e mostrar o cuidado que estão tendo com a hipertensão, com o diabetes, na alimentação saudável, no cuidado com as crianças, no pré-natal tudo isso eles fizeram muito bem, isso ai nos PSFs as rodas de na sala de espera qualificada que foi um sucesso.</i>	Ações dos residentes na ESF
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS2	<i>a turma trabalhou toda a territorialização pra depois inserir no campo, eles tiveram antecipadamente a inserção no campo fizeram reuniões com estes locais para ver um acolhimento e o recebimento dessa turma que estava adentrar que eram profissionais também com grande qualidade e que veio só a somar.</i>	No inicio os residentes participaram da territorialização, que promoveu inicialmente a vinculação.

Fortalecimento dos princípios da ESF	SS3	<i>A gente conseguiu melhorar muito alguns indicadores, principalmente na questão materno infantil. No ano de 2013, pra se ter uma idéia, nós conseguimos trazer nossa mortalidade infantil pra 6,36% por mil, ficou entre as quatro menores taxas de mortalidade infantil do estado do Ceará, muito embora em 2014 tenha se elevado novamente, mas por óbitos infantis que fugiram completamente à capacidade de intervenção da gente, por razões de gestações de risco, má-formação e por aí vai.</i>	Melhora no indicador de mortalidade infantil
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	CAP3	<i>o ponto positivo foi justamente essa incrementação, essa inovação no serviço que a residência trouxe. Esse foi um ponto que eu acho que foi muito muito positivo. Trazer os profissionais pra também estar envolvido no processo, isso também foi um ponto muito muito positivo.</i>	Considera inovação o fato de envolver os profissionais no processo
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	CAP1	<i>Quem recebeu residente na unidade, a gente sentiu logo a diferença, o despertar do profissional pra a questão de promoção e prevenção que já vinha adormecido digamos assim há alguns anos. E a residência eu acho que trouxe essa vida pra o município, trouxe essa vida pras equipes de saúde da família e pros profissionais e pra população logico, não é. A gente notou que a comunidade de uma maneira geral ficou querendo participar mais, eu acho que se aproximou muito mais da unidade do que antes. Porque vinha aquela acomodação de só consulta, aquela coisa que a gente sabe. E ai começaram a implantar eu lembro que até terço dos homens que implantaram e traziam tudo pra dentro da unidade e claro faziam atividades extra muro: escolas e junto com associações, igreja, e isso movimentou muito a comunidade.</i>	Engajamento dos profissionais de unidades que receberam residência. A comunidade ficou mais participativa. Residência trouxe inovações pra dentro da unidade e levou ações pra fora.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	CAP6	<i>eles deveriam estar apresentando junto a nossas reuniões da atenção básica, que a gente faz reuniões semanais, que eles tivessem sempre tendo um espaço para estar divulgando o trabalho, para o conhecimento de todos os profissionais, para que vissem a importância do trabalho realizado. Então assim, eles apresentaram no início as atividades da residência junto às equipes da atenção básica, um trabalho muito bonito. Desde o início da territorialização que eles fizeram um acompanhamento indo em casa em casa pesquisando na comunidade, então a gente vê que a partir do momento que eles começaram a divulgar no início o trabalho os outros profissionais começaram a entender realmente pra quê estava vindo a residência. Foi ai que iniciou aqui no município a questão da valorização pelos próprios profissionais de saúde porque muitas vezes desconheciam aquele trabalho e achava que não era tão importante. No início eu lembro que diziam assim: “ah a residência são profissionais a</i>	Divulgação das ações nos espaços de gestão e na atenção, para os profissionais perceberem a eficácia e a importância da residência.

		<i>diferença é que recebem pelo estado e a gente tem aquela sobrecarga de trabalho e nós somos mais cobrados”. E depois os profissionais foram realmente ver que eles eram muito importantes, que eles estavam adentrando nas unidades de saúde para fazer um trabalho que a gente realmente estava vendo fruto e um resultado muito positivo.</i>	
Fortalecimento dos princípios da ESF	SS3	<i>em Saúde da Família eu pontuo que nós tivemos um grande ganho na interação das unidades, equipes e unidades de saúde com a comunidade. Os residentes passaram a instituir alguns instrumentos, com alguns mecanismos como rodas de conversa, assembleias comunitárias, processo de territorialização, uma conversa franca com representação da comunidade.</i>	Utilização de novos instrumentos pelos residentes.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART3	<i>Desse receio que temos de ser vistos como alguém que fez algo errado ou que não era exatamente aquilo que devia ser feito. Essa exposição parece que incomoda demais, sobremaneira, principalmente o profissional da saúde. Então talvez aí haja toda essa dificuldade do trabalho em equipe, que já existe. Essa é a outra questão. Isso é pra perceber também que o trabalho em equipe ainda tá muito longe daquilo que nós desejamos, porque as nossas dificuldades de nos colocarmos diante do outro, de partilhar conhecimento, de partilhar limitações, de partilhar o nosso não saber de algo é uma coisa difícil demais.</i>	Profissionais de saúde tem dificuldade expor as fragilidades e a residência atua deflagrando dificuldades, erros cometidos, etc.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART3	<i>Mas qual é o grande lucro? Ela traz, ela evidencia claramente as suas fragilidades. Houve uma compreensão muito clara de que, no campo da enfermagem em saúde da família, é preciso que os enfermeiros se reúnam mais, estudem mais, vejam mais os protocolos, criem mais, tenham isso mais fortemente. Isso foi já muito movimentado? Não, muito menos do que eu desejo. Mais do que era antes, menos do que a gente deseja que seja. Mas isso ficou muito evidenciado, incomodou.</i>	Residência evidencia fragilidades do serviço
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART4	<i>É claro que em um primeiro momento causou uma estranheza: “ah está vindo pra tomar o meu lugar”, coisa desse tipo. Hoje não, percebo que as pessoas têm tido mais esse sentimento de pertença tipo assim: “ah tem os residentes, vamos contar com eles”, hoje ele tem participado mais da rotina do serviço não só como apenas residente, mas como alguém do serviço. Apesar de ser um desafio todo dia, isso tem avançado também.</i>	Inserção dos residentes: inicialmente eram vistos como alguém que tomaria o lugar dos profissionais, depois os profissionais passaram a contar com eles.

A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	ART4	<i>Só dizer assim que realmente a residência integrada em saúde ela é muito importante, ela é muito importante no município, ela é muito importante nesse espaço de inovação, de transformação do serviço. Porque trazer esse novo pra esse território, fazer com que as pessoas saiam daquela sua zona de conforto, fazer com que ela saia daquele local onde ela está e geralmente ele está há algum tempo, isso é muito bacana.</i>	Residência provoca transformação através de práticas inovadoras
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART3	<i>O pouco tempo que eu tinha ainda tinha que me dedicar a esses conflitos. A gente acabou entendendo que na verdade é muito bom mediar os conflitos, isso sempre vai existir, é nosso, é do humano. Mas é bom mediar os conflitos no campo das idéias, né? Quando tem idéia pra você discutir, agora quando tem uma richa pequena aí não vale a pena a gente discutir, porque é uma questão pessoal.</i>	Articuladora como mediadora de conflitos, atrapalhando a articulação de fato
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART3	<i>É interessante que ao finalizar, no último mês, todos eles, quer dizer, eu tive 3 ou 4 encontros com os residentes extremamente difíceis quando eles diziam “vamos discutir eticamente as coisas”. Poxa assim já num nível de cansaço com aquele movimento. E no final do primeiro mês a gente começou a fazer as festas de despedidas e tal, no último mês, minha surpresa foi muito grande, porque alguns que eu considerava muito difíceis vieram agradecer muito, pareceu naquele momento que as pessoas realmente tinham tido alguma afetação com aquelas questões, que me deixou bastante feliz com aquele resultado.</i>	Apesar das dificuldades houve reconhecimento, afetações positivas com o processo.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	ART3	<i>E a residência da medicina é uma residência de 60h aonde o profissional médico vai ali com uma ânsia enorme de aprender o máximo possível, ele é capaz de passar 70 das 60h, porque ele precisa ver os casos, pra que ele seja bom, pra que ele ganhe muito dinheiro, seja muito importante, porque é isso que é colocado na medicina. Já faz mais de 10 anos também que os médicos não fazem medicina. Com 15 anos ele resolve que vai ser médico, ele vai ser oftalmologista porque o avô dele, o tio dele, o pai dele é, ele precisa continuar a renda daquela família. [...] Então essas questões todas que já vem daí, e que faz com que a residência da medicina seja uma coisa de potencial importância pro médico, é assim que todo o resto do mundo conhece residência. Então ela entende residência assim. Ela não entende o residente que vem com pouca vontade de fazer. Correndo, escapando, quando você menos espera o caba tá na estrada. Enfim, essas coisas. Você não percebia assim. Então basta que dois ou três façam, “ah esses residentes num querem nada com a vida não”, “o povo tá ganhando a bolsa, mas não vem”, enfim esses</i>	Comparação entre residência médica e multi. A médica tem sua importância por conta de uma superespecialização da categoria. No seu discurso os médicos são mais interessados, pois cumprem até mais do que a carga horária exigida.

		<i>comentários todos.</i>	
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	CAP1	<i>Foi muito bem recebido pelos profissionais que estavam aqui, desde o início todo mundo ficou empolgado pela residência, pelo fato de ser não só uma coisa nova, mas por todas as inovações e por tudo o que viria junto com a residência. É tanto que todo o planejamento de 2013 foi baseado na residência pra 2014, por exemplo, criação de novos NASF foi por conta da residência, ampliação das equipes de Saúde da Família também foi um passo que a residência foi o ponta pé, o que foi umas das coisas importantes pra a gente esta repensando nessa ampliação. E por parte dos profissionais a gente sabe que tudo que vem, a gente já conhece a escola pelo seu nome e por tudo que a escola trás junto, seria mesmo intensificar as ações e trazer todas essas propostas novas pra o saúde da família.</i>	Residência foi bem recebida pelos profissionais do município. Trouxe muitas inovações; implantação de novos nasf e ESF.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	CAP4	<i>a gente teve a preocupação de colocar os residentes onde os profissionais realmente tiveram essa aceitação melhor como também dentro do contexto de trabalho em equipe que a gente sabe que é fundamental por que também tinha o NASF, né? Participando desse processo e também pensando no perfil da comunidade que receberia, né? Por que a gente também pensa no sentido de que aquelas comunidades mais carentes onde você pode realmente criar projetos de implantação com a participação e a aceitação dessa comunidade a gente achou que a residência traria mais benefícios nessas comunidades carentes então foi pensado tanto no perfil da equipe como no perfil da comunidade para que também recebesse mais benefício.</i>	Colocaram residentes onde houve aceitação das equipes. Levaram em conta também áreas mais vulneráveis.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS6	<i>Como toda mudança, como toda proposta nova com essa atitude voltada pra os pontos positivos, como eu acabei de falar, teve um certo impacto para os profissionais estarem se adequando de certa forma para essa habilidade, mas que eu considero realmente mínimos em relação aos pontos positivos.</i>	Impacto inicial para profissionais se adequarem à residência

Condução pedagógica e operacionalização do programa	SS3	<p><i>a logística que rodou era assim: os residentes da saúde mental, por exemplo, tinham uma programação “x” da semana e amanhã, hoje a tarde chega a notícia que amanhã tem que todo mundo estar na escola, porque surgiu uma reunião, assim, assado, um seminário, uma discussão. Aí deixa-se tudo lá do serviço pra atender uma convocação da escola. Isso gerou de início alguns problemas de insatisfação da nossa equipe, dos nossos profissionais, porque se ele monta um calendário, monta uma agenda, tem lá 10, 20 pessoas pra atender e de uma hora pra outra a tarde desmarca, não da tempo nem avisar à população que tá desmarcado, no outro dia o paciente chega lá sobrecarregando a equipe. Gerou um desgaste recorrente com os pacientes que aí começaram a desacreditar um pouco no serviço.</i></p>	Desgaste por conta de agendas de ultima hora da escola, comprometendo a agenda dos serviços.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS3	<p><i>Nós tivemos em alguns casos uns dois ou três casos de conflitos, de dificuldade de interação mesmo de um residente com outro, de um residente com um grupo, de um residente com o serviço. E no nosso caso nós tivemos ainda, salvo engano, umas duas ou três necessidades de remanejamento, teve um ou dois que desistiu, e houve um ou dois remanejamentos de uma cidade pra outra, pra ver se tentava ajustar, porque desenvolveu-se com a coordenação local ou com membros da equipe local algum tipo de animosidade que atrapalhou a condução do grupo como um todo. Mas se você dissesse: esse problema aí foi significativo? Eu diria que foi dentro da margem de erro predizível dentro de uma experiência como essa complexa que transcorreu.</i></p>	Conflitos, que geraram desligamentos e remanejamentos, que o gestor considera dentro da margem de erro.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	SS3	<p><i>isso a residência fez muito bem: de levar a equipe pra ouvir a comunidade e de trazer a comunidade pra ouvir a saúde, entender como é que funciona. Então esse foi um avanço muito importante. Um outro avanço também que eu pondero como marcante foi o acordar do nosso grupo de servidores para o registro das experiências. Eu não tenho esse dado assim, não posso dizer em números nem estatisticamente, mas eu diria que mais que dobrou a quantidade de trabalhos apresentados em congressos, seminários, em razão da chegada da residência.</i></p>	Residência aproxima comunidade e unidade de saúde. Também Aumentaram produções científicas do município.

Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART3	<p><i>Se eu não tivesse sempre atenta: olha bota os residentes nisso, chama os residentes praquilo, os preceptores não tinham esse ânimo e isso me desanima. É preciso que isso seja entendido o que é afinal de contas que a gente tá chamando de preceptoria né? Não é o fato de eu estar sentada numa sala, porque li um texto, não sei mais o que, enfim... E essa coisa exige de cada um de nós, primeiro esse desejo, esse sentimento, mas quando eu faço assim... então eu vou ler, estudar um pouco mais. Eu não vou discutir um texto sem que eu tenha lido. E eu percebo isso. Então isso me desanima demais quando eu chego e puxa, o preceptor não viu o texto. [...] Tem alguns preceptores que tentaram fazer, mas não é você ser simpático, amigo, é legal isso. É preciso ter amorosidade, simpatia e amizade, porque isso é uma coisa importante numa relação de ensino aprendizagem, mas não é só isso. É a mesma coisa que eu digo do saúde da família: é preciso acolher bem, atender bem, mas acolher bem não é abraçar, beijar, minha filha minha mãezinha. Não é isso! Eu preciso também saber bem fazer a técnica.</i></p>	Entendimento da articuladora sobre preceptoria. A figura da articuladora orienta preceptores. Preceptores devem ser amorosos, mas devem estudar, entender a técnica para orientar.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART3	<p><i>Outra coisa que eu acho também é que a própria capacitação da preceptoria, que foi bem pensada, teve suas fases boas, mas eu acho que ela oportunizou pouco a troca. Era preciso ter colocado os preceptores “o que é preceptor? E essa semana o que foi que tu fez? Como foi tal coisa?” Sabe? “O que é ser preceptor pra você, né?” Qual é a dor e a delícia de ser preceptor?</i></p>	Sobre a capacitação da preceptoria. Deveria ter abordado mais escutas, discutir mais o papel.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART1	<p><i>Outro incentivo foi a Escola de Saúde Pública proporcionar aos preceptores uma especialização, então dentro da formação de ser preceptor sairíamos com o certificado de especialistas em saúde pública, e isso aconteceu. Já na segunda turma, terceira, já não acontece mais, não sei se por recurso, alocação de recursos, só vão receber certificado de preceptores, né, mas não de especialistas mais, então isso desestimulou muito, é tanto que pra terceira turma o secretário de saúde atual teve que chamar alguns profissionais: - “olhe, não é opção ser, você está como serviço social no nosso município, então é intrínseco você acompanhar, não tem outro. Eu não vou contratar outro assistente social só pra ser preceptor”. Então ele teve que chamar umas 4 a 5 categorias, nutricionistas, que estavam relutantes, resistentes a aceitar, por esse fato de não ser remunerado.</i></p>	A especialização oferecida pela escola foi um grande incentivo, porém só aconteceu na primeira turma, por isso desestimulou a participação dos profissionais na preceptoria.

Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART1	<i>No início a gente sentiu uma dificuldade assim, até em compreensão, porque que os preceptores não seriam remunerados. Ele foi bem claro na reunião - “olhe, a Escola não tem bolsa pra preceptor! Nem a nível federal, nem a nível estadual. Então vocês tão sendo convidados, mas o que vão receber no início é certificado e conciliar a carga horária, ou seja, dessas 40h que vocês dão, 12h vocês vão tá disponíveis pra Residência” Mas como era algo tudo muito novo, inovador, pioneiro... muitos curiosos, muitos aceitaram mesmo sem remuneração. Lógico que desde o início nos encontros com a Escola era questionado isso</i>	Preceptoría foi convidada pela gestão, sem remuneração, porém com liberação de carga horária.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART1	<i>precisamos nos reunir muitas vezes, preceptores eram 3, 4 vezes por mês, era toda semana, pra entender esse processo, indo na Escola de Saúde Pública duas, três vezes no mês também, então até pra eles era tudo muito novo, né, então até eles tinham dúvidas nas nossas perguntas, porque eles estavam aprendendo a fazer</i>	Preceptoría tinha muitas dúvidas inicialmente. Foi preciso realizar muitas reuniões para entender o processo.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>Olha foi uma luta, entender o que é a preceptoría, a gente entender que os nossos residentes também são colegas de trabalho nosso, não ver o residente nem como mais nem menos, mas como alguém que está ali pra ser apoiado no seu conhecimento.</i>	Articuladora fala de quando foi preceptora, da dificuldade de entender o papel da preceptoría e de perceber os residentes como colegas de trabalho.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>nós tivemos grandes problemas pra ser reconhecido pra gente poder viajar, pra gente ter o recurso pra viajar. Então a primeira turma ela não tinha recurso garantido pra viajar, diárias pra viajar. A gente ficava indo viagens sem isso, até nos fortalecermos enquanto peça importante e fundamental. Porque eu vejo assim uma grande fragilidade da residência é ela não poder garantir a mesma bolsa ou uma bolsa para o preceptor. Se a residência existe também por conta do preceptor, isso seria necessário ou deveria estar mais claro na contrapartida do município, porque a falta dessa garantia também vai implicar na questão da residência, de como ela vai ser desenvolvida.</i>	Falta de incentivo para a preceptoría vista como dificuldade, pois os preceptores deveriam viajar com recurso próprio. Entende que a contrapartida do município deveria incluir uma bolsa para preceptores.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>Porque é um trabalho árduo, no sentido assim de que você precisa estudar mais, você precisa estar bastante presente. As tendas elas precisam ser incentivadoras, é um leque de coisas que você precisa trazer. Você precisa olhar de fora do serviço, de dentro do serviço no sentido assim de que você tem que sair da rotina, sair da zona de conforto.</i>	Entendimento sobre o trabalho da preceptoría.

Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>E uma das lutas nossas foi exatamente entender, o preceptor é importante? Então também ele precisa ter uma garantia de que ele vai poder realizar o trabalho dele. E essa garantia envolve desde ter recurso garantido pra que ele possa ir pra Fortaleza e ser capacitado, voltar, trabalhar aquilo que ele recebeu de conhecimento pra trabalhar no seu município, que ele tenha tranquilidade de fazer isso e que ele possa realmente naquele tempo que ele tem destinado ao preceptor, ser preceptor.</i>	Importância de usar o tempo destinado à preceptoria para desenvolver atividades voltadas para a residência, compartilhamento de conhecimentos adquiridos em Fortaleza.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>É pra ter esse preceptor, mas ter esse preceptor como? Como é que eu vou garantir esse preceptor? Então eu vejo que essa fragilidade, ela realmente ela implica bastante no resultado da residência e no resultado daquilo que o residente vai produzir. Porque quando você não tem um preceptor e quando você não dá garantias a esse preceptor a ser preceptor, fica muito difícil você ter os resultados que está lá traçado, ter os objetivos alcançados.</i>	Dificuldade dos municípios de compreender a importância da preceptoria.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>Na primeira turma a gente andou meio que nos descompasso na implantação daquilo que era capacitação, qualificação do preceptor e do residente. Então às vezes o residente ele estava vendo coisas que o preceptor ainda não viu. Esse descompasso na implantação foi algo que nos causou algumas dificuldades, mas também quando a gente começa a entender o papel de cada um nesse cenário, de entender que eu sou importante e que o outro também é importante e que quem está no serviço precisa ser envolvido, isso funciona.</i>	No início houve descompasso entre a formação do residente e do preceptor. Às vezes o residente estava vendo uma coisa que o preceptor ainda não tinha visto.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART4	<i>A formação do preceptor antes da formação do residente é primordial sempre, pra que esse preceptor ele tenha um domínio mesmo, não digo um controle pelo controle, mas um domínio pelo que vai ser esse espaço, esse ambiente residência pra aquilo que vai ser articulado, isso é necessário pra chegada do residente, pra a acolhida desse residente. O cotidiano vai mostrar a esse residente todas as fragilidades e as potencialidades que nós temos e isso acontece, mas é necessário que essa formação ela aconteça realmente de forma antecipada, pra que essa acolhida ela já aconteça bem e ela aconteça da forma que vai ter o tempo necessário pra ela né, de territorialização, de conhecimento desse campo etc.</i>	Formação do preceptor antes da dos residentes.

Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART3	<i>Quando eu sou um profissional que não estou com a responsabilidade, não estou inserido dentro de um processo de formação de ensino, talvez eu não precise me preocupar muito com esse processo. Mas quando eu estou, que é o caso da preceptoría, quando eu me torno preceptor, eu me torno educador necessariamente, então eu tenho que estar preocupado com esse meu papel de educador. Eu diria que esse é o ponto que a gente não chegou na preceptoría. Eu não me sinto um educador, porque quando eu me sinto um educador, então eu vejo uma notícia no rádio, na televisão, no jornal, na internet, eu vejo um filme, eu presencio um acontecimento...</i>	E a educação permanente? E a ordenação da formação em saúde pelo próprio SUS? A preceptoría precisa ser institucionalizada para existir?
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP3	<i>Na primeira turma eu estive como preceptora.[...] Então assim, foi a formação do preceptor junto com a condução do serviço. Isso eu acho que foi um ponto que deixou um pouco a desejar. A gente foi se formando preceptor à medida que já estava no campo com os residentes. [...] A formação foi acontecendo ao longo do processo, eu acho que poderia ter acontecido antes essa formação dos preceptores. E assim, hoje tá muito tranquilo, porque os preceptores hoje tem atuação muito viva, muito presente com os residentes.</i>	A formação do preceptor ocorreu paralela à do residente
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP1	<i>Antes na primeira turma, o preceptor tinha um certificado e parece que agora não tem mais, é verdade? Tem isso aí? Eu acho que isso gerou algum desconforto por conta dos preceptores, que eles saiam com uma formação e agora não tem mais, tipo um certificado da escola. Porque quando você se submete a ser preceptor, eu acho que tem que ter alguma coisa em troca, não só a liberação do município. Se passa dois anos acompanhando uma residência, eu acho que o preceptor deveria ter um título e eu acho que isso ajudaria o município, porque hoje a dificuldade do município é encontrar preceptor, dos profissionais que estão no quadro. Porque se você sair com uma formação de dois anos é bom, mas pra você ficar como preceptor só pra cumprir uma carga horária e não ter nada em troca não é interessante para o profissional.</i>	Preceptor deve receber algum incentivo; formação
Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART5	<i>Não vejo uma residência que tem um andamento, uma qualidade satisfatória, sem a presença do preceptor. Principalmente, da preceptoría de campo, porque é o preceptor que está lá 40 horas junto do residente, dos preceptores de núcleo. É realmente ele que faz andar todo esse processo e a garantia de que as ações estão acontecendo nos territórios, desde frequência, esse feedback com a gestão.</i>	Importância da preceptoría de campo no processo formativo da residência

Ser preceptor: a delícia e a dor.	ART5	<i>Nós articulamos e observamos agenda, cronograma, avaliamos e reavaliamos o que está de positivo e o que não está a contento no território. O preceptor de núcleo também é fundamental nesse processo, haja vista que é uma troca de experiências em serviço. É um profissional que é nosso, da rede, está no seu horário de trabalho e também é riquíssimo para sua formação estar acompanhando e poder compartilhar de seus saberes com o residente no território.</i>	Atividades do articulador junto aos preceptores, ressaltando também preceptoria de núcleo
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP3	<i>O que eu posso dizer que eu achei que foi um ponto falho, foi o fato de os preceptores não terem tido a oportunidade de se prepararem pra conduzir o processo. Então assim, foi a formação do preceptor junto com a condução do serviço. Isso eu acho que foi um ponto que deixou um pouco a desejar. A gente foi se formando preceptor à medida que ele já estava no campo com os residentes. Então eu acho que isso foi uma falha muito grande. Como a gente no município ficou com os nossos preceptores foi o município que indicou, então a escola foi fazer a formação, foi uma coisa muito andando muito junto. Isso eu acho achei um ponto falho, às vezes de repente o preceptor não estava tão acompanhando como tinha que acontecer. Eu acho que isso foi uma falha que agora já nessa outra turma, a gente já não tem mais, porque os preceptores já passaram pela formação. A formação foi acontecendo ao longo do processo, eu acho que poderia ter acontecido antes essa formação dos preceptores. E assim, hoje tá muito tranquilo, porque os preceptores hoje tem atuação muito viva, muito presente com os residentes.</i>	A formação dos preceptores ocorreu simultaneamente à formação dos residentes da primeira turma e isso foi avaliado como um ponto falho.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP3	<i>O de negativo que eu vi com a residência foi mais em relação à preceptoria, porque assim, os preceptores num primeiro momento, vou dizer no primeiro momento, que foi da primeira turma, eles ficaram um pouquinho meio que soltos no processo de condução.</i>	A preceptoria ficou solta num primeiro momento
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP3	<i>Desenvolver o trabalho mesmo dentro, seguindo todo o roteiro que era proposto, isso não foi tão difícil, não foi complicado, até mesmo porque já era uma vivência que todo mundo tinha. Já eram profissionais que estavam dentro. Pelo menos na enfermagem isso não foi tão difícil, não foi complicado, porque você já tinha uma vivência no serviço, você já conhecia o serviço. À medida que iam acontecendo os módulos, aquele trabalho da parte acadêmica, a gente já tinha um conhecimento muito grande. Então pra prática isso era fácil, não era complicado.</i>	Os preceptores já tinha a vivência e domínio do processo de trabalho. A dificuldade foi na parte acadêmica, mas que à medida em que os módulos foram acontecendo os preceptores incorporavam mais conhecimentos às práticas e isso foi “descomplicando” a parte acadêmica.

Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP3	<i>a tenda invertida ela não é ideal, porque eu acho que quando você tá dentro do próprio serviço, o residente tá dentro do próprio serviço com o seu preceptor de núcleo que eu digo, aí acontece o processo mais completo. Porque o preceptor tá ali, tá vivenciando com ele tudo e não ele ir só naquele momento. Eu acho que a sugestão minha, apesar de eu ter participado desse processo de preceptoria da tenda invertida, eu não acho ela muito positiva. Eu acho que o dia a dia com o residente é mais interessante.</i>	aponta o lado negativo da tenda invertida, pois considera que se preceptor e residentes estivesse juntos o processo de ensino-aprendizagem seria mais rico.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP7	<i>Posso falar porque já fui. (risos) foi uma luta no começo formar residência, formar os preceptores, ir atrás desses profissionais. Sou fisioterapeuta de formação e fui convidada a assumir a preceptoria de núcleo da fisioterapia. Fomos atrás dos preceptores de campo, que foi difícil, aí graças a Deus fomos agraciados com duas preceptoras maravilhosas [...]. Foi uma luta, não foi fácil, mas encontramos preceptores bem comprometidos da assistência social. Tivemos problemas com a enfermagem porque durante dois anos trocamos de preceptoras de enfermagem três vezes. Não é fácil encontrar e a pessoa aceitar ser preceptor porque existem todos uns pontos pra ser preceptor. Mas a preceptoria é bem comprometida com o que é proposto pela ESP, cumprem a carga horária e acompanham os residentes.</i>	Coordenadora foi preceptora. No início foi difícil encontrar preceptores, mas tiveram duas boas. Também houve troca na preceptoria de enfermagem três vezes.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	CAP4	<i>os preceptores foram escolhidos realmente pelo perfil, né? De gostar de estudar, de gostar de acompanhamento, todos eles, todos nós temos alguma história dentro desse processo de formação de educação em saúde, de sala de aula realmente. O secretário na época ele pensou muito nisso. E aí, foi dito que a gente realmente não receberia bolsa e tudo e a gente recebia diárias para ir aos encontros presenciais na escola em Fortaleza e aí, depois desse processo a gente realmente sentou novamente com ele e aí, foi tida a oportunidade de criar um projeto para que a gente realmente pudesse ficar recebendo através de portaria passou na câmara com aprovação total e desde então a gente recebe. Então, somos mais estimulados, claro a isso, né? E além do estímulo, a gente é meio que obrigado a fazer, né? Porque não tem o que dizer há eu nem recebo para fazer isso, faço se quiser. Realmente ficou uma coisa mais legalizada e realmente onde os residentes como o município podem exigir da gente porque a gente realmente ganha para isso.</i>	O perfil dos preceptores foi traçado pela afinidade com docência. No início não havia remuneração, mas conseguiram aprovar uma gratificação na câmara. Isso trouxe mais estímulo e obrigação aos preceptores.

Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS7	<i>Especialista, ter no mínimo tanto período de tempo, ou ser especialista ou ter um período de experiência dentro da área. E a outra questão que a gente viu é... profissionais que se sobressaíram dentro de suas... que tinha uma certa liderança e a gente verificou por aí.</i>	Perfil do preceptor
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS4	<i>Hoje o município ele tanto entra com o incentivo financeiro como o incentivo para estar liberando o profissional do seu ambiente de trabalho, abdicando de uma certa carga horaria pra ele estar participando da preceptoria, porque a gente entende que é importante para o profissional e para os alunos que não tem como ter o residente e não ter o preceptor para orientar.</i>	Município fornece incentivo financeiro e liberação aos preceptores.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS4	<i>Eu vejo que se tivesse esse olhar, essa exigência que fosse o profissional que acompanha o profissional da unidade eu acho que o residente teria um acompanhamento melhor, mais adequado. Porque quando o profissional que acompanha for o profissional da gestão ou o profissional de outra unidade, aí já não tem essa aproximação toda e aquele acompanhamento diário como deveria ter pra estar retirando as dúvidas a todo momento, porque a assistência ela é contínua.</i>	Desafio: preceptoria de campo ser da unidade do residente
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS5	<i>Se eu for tomar iniciativa com recurso próprio, tenho um problema muito sério chamado limite prudencial, que chama atenção do secretário de finanças, passou de 53.4% do orçamento, dá problema. Daí minha dificuldade até de reconhecer, dar um estímulo a essa equipe, porque como dever de casa, tenho que ampliar minhas equipes compatível com a ação que eu tenho. 80 a 82% de cobertura do PSF. No NASF pode ser a mesma coisa, por conta dessa defasagem de 5 equipes PSF e NASF, embora já esteja regularizada a situação, o Ministério ainda não propiciou esse direito. Por isso tenho certa dificuldade de até fazer esse reconhecimento, por mais que a gente faça de elogio, mas sabem que o bolso é fundamental.</i>	Dificuldade de incentivos financeiros aos preceptores, pois esbarra no orçamento
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS3	<i>Bom, o município tem lá uma lei que prevê uma espécie de incentivo à docência. Só que ela é muito vaga. Não é uma lei que se adequasse minimamente a essa experiência da residência. E houve portanto uma certa dificuldade de entendimento e aplicação dessa lei na perspectiva da preceptoria, uma vez que não há na grade funcional dos cargos da prefeitura a função de preceptor. Então inclusive essa é uma das coisas que a gente ficou devendo de avançar, que também a escola podia ter ajudado melhor nisso de estimular, propor e incentivar que as prefeituras criassem uma função gratificada para as situações em que demande a</i>	O município tem uma lei vaga de incentivo à docência que não se aplica à residência. Acha que a ESP poderia incentivar as prefeituras a criarem a função de preceptoria gratificada.

		<i>necessidade de preceptoria.</i>	
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS3	<i>Entre idas e vindas a gente chegou a um meio termo e nós passamos a produzir um incentivo financeiro, na forma de hora extra, porque tinha o componente de 60 horas semanais. Então os preceptores passariam a ter inclusive atividades noturnas de acompanhamento dos grupos dos alunos da residência, e aí instituiu-se uma gratificação na forma de hora extra, o que não é o mais adequado, porque hora extra durante 2 anos fica meio esquisito inclusive na demonstração para os órgãos de controle, porque eles questionam muito isso. Daí a necessidade de avançar na perspectiva de uma normatização legal que resguarde melhor essa questão de um incentivo de estímulo à docência, mas foi dessa forma: não é um valor financeiro dos mais atrativos, mas também não caracterizou uma atividade graciosa dos servidores do quadro que se prestaram portanto a essa atividade.</i>	Incentivo através de horas extras
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS3	<i>o lado positivo para o servidor, que é ele após o período pelo menos da primeira turma formada, já receber uma espécie de proficiência da Escola de Saúde Pública e da Fiocruz em Preceptoria. Então pra eles é como se eles tivessem feito uma especialização em preceptoria do SUS, o que no futuro poderá lograr aí ganhos acadêmicos ou mesmo financeiros pra cada preceptor.</i>	Preceptores da primeira turma receberam formação/especialização em preceptoria do SUS.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS3	<i>Internamente a equipe gestora foi tentando identificar , partindo de dois pressupostos: quem já tinha mestrado ou alguma especialização na área ou afim. E a partir disso, quem melhor se prestava do ponto de vista de perfil, de boa vontade, de aceitação. Tivemos alguns casos que foram convidados e eles desistiram. Foi uma aposta que nós fizemos, mas que a pessoa não se sentiu atraída suficientemente pra dar conta, então começou a negligenciar uma ou outra parte. A gente teve que chamar, chegar num entendimento que era melhor reprogramar. Isso foi se ajustando ao longo da primeira turma.</i>	Convidados preceptores com perfil docente. Foram feitos ajustes ainda na primeira turma acerca da afinidade e compromisso dos profissionais também.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS2	<i>todos voluntariamente nós fomos claro tivemos critério né, de escolha pessoas com perfil, pessoas com especializações com qualificações mais também com boa vontade com intenção de abarcar esse desafio viu, e conseguimos graças a deus a turma trabalhou bem direitinho em cima do que e formalizado a escola.</i>	Critérios de escolha preceptoria. Voluntária.
Ser preceptor: a delícia e a dor.	SS3	<i>Da gestão: a definição melhor desse componente da preceptoria. Porque tá uma situação ainda não bem resolvida e que gera portanto uma insegurança, uma intranquilidade daqueles que são chamados a exercer a função de preceptor.</i>	Desafio para a gestão: preceptoria

### Matriz de categorização entrevistas do grupo de Preceptores

<b>Categoria</b>	<b>Código Sujeito</b>	<b>Extratos de Fala</b>	<b>Notas de análise</b>
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC6	<i>a gente aprendeu a Sala de Situação em Saúde, é... Planejamento Estratégico Situacional, territorialização, isso sem falar os módulos de acompanhamento, né... do adolescente, do adulto, do idoso, é ... saúde mental, as Redes de Atenção, e também foi muito legal, foi que... eu achei engraçado, porque a gente aprendeu sobre as Redes, porque cada residente teve a oportunidade durante os estágios R2, falando agora, conheceram as Redes e a gente também acabou vendo esse elo e as fragilidades das Redes de Atenção.</i>	Preceptores aprenderam sobre redes, planejamento, territorialização, sala de situação
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC6	<i>tinha uma residente que era enfermeira do próprio local onde ela ficou sendo residente depois e aí ela, a gente, e eu também era preceptora antes, da [faculdade] nessa área, aí como a gente redescobriu o fortalecimento, porque até então pode conhecer os líderes, né? Que até então não tinha esse elo com a Residência e acabou eles participando, atuando na participação da agenda, nos dando dicas de como era que poderia melhorar no território</i>	Antes da residência a enfermeira residente e a preceptora já tinham atuado nessa área
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC1	<i>As enfermeiras elas hoje atuam enquanto profissionais da equipe dentro dos programas da Saúde da Família, dentro dos grupos, e eles conseguem fazer isso com muita tranquilidade, e as equipes de NASF também estão dentro dos seus territórios fazendo aquilo que se espera de uma equipe de NASF, enquanto educação continuada, enquanto visita domiciliar, também vistos hoje como profissionais do grupo, inclusive os NASF daqui eles são mistos, o que tem contribuído bastante não só para a Residência quanto para o município</i>	Residentes realizam atividades diversificadas, mais coerente com o que se espera de um profissional. Os NASF mistos contribuíram pra isso.
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC1	<i>Acho que hoje é completamente absorvido pelo município a questão da Residência, eles têm uma relação muito boa com os ACS, com algumas instituições para além da saúde que é a educação e o CRAS, a gente tem uma relação interprofissional muito boa, e essa coisa da Saúde Mental poder caminhar junto da Saúde da Família em algumas ações tem sido fantástico, né, porque aproxima.</i>	Residência absorvida pelo município; ênfases integradas.
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC5	<i>A aproximação com espaços como igrejas também, foi uma ferramenta que nós utilizamos e na tenda invertida, que era o encontro do preceptor de núcleo com o residente, eu sempre procurava listar, porque tinha coisa entre residente e preceptor de núcleo, entrelinhas que, se não estivesse ali, não iria saber. Foi do núcleo profissional dele, então tinham coisas que com propriedade não conseguiria ver, mas estando na tenda invertida, ficaria mais fácil de descobrir.</i>	Tenda invertida encontro do preceptor de núcleo com residente

A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC5	<i>A residência me trouxe novos conhecimentos, coisas que talvez imaginava que sabia, mas não sabia. Primeiro, parte daí, do princípio do meu entendimento, se é que realmente eu entendo ou se ainda estou muito fresquinha na temática, mas o pouco que já li, preciso acreditar que isso não acontecia. Como vou conduzir uma coisa se não tenho nem ideia de como vai ser? Precisei me aprofundar e pouco ainda, porque isso precisa de leitura contínua.</i>	Preceptor reconhece que a residência contribuiu na formação e faz com que busque informação
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC4	<i>Na verdade é uma experiência totalmente diferenciada porque é um processo de trabalho de ensino aprendizagem muito forte, onde você mesmo sendo profissional mesmo sendo preceptor você acaba aprendendo muito com eles. São várias vivências, vários conceitos onde você vê divergências, eles pensando igual bem como pensando diferente e a gente aprende muito com eles nessa questão. A experiência é enorme, não só com os residentes, mas com o que a escola passa pra gente.</i>	Processo de aprendizagem para o preceptor a partir das trocas com os residentes
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	PREC6	<i>eu adoro, é uma outra realidade, a gente aprende muita coisa, inclusive a gente acaba aprendendo um pouco mais com os alunos e com módulos, não é? que nos são nos dado, e foi assim uma... que eu estou desde a implantação, não é? Então, eu adoro o trabalho, bem grandioso, a gente soube fazer grandes coisas que a gente não... eu não aprendi durante a minha universidade, até quando também eu era preceptora, questão da territorialização, ser mais, né? Que até então a gente tinha aprendido, eu aprendi na minha universidade que a territorialização era mais uma questão quantitativa, pra você saber a área, mais questão geográfica, e com a Escola de Saúde Pública, e com nossas formações que a gente teve eu pude ver a importância da territorialização, da sala de situação de saúde e de todos os módulos que nos... enriqueceu também, né? A gente acabou aprendendo junto com os alunos, né?</i>	Preceptores aprendem com residentes no processo de troca de conhecimentos
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	PREC1	<i>Tem uma estrutura física que só comportava uma equipe e de repente tem que ter duas, então a própria estrutura física do município hoje é um desafio que a gestão tá tentando resolver isso, mas não é fácil, porque tem que locar espaço, né? Acho que é um desafio também a questão do transporte, a logística, vamos te dizer assim. Vamos dizer assim, a logística pra Saúde da Família acontecer.</i>	Desafio em relação à infra estrutura e logística
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	PREC5	<i>Infelizmente, o município não pôde absorver esses profissionais, não absorveu ninguém infelizmente, pelo vínculo mesmo, pelo tipo de contratação, embora nós tenhamos reforçado quem realmente teve destaque, como foi e tudo. Infelizmente, isso não aconteceu, mas a relação foi muito positiva, o vínculo foi construído, teve uma interação, uma integração.</i>	Apesar do vínculo desenvolvido pelos residentes o município não absorveu nenhum egresso

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	PREC2	<i>a continuidade a construção do PTS com a linha de cuidados né, de alimentar aquele instrumental e de construir com a equipe referência, e nem toda equipe de referência da a mesma abertura ao residente, eu acho que eles acham que vão dar mais trabalhos a eles né, e não é todo profissional de referência que da essa abertura e isso também é um desafio e a gente está sempre tentando integrar os residentes com a equipe de referência</i>	desafio: construção e continuidade PTS
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	PREC2	<i>o instrumental de avaliação também que eu acho que passou a ser um desafio pelo cansaço, porque as vezes você é um preceptor de campo e tem dez residentes, você aplica quarenta vezes naquela turma, por que são quatro por residente né, é muito cansativo aquele instrumental de avaliação e que já deveria ter sido modificado né.</i>	Desafios: melhorar sistema de avaliação
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	PREC4	<i>São três equipes de NASF do município e duas de residente. Eles acompanham as unidades. O NASF 1 acompanha seis unidades. O nosso NASF ele só acompanha quatro unidades, mas tem NASF que acompanha até sete, que não é o dos residentes. Porque a gente sabe que os enfermeiros eles têm que ter um menor numero de ACS pra acompanhar. Quando a equipe é grande existem mais picuinhas, eu quero fazer, eu vou fazer, só eu que sei fazer, fulano nunca faz.</i>	Residência acompanha menos territórios que o NASF. Equipes grandes tendem a ser mais conflituosas.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	PREC5	<i>Os profissionais do serviço, que não estão diretamente ligados à residência, porque não são preceptores, a impressão que a gente tem é que estão alheios. Eles sabem que existe, mas estão meio alheios. Então, a gente precisava puxar o tempo todo para envolver nas ações. Parecia que a ação da residência era para quem é preceptor e residente e a ação do NASF do município era para todo mundo.</i>	Ações da residência eram só para residente e preceptor e ações do NASF eram pro restante
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC5	<i>a metodologia de trabalho da residência amplia os nossos pensamentos com relação a isso, porque o cuidado precisa ser construído junto, a gente precisa saber como outras categorias atuam. Em uma das rodas de equipe que a gente fez, eu desconhecia o que o terapeuta ocupacional do NASF fazia. Então, a gente precisava saber o que cada um fazia até para melhorar a relação de trabalho, para que o trabalho interprofissional acontecesse. Os psicólogos encontraram muita dificuldade nos pacientes encaminhados para eles no NASF e nós precisamos fazer momento de educação permanente com os agentes comunitários de saúde. O que precisa ser encaminhado ao NASF? Qual perfil de paciente vindo para cá? O trabalho interprofissional precisa ser potencializado, porém os profissionais não estão ainda totalmente prontos para que aconteça isso.</i>	Integralidade e interprofissionalidade: a metodologia da residência ajuda no trabalho interprofissional, mas ainda precisa ser potencializado

Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC4	<i>O primeiro momento onde eles vão fazer territorialização, onde eles vão pesquisar as dificuldades, o que a comunidade tem de mais importante, de mais relevante, isso daí já fez com que eles tivessem uma aproximação muito grande com a comunidade. Isso faz com que hajam melhorias, o número e atendimentos aumenta, a procura por especialidades como a psicologia, o serviço social, que tem áreas ainda de muito desconhecimento que existem pessoas que ainda não sabem o que o serviço social faz. Foi um trabalho muito intenso pra que as pessoas entendam pra quê que eles estão ali. E só em ter começado com essa territorialização hoje eles têm um espaço muito forte dentro da comunidade.</i>	Importância da territorialização na vinculação com a comunidade. Com isso aumentou também a procura e o número de atendimentos na unidade.
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC4	<i>Tudo que acontece na comunidade eles chamam os residentes pra participar. Se for um São João eles chamam os residentes porque eles articulam, eles fazem educação em saúde, porque eles participam até do momento de dança eles participam. O número de atendimentos dobrou, e por mais que as unidades façam o seu papel, a gente vê que o residente quando ele vem ele vem com tudo, ele vem realmente pra acrescentar naquele local.</i>	Residentes são participativos e a comunidade conta com eles para articular alguns momentos.
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC4	<i>A gente espera que o profissional da unidade ele aprenda muita coisa com eles. Porque eles realmente fazem um trabalho muito específico, um trabalho que já era pra acontecer a muito tempo. Então a gente espera que o gestor da unidade ele dê continuidade a esses trabalhos desses residentes. E a gente vê que já existem unidades que os profissionais quando os residentes estão em Fortaleza, não deixam parar atividade, o próprio enfermeiro, médico. Porque se eles não fizerem o grupo não vai acontecer mais e é de responsabilidade só do residente? Não é. O residente é um apoio ali dentro.</i>	Continuidade do cuidado
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC4	<i>O acesso sempre existiu, a gente possui uma equipe de enfermeiros e de profissionais da atenção básica muito atuantes. A solução foi a questão das especialidades. O que em dois meses eu ficava esperando um nutricionista, hoje eu tenho um nutricionista na minha unidade. O que eu ficava três meses esperando um psicólogo no CAPS, na Policlínica hoje eu tenho na minha unidade. Então esse tipo de acesso a medicamento, a consulta médica, a consulta da enfermagem sempre existiu, é mais em relação às especialidades.</i>	Acesso às especialidades
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC1	<i>hoje a gente escuta de profissionais do município já aderindo a essa metodologia que a Escola traz, né, existem outros profissionais que mesmo onde não tem Residência dentro da Unidade, não tem enfermeiro, mas tem um NASF que percorre aquele território e que leva junto essa proposta. Não é nova, mas é uma proposta praticável que antes não se fazia, então eu acho que só veio a somar, com certeza, e aí a gente consegue suprir uma demanda que antes tava lá sem a gente conseguir dá suporte né, antes um território que tinha uma enfermeira e aí a gente</i>	As metodologias propostas pela ESP apesar de não serem novas, trazem materialização de um trabalho que antes não era realizado.

		<i>tem territórios que tem três, a gente atende a essa demanda, consegue atender a essa demanda que tava aí suprimida e consegue trazer isso de forma diferente, muito mais dinâmica.</i>	
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC1	<i>Tira da responsabilidade apenas do profissional e traz para o usuário essa corresponsabilidade e os grupos têm feito isso muito bem, principalmente nas salas de espera, nos grupos com idosos, né que aí trazem pra eles a coisa que a gente vê muito nos idosos a história da dieta dos hipertensos e tal, e aí se faz um trabalho de conscientização de necessidades para além do que você precisa fazer dieta, mas é um processo mais criativo e tal, eu acho que tem contribuído bastante.</i>	Atividades grupais promovem corresponsabilização dos usuários com a sua saúde
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC1	<i>as pessoas começaram a se empoderar dessa coisa da minha enfermeira, né, e aí a gente foi criando esse vínculo das enfermeiras dentro dos seus territórios. O vínculo também foi muito bacana com as ACS, com as Agentes Comunitárias de Saúde, porque a minha enfermeira também...</i>	O aumento no número de enfermeiros aumentou também o vínculo com a comunidade, pois com a redistribuição das equipes os usuários (e também ACS) passaram a se empoderar da “minha enfermeira”.
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC1	<i>Quando os residentes chegaram aqui nós tínhamos uma equipe de NASF que dava conta do município todo, ou deveria dar né? E aí com a chegada dos residentes a gente propôs fazer uma equipe de NASF mista e aí a gente desmanchou aquela equipe de NASF que existia e dividimos em três equipes de NASF onde tem 12 profissionais da gestão e 3 profissionais residentes, e aí já começa essa ligação interprofissional, né, no começo não foi fácil, porque eles se sentiram invadidos, mas hoje é muito tranquilo, é muito bacana, os resultados têm sido muito bons.</i>	Equipes de nasf mistas com residência, fortalecimento do nasf.
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC5	<i>Então, depois que a gente passou a dividir a área, a responsabilidade sanitária ficou mais evidenciada, porque aquela área era dividida em 6 núcleo-áreas. Cada enfermeiro tinha 2 núcleo-áreas. Quando o usuário chegava, ele sabia quem era sua referência, a pessoa a quem ia se dirigir estava mais clara. A mesma coisa aconteceu ao NASF, que atuava em 6 unidades básicas de saúde e era responsável por 10 equipes. Quando a categoria chegou, NASF residente, nós dividimos esse território, onde 3 unidades eram apoiadas pelo NASF residente e 3 unidades apoiadas pelo NASF município. De forma que aquelas unidades sabiam quem era na verdade o seu apoio: o NASF residente. Então, acho que favoreceu a responsabilidade sanitária, ficou mais claro quem era seu apoio, a quem se dirigia, sua referência.</i>	Com a divisão por área a responsabilidade sanitária ficou fortalecida

Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC5	<i>As visitas compartilhadas acho um ponto positivíssimo, porque não ia só o assistente social para a visita, mas o fisioterapeuta, o nutricionista e aquele paciente que o assistente social visitava estava em vulnerabilidade social e tinha outro problema elencado. Naquela discussão de caso daquele paciente, cada profissional fazia intervenções necessárias e eles garantiam a integralidade desse cuidado, assim também como o estágio em rede, o ciclo do 2º ano na residência, que eles passam por alguns espaços, como atenção psicossocial, secundária, o hospital que tem estágio transversal e eles fazem os plantões.</i>	Contribuições da residência para a integralidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC2	<i>eles se tornaram profissionais de referência mesmo sabe, porque quando a gente tem a equipe de referência médicos, enfermeiros, o dentista e tal. E a equipe NASF, já são outros profissionais que compõe: o fisioterapeuta, a nutricionista, a assistente social... Então eles se tornaram profissionais de referência mesmo, tanto pra equipes quanto pra aquela comunidade. Todo mundo já sabia quem era o fisioterapeuta, a assistente social, a psicóloga daquele território e já se direcionava exatamente àquele residente, tanto é que a gente perdeu a turma dois agora, e não sabemos ainda como vão ficar algumas coisas e algumas situações.</i>	Fortalecimento do vínculo com equipe e comunidade. Profissionais residentes se tornam referência, fortalecem o NASF
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC2	<i>É isso que eu estou dizendo eles reconheciam a demanda do outro colega profissional, e imediatamente eles já se articulavam para a próxima visita, você vai comigo e a fisioterapeuta recebeu uma demanda para a assistente social, então na próxima visita eles já se articulavam para irem juntos, os psicólogos a categoria que fosse necessário naquele caso eles estavam sempre bem empenhados.</i>	Interprofissionalidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC2	<i>eles fortaleceram o programa do hiperdia e de gestantes dos quatro territórios, eles também participaram e realizaram os terceiros turnos de cada PSF, que já tinha no município a proposta né, uma vez por mês realizarem o terceiro turno, eles são super participativo levam ações inovadoras, temas inovadores, práticas inovadoras, então assim deu super certo. E deixar eu ver o que mais eles elaborarão... vários temas e públicos nesse terceiro turno e sempre participam.</i>	Potencializaram o hiperdia, acompanhamento às gestantes e terceiro turno
Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC1	<i>onde nós tínhamos uma enfermeira nós temos três e a gente conseguir dá conta dessa demanda, eu acho que é um avanço assim incontestável, né? Dizer pra você que algumas Unidades, depois da Residência a gente ampliou em quatro Unidades da Saúde da Família aqui, e a Residência trouxe um pouco, tem um pouco de responsabilidade nisso, porque na hora que eu tiro dois enfermeiros dali residentes, a população estranha, e ela cobra a gestão [...] poder ter hoje três equipes de NASF onde só tinha uma é um avanço incontestável. Poder fazer mais visita domiciliar, poder fazer mais grupo, poder atender mais gestante, poder atender mais diabético não se discute, né, então quantitativamente e qualitativamente nós temos dados extremamente positivos com relação à Residência no município.</i>	Provimento de profissionais, acarretando na expansão da ESF no município. Aumento da resolutividade.

Fortalecimento dos princípios da ESF	PREC5	<i>A residência dá novas formas de construção de agenda, ela abre aquilo que você sabe, mas não sabe. Você está vendo o que alguém mostra para clarear mais a mente. Outro ponto importante é a roda de equipe, uma ferramenta fortalecida pela residência, que percebi como fragilidade no território em que a residência estava acontecendo. As equipes tinham dificuldade de sentar para discutir seus processos de trabalho. A residência favoreceu para que isso acontecesse. Outro ponto também é a questão das atuações compartilhadas. Devido à dificuldade da estrutura física das unidades, nós fortalecemos isso, tendo uma categoria atuando junto a outra e promovendo o cuidado mais ampliado pelo usuário. Eu acho que também foi uma grande potência.</i>	Ações destaques da residência: fortalecimento da roda, novas formas de construção de agenda; atuações compartilhadas por conta da dificuldade de infraestrutura
Inovação tecnológica	PREC6	<i>No módulo Saúde do Homem a gente fez um trabalho com os construtores do Pinheiro Supermercado, que ele foi montado agora de um tempo pra cá, aí a gente fez um com os homens das obras, e eu acho que eram cerca de 200 ou eram 300 homens, aí a gente fez uma consulta com todos aqueles homens, a gente foi na construção, lá, na Dakota, que é uma empresa, uma fábrica, que cada local a gente fez no período do outubro, não só do outubro rosa, mas de vez em quando a gente vai nessa fábrica e faz umas atividades lá</i>	Atividades de saúde do trabalhador, saúde do homem, incentivadas pelos módulos da residência
Inovação tecnológica	PREC1	<i>Os grupos onde a gente trabalha a educação permanente têm sido... eu acho que foi um grande diferencial, e o matriciamento. O matriciamento antes a gente só tentava, tentava, tentava, mas não conseguia, talvez não tinha “perna”, não tinha profissional pra fazer isso, e hoje a gente consegue fazer o matriciamento em algumas Unidades, né, Saúde Mental e Saúde da Família, eu acho que esse é o grande “boom”, a grande proposta, que traz, claro, fora outras ações que a gente consegue fazer, por exemplo, algumas datas comemorativas e aí a Residência tem entrado com muita força</i>	Ações grupais, efetivação do matriciamento, aproximação saúde da família e saúde mental. Fortalece também ações da ESF.
Inovação tecnológica	PREC4	<i>Uma das coisas que foram muito importantes foi que eles reviveram muitos grupos, grupos que estavam lá em um cantinho e que não existia mais, então foram eles que fizeram aumentar o número de pessoas. Salas de espera nas Unidades que é muito difícil e eles fazem. Existe um maior envolvimento da população hoje. Os atendimentos noturnos agora no Outubro Rosa, a minha turma fez, passou o mês inteiro. Era uma vez na semana e a comunidade se sentia muito bem, porque muita gente trabalhava, a noite o atendimento da enfermagem, do serviço social, da psicologia, então isso foi muito importante. De atividades inovadoras essa agenda que é programada, ela é uma agenda muito diferenciada das agendas dos PSF. Então isso já faz com que exista inovação.</i>	Revitalização de grupos, agendas programadas.
Inovação tecnológica	PREC4	<i>Eles têm um grupo de adolescentes que é muito diferenciado, porque eles tratam de diversos aspectos que existe e o adolescente pode fazer tanto o adolescente de 12 anos como o de 15 anos. Esse grupo ele é muito visado porque ser um grupo muito atuante. Também um grupo de idosos que eles têm pela manhã na segunda-feira.</i>	Atividades desenvolvidas pelos residentes

Inovação tecnológica	PREC6	<i>a gente fortaleceu muito os conselhos locais, os líderes, a COELCE, CAGECE nos chamam pra gente fazer as atividades, já nos fortaleceu... supermercados também nos deu material. Teve também na unidade de saúde onde eu era preceptora de campo também em outra turma a gente fez um projeto, Projeto Vida Saudável onde todas as mulheres obesas ou então com problemas de diabetes e hipertensão, a gente fazia as caminhadas com essas mulheres e aí logo após o Pinheiro Supermercado nos fornecia material pro lanche delas, elas iam pra Unidade fazer o lanche.</i>	Fortaleceram conselhos, parcerias com outras instituições
Inovação tecnológica	PREC6	<i>a territorialização nos ajudou pra gente ter um diagnóstico local de como era o território, que é até quando eu te falei, tinha a enfermeira que era da área e não conhecia ainda o território, nem eu também... passei um tempo lá sendo preceptora do local, teve a territorialização, a Sala de Situação em Saúde que acabou nos ajudando a fazer a questão epidemiológica, o retorno dessas questões. O Planejamento Estratégico Situacional onde a gente fez também junto com os usuários e com a equipe o fluxograma analisador, que a gente conseguiu fazer e onde a unidade e os líderes, né, e todas essas parcerias que a gente conseguiu, eles participaram e escutaram e viram que os problemas originados não era só uma questão de gestão</i>	Residência agregou novas ferramentas ao trabalho das equipes
Inovação tecnológica	PREC5	<i>Em novas experiências, eu parto da prática integrativa e complementar. Nós tínhamos uma residente que era amante da prática e ninguém conhecia ou conhecia muito pouco. Ela trouxe isso para o serviço e foi extremamente importante, até como uma forma de fortalecer as relações, cuidar mais de quem está cuidando. Nós tivemos também grupos com atividades não só voltadas para a saúde física, mas para a saúde mental, que não tínhamos esse hábito. Tivemos grupo de saúde funcional, o primeiro criado e que ainda permanece vivo até hoje. O grupo que obtivemos, na verdade, nosso caçula, voltado não apenas para tratar das necessidades das pessoas que tinham alguma dificuldade de mobilidade, mas também para fortalecer o apoio que teria na comunidade. Quem sou eu no território, que importância eu tenho? Acho que foi uma ação da residência que trouxe muitas contribuições ao território.</i>	Novas experiências, criação e fortalecimento de grupos

Inovação tecnológica	PREC2	<i>tiveram muitas ações inovadoras nos quatros territórios, como o grupo de adolescente noturno com diversas temáticas que eles conduziam e quinzenalmente ou uma vez por mês assim, e que eles estavam remarcando os próximos encontros com diversas temáticas com o grupo dos adolescentes noturnos. Educação permanente com os ACS né, os agentes comunitários de saúde eles desenvolveram em todos os territórios, nos quatros territórios de práticas que eles atuaram foi muito inovador e muito proveitoso também, então pra eles como pros ACS, que traziam diversas duvidas traziam dificuldades encontradas no dia a dia, e tinha uma boa interação com os ACS, eles tinham ótima interação com todos os ACS dos quatros territórios. E foi um grupo muito produtivo, eles faziam mensal em cada grupo em seu respectivo território, mais era um grupo mensal que eles já programavam qual era a temática e qual era as ações daquele dia né e desenvolvia nós quatros territórios e foi excelente, se inseriram nós grupos dos idosos já existente né, no cenário de prática quando tem essas temáticas também que eles levavam tanto na prática, como a teoria e criaram um grupo de saúde mental, realizadas pelas psicólogas da saúde da família</i>	Inovações da residência: novos grupos e engajamento em grupos existentes.
Inovação tecnológica	PREC2	<i>eles construíram um instrumental, um checklist pra gente tentar combater o Aedes aegypti e é excelente para o município que até hoje desenvolvemos mutirões semanais, que todas as sextas feiras a gente desenvolve mutirões semanais baseado nesse checklist e ir de casa em casa para aplicá-lo, e dependendo do índice de infestações que vem pelo agente e que vem pelo agente de endemias da secretaria de saúde da zoonoses toda semana é um território novo, que a gente vai pra aplicar as parcerias intersetoriais com várias pessoas, e é um mutirão mesmo que a gente realiza toda sexta feira baseado nesse checklist.</i>	Inovação tecnológica: instrumental para combate Aedes aegypti
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC5	<i>Às vezes, eu estava no meio da roda e me percebia: quem tem de falar são eles, eu não. Eu meio que começava a discussão, tinha de ser conversada, mas quem tinha de trazer eram eles, ou seja, era uma troca. Trazia a discussão do texto e eles também. Muitas vezes, na discussão da roda, a gente percebia quem participava mais e quem participava menos. Enquanto preceptora, o que eu poderia fazer para que o grupo participasse igual com a, b e c? De que forma, fulano, você pode contribuir? Eu tentava puxar para que ele trouxesse as contribuições que tinha.</i>	Preceptor mediando trocas nos momentos de roda

Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC4	<i>Quando eu comecei na verdade eu comecei na Saúde Mental, então foram duas experiências diferentes. Na saúde mental eu já estava e é uma visão diferenciada de um trabalho especializado. E após um ano houve uma reunião e eles me transferiram para o saúde da família. A princípio eu passei um bom tempo sendo só do campo da enfermagem, eram duas preceptoras, uma era das outras especialidades e eu era só da enfermagem, aí também houve uma mudança e foi direcionado pra que uma ficasse pra uma turma e a outra pra outra turma, então eu fiquei com uma turma.</i>	Preceptora passou pela preceptoria de saúde mental e de saúde da família núcleo e campo.
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC1	<i>Acho que a integralidade é um processo que está em construção. Eu acho que eles, como é que eu vou te dizer, através do matriciamento em saúde mental isso tem contribuído, através dos grupos que a gente consegue fazer fora do Posto, mas usando os CRAS, usando os equipamentos sociais que as comunidades dispõem e aí tem sim ventilado as possibilidades de integralidade, não acho que isso já tenha sido efetivado, acho que é um processo porque passa por toda uma conscientização de vários profissionais, muito além da população, né? É a educação se sentir parte de responsabilidade da saúde, é a assistência, uma série de equipamentos sociais e educacionais que existem envolvidos, mas a Residência ela traz esse vestígio de integralidade já quando a gente consegue articular escola, CRAS, CREAS, os equipamentos sociais da comunidade, a gente vai lá na comunidadezinha no interior que tem o “terço dos homens” e a Residência consegue ir, onde tem um grupo de oração e a Residência consegue ir, acho que é um processo que ainda está muito em construção, mas que a Residência traz sim algumas pinçadas da integralidade.</i>	Preceptora compreende integralidade como intersetorialidade. Percebe-se como articuladora.
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC6	<i>a ESP nos deu uma especialização em Saúde da Família e que acabou sendo as mesmas coisas aprendidas com os residentes, né? E devido também os módulos, os manuais, a gente acaba aprendendo todo o conteúdo da Residência.</i>	Especialização ofertada pela ESP preceptores acabam aprendendo as mesmas coisas que os residentes.
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC6	<i>Nós da preceptoria fomos os, não nos engrandecendo, mas nós fomos papel-chave, porque até então a grande maioria dos residentes que vieram não eram daqui do município, não é? [...] nós sempre estávamos juntos com eles nos processos formativos, auxiliando, tem as Rodas, que sempre a gente fez, que foi um momento onde disparamos muitas conversas como agir pra organizar, e junto, o elo da preceptoria de campo e de núcleo,</i>	Preceptoria ocupa papel chave, já que a maioria dos residentes são de fora do município. Rodas como momentos disparadores e elo entre campo e núcleo.

Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC6	<i>nós da preceptoría então porque a gente sempre teve o elo e estávamos juntos com os residentes, porque o que que acontece, ensinar não é fácil, não é? Não dizendo que a gente tem o poder... porque o papel nosso da preceptoría não é mandar nem liberar, mas saber lidar e como fazer, se... as diferenças que existe de um grupo de outro, porque tem uns que vem de outra região com outra cultura, residentes com outros problemas pessoais, e nós da preceptoría a gente acabava ajudando, dando esse elo pra ficar... pra formar mais o grupo a se tornar mais unido... o fortalecimento da equipe... e também a integralidade com as outras equipes, porque como foi citado, né, a gente é contratada pelo município, a gente conhece os funcionários do município, então a gente acabou fazendo um elo com os serviços, né, porque até então quando eles chegam no serviço com a territorialização, mas todos tem a imagem do residente como se ele fosse um aluno, não é?</i>	Papel da preceptoría: mediação, fortalecer a equipe, elo entre serviços, desconstruir visão de que residente é aluno, além de ensinar
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC6	<i>eu coloco mais a questão da preceptoría, a gente é contratado pelo município, e aí isso acaba não nos dando a autonomia como é com os residentes, né? Eu acho que se a Residência fosse um processo formativo que não fosse pago pelo município, a gente ia ter mais voz até na questão de empoderamento. Não dizendo que a gente não tenha, mas tem algumas coisas que nos torna como desafio. A gente dá a nossa cara a tapa diante de algumas situações, porque dependendo dos gestores, alguns nos apoiaram muito, doaram material, sempre nos ouviu, mesmo quando... diante da dificuldade, porque não tá só na dificuldade da própria gestão, mas o Brasil em si</i>	Desafio: incentivo preceptoría, financeiro, vínculos trabalhistas, para que tenham voz e se empoderem do processo
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC1	<i>a gente participou das formações na Escola (de Saúde Pública do Ceará), da especialização, e pra mim hoje traz um aprendizado enorme, uma carga profissional de aprendizagem enorme, acho que a gente consegue fazer esse trabalho dentro do que é esperado, na perspectiva do que é esperado pela preceptoría</i>	Aprendizado na formação de preceptoría
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC1	<i>A gente que é do município conhece algumas pessoas, e aí a gente fica muito nessa coisa da articulação, eu não gosto muito de intervir no trabalho deles porque eu acho que... até porque eu tô muito aprendendo com os residentes, né, eles vêm com um gás tão grande, com uma vontade tão grande que aí são muito cheio de ideias, mas a gente enquanto preceptor fica muito nessa questão da articulação</i>	Papel de articulação da preceptoría mais do que intervenção no trabalho dos residentes. Preceptores aprendem com residentes.
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC5	<i>Eu sabia que seria preceptora, mas na verdade não sabia como seria minha atuação, sabia que tinha de sair da saúde da família, da equipe pela qual era responsável, para dedicar minhas 40 horas semanais à residência. Eu gosto muito dessa parte da educação. Eu já sabia qual era a resposta, mas pedi para pensar, embora já soubesse que iria aceitar. Veio o primeiro contato e, assim, foi um desafio muito grande em todos os sentidos, tanto pessoal como profissional. Estaria</i>	Sentimentos e impressões sobre o início da caminhada da preceptoría

		<p>vindo para a gente uma categoria multiprofissional, que iríamos favorecer a integração deles no serviço e no aprendizado. Além dos residentes, tinham profissionais que já faziam parte daquele serviço. Eu estava vindo de outra AVISA, aqui é dividida a área de vigilância à saúde, são territórios. A residência iria acontecer em outra AVISA que eu desconhecia, embora tivesse feito parte de outro território. Tanto a descoberta seria para os residentes, como seria para mim, além do trabalho com os profissionais que faziam parte daquele território. Exigiu de mim muita articulação, negociação, mediação, como também às vezes recuo. Algumas vezes, eu me deparava muito com meu núcleo profissional, porque tinha propriedade para falar enquanto enfermeira, mas tinha que recuar, porque minha atuação aqui não é como enfermeira da estratégia, é como preceptora de campo. Tinha que agregar todos os núcleos profissionais e conduzir tudo da melhor maneira possível. Está sendo, na verdade, uma experiência muito boa, por estar ficando com a terceira turma aqui no município. Concluímos a primeira e estou ficando com a terceira turma. É uma experiência muito boa, que valeu muito a pena, porque o aprendizado e o amadurecimento foram ímpares em todos os sentidos e acho que mais do que tudo isso, pessoalmente, sou outra pessoa depois da residência.</p>	
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC5	<p>A preceptoria, por trás dos bastidores, facilita que as coisas aconteçam. Se há algum problema de estrutura física na unidade, o que a gente pode fazer para articular esse acesso de outra maneira em outro lugar? Estou lá articulando com uma pessoa responsável para que isso aconteça. Muitas vezes, eu não delegava isso para outra pessoa, acho que era meu papel ou talvez confiasse que alguém conseguiria resolver, então preferia eu mesma ir lá conferir para saber como acontecer.</p>	Papel de articulação da preceptoria.
Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC2	<p>Quando eu fui convidada pra ser preceptora, foi tudo muito novo, a gente não tinha experiência como tem hoje. Foi assim um momento muito difícil e duvidoso pra gente aceitar o convite, e não saber o que iríamos fazer como preceptor. Era novo ainda a primeira turma. Eu fui convidada pra ser inicialmente de núcleo. Ninguém realmente do município sabia o que era ser um preceptor de núcleo de categoria da fisioterapia da primeira turma. Aí fomos convidados a fazer a habilitação lá na ESP. Então fomos e depois demos continuidade as formações que a ESP disponibilizava pra gente que discutiu muito o que seria o preceptor, qual seria nosso papel, a finalidade do nosso papel de preceptor. E assim com o apoio do grupo como um todo, da gestão, da nossa articuladora todo mundo estava muito presente muito empenhando na RIS no município, conseguimos superar desafios e limites. Temos o apoio da gestão também pra nós deslocar pra Fortaleza para os módulos presenciais.</p>	No início não sabia direito o que era preceptoria, mas nas idas à ESP foi se apropriando do papel. A gestão municipal deu apoio para descolamento até fortaleza.

Ser preceptor: a delícia e a dor	PREC2	<i>Nós somos contratados só pra fazer essa função de preceptor eu consegui acompanhá-los até o território, a gente conseguia fazer e articular o que realmente precisava ajudar nessa integração da equipe, apresentar algum profissional quando tiver necessidade, fazer essa articulação tanto com a equipe, quanto a gestão, a atenção básica, a gente estava sempre nessa intenção. Até nós conflitos tínhamos que nos intrometer.</i>	Preceptores contratados para exercer essa função: mediando conflitos, articulando equipes e gestão, integração.
----------------------------------	-------	--	---

### Matriz de categorização entrevistas do grupo de Residentes

Categoria	Código Sujeito	Extratos de fala	Notas de análise
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	RES4	<i>A gente sempre tinha os momentos de sentar, de avaliar, de olhar os indicadores, de perceber quais eram as necessidades do território, da população. A partir desses indicadores a gente tinha essa preocupação de responder as demandas de cada território, dialogando tanto com os usuários como com os profissionais: as ACSs, as equipes de Saúde da Família, então eu vejo que sim, que a gente teve essa preocupação, esse compromisso sanitário.</i>	Ações da residência contextualizadas com os indicadores, as necessidades da população
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	RES4	<i>Em algum momento nós fizemos o trabalho de educação permanente com as agentes de saúde com alguns temas: acolhimento, humanização, atenção integral. Foi muito bom pra elas ampliarem essa visão, porque elas lembravam só das ações delas: eu tenho que lembrar das vacinas, tenho que fazer a visita ao hipertenso, avisar de alguma consulta; elas ficavam focadas em suas atividades específicas e as vezes não identificavam algumas questões dos usuários que poderiam estar orientando e encaminhando até os profissionais, até a nossa equipe de saúde da família.</i>	Educação permanente com os acs ampliando a visão sobre o trabalho da ESF.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	RES4	<i>Eu vejo a residência como uma grande potencia, porque na faculdade nós não saíamos totalmente preparados para o SUS, muitas vezes as faculdades são muito voltadas pra serviços particulares e principalmente a questão da multidisciplinaridade que precisa ser trabalhado continuamente, a educação permanente. A residência ela é um processo de educação permanente. Eu acredito que deveria ser mais valorizado que após concluirmos a residência que a gente tivesse algo que nos diferenciássemos dos demais, ou uma prova de título ou uma garantia de que em concurso sua vaga estaria ali reservada enquanto você terminasse a residência. A gente não tem nenhuma garantia, claro o aprendizado é imenso, as vivencias são intensas, é uma carga horária muito extensa, a formação é muito boa, mas poderia ter esse diferencial mais concreto na hora de um concurso, na hora de uma prova de título no mercado de trabalho em si.</i>	Residência fortalece a formação de graduação que é muito voltado para o setor privado e não trabalha multiprofissionalidade. Desafio de valorização do egresso.

A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	RES1	<i>essas metodologias que a Escola nos repassa ajudam muito a gente como residente e agora também como fazemos parte do grupo do NASF, é... dá pra dá um apoio pra eles, não é, porque quando a gente trabalha junto com alguns profissionais que são do município, que eles têm o conhecimento do trabalho do NASF, trabalharam muito tempo no NASF, mas quando a gente faz outra metodologia pra dentro do NASF eles aceitam, né, a gente começa a criar grupos, que são focais, né, que são os grupos de homens, de gestantes, essas coisas, mas também o grupo geral que a gente distribui, né, nos postos quando faz “Sala de Espera”, que aí são varias temáticas do dia-a-dia</i>	Utilização de metodologias passadas pela escola. Apoio metodológico para o NASF, criando grupos.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	RES7	<i>Mas eu me surpreendi pelo fato de ser uma área que eu me identifiquei durante a residência e também uma área que a gente na graduação não se estuda muito, né? A gente tem até a disciplina de saúde pública, mas nada comparado à vivência da residência. Então assim, foram dois anos muito bons, diante de uma realidade realmente de extrema carência, trabalhando com pessoas que precisam realmente de você, que precisam realmente da sua ajuda. Sair daquele campo da nutrição mais estética e volta mesmo pra questão de cuidar das pessoas, de prevenir doenças.</i>	Residência traz uma imersão na saúde pública que a graduação não dá conta.
A espiral da Educação Permanente movimentando a ESF	RES7	<i>as práticas desenvolvidas na residência como formação de grupos, como a questão de trabalhos com a comunidade, de visita domiciliar, de atendimento compartilhado... Essas práticas eu adquiri na residência. Porque a gente tem muito aquela questão mais ambulatorial. Tanto que você vem querendo atender, atender, atender, clínica, clínica, clínica... Quando você vê você vai mais pro trabalho mais comunitário, mais em grupo, até mesmo multiprofissional.</i>	Na residência o trabalho é de base mais comunitário, diferente da formação dos profissionais que é mais clínica.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES4	<i>A questão dos prédios, a gente vê que tem mais de uma equipe de saúde da família em um prédio e muitas vezes não tinha espaço pra todo mundo atender, nós mesmo tínhamos que nos organizar dentro dessas condições, tinha que ver qual era o dia que o médico não ia atender ou o enfermeiro e aí a gente organizava a nossa agenda. Material de trabalho pra campanhas e educação em saúde a gente tinha muita dificuldade, não era tão acessível, carro pra visita, hoje o município conta com um carro pra 5 NASF, então não é suficiente.</i>	Dificuldades estruturais: prédios, falta de salas pra atender, falta material de campanha, carro...
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES4	<i>A rede especializada ainda deixa muito a desejar, as vezes a gente tem um monte de demanda pra determinado serviço e aí demora a dar resposta pra população. Se você faz uma campanha de saúde do homem contra o câncer de próstata por exemplo, se só tem um exame por PSF, como é que a gente vai divulgar, incentivar as pessoas a fazerem a se cuidarem a se examinarem se o município não dispõe daquele especialista em quantidade suficiente, varias coisas desse tipo que dificultam o nosso trabalho. Os exames básicos, os hemogramas também não têm em quantidade suficiente. A gente escuta muitas queixas da população, e eles acabam descreditando no nosso trabalho. A gente está ali na ponta, a gente faz os encaminhamentos necessários, mas na hora de realizar um exame, de ter uma consulta especializada “embarra”.</i>	Dificuldade de resolutividade na rede especializada.

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES1	<i>Os desafios, é como eu citei antes, é você organizar o seu trabalho e não poder desenvolver por causa de motivos de não ter carro, ou que faltou um material aqui, um material acolá atrapalhou o desenvolvimento das atividades justamente... mês passado a gente só fez 40% das nossas visitas domiciliares porque não tinha carro</i>	Desafio: falta transporte e eventualmente falta material
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES7	<i>E a gente trabalha, basicamente na residência a gente trabalha com essas questões: formação de grupos, trabalhos com a comunidade, não só na unidade, trabalha bem voltado mesmo pra área que a gente tava atuando. Então é basicamente essas vivências. Claro que tem algumas dificuldades, né? Porque todo processo tem as dificuldades. De conhecer aquela comunidade, de você às vezes investir um trabalho naquela comunidade e por algum motivo não deu certo... Você também tem que ter um apoio muito grande da gestão municipal, porque senão essas práticas ficam inviáveis, porque muitos gestores visam mais a questão mesmo de produção, a questão clínica, né?</i>	Trabalho da residência é mais voltado para grupos, comunidade. Dificuldades: investir na comunidade e o trabalho não da certo. Necessário apoio da gestão
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES7	<i>o desafio maior é a própria população entender que também não é só cura, cura, cura, que tem que ser trabalhado prevenção. E outro desafio grande também é a própria população ver que o trabalho em grupo também é muito eficaz. Porque às vezes são formados grupos e os grupos não conseguem dar continuidade, porque muitas vezes a pessoa entende que o grupo não é uma coisa que resolva o problema dela naquele momento. E também o desafio é porque quando sai a residência sempre fica... quando sai do território, sempre fica com déficit de algum profissional naquela unidade. Então o trabalho em alguns territórios se quebra por parte de alguma categoria profissional.</i>	O maior desafio é a conscientização da população para a prevenção. No fim do parágrafo ela pontua problemas estruturais e de gestão, mas que conseguem superar.
Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES2	<i>vão questionar, é importante a parte teórica é, é sim, mais também você tem que falar sobre suas experiências e tudo. Ah, mas é bom você ter módulos sim, mas voltado para aquela área saúde mental, saúde da família. Com relação ao município que da essa estrutura tem o PSF e no início foi um pouco difícil, a gente ficava numa casa, era bem desestruturada e foi bem difícil, mais ai depois a gente está numa de estrutura bem melhor e deu como se fosse ponto positivo, porque no início para fazer prevenção não tinha água, a casa era toda cheia de buraco, e foi bem difícil no meu início no PSF, mais depois que a gente mudou melhorou, só que isso não vai interferir no atendimento, claro por que lá já era adoecedor, as salas super pequenas e super fechadas assim era bem o próprio PSF, não parecia ser um promovedor de saúde, mas enfim deu certo, a gente estar em uma estrutura muito boa e tá dando muito certo.</i>	A parte teórica é um pouco repetitiva. Devia haver mais discussão das vivências. Outra dificuldade: no início o local do PSF era adoecedor, inapropriado.

Desafios para a interiorização da residência multiprofissional	RES2	<i>a residência ela foi um impacto muito grande e está sendo tanto na minha vida pessoal como na profissional, assim eu avalio como muito positivo mesmo, e o local de trabalho a gente tem as estruturas, as redes funcionam, mas claro que as angustias e muitas coisas assim vem por conta do município as vezes muitos estão desestimulados e a gestão ela cobra muito assim em questão de supérfluas fúteis que realmente não ver o trabalho da gente, não ver as coisas que realmente são importantes, coisas bestas que as vezes eles tem como uma relevância enorme, mais enfim as vezes é desestimulantes, é tudo mais continuo os trabalhos.</i>	Crescimento pessoal e profissional através da residência. Profissionais da rede que às vezes ficam desestimulados por questões de cobrança da gestão.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES4	<i>A questão do trabalho interdisciplinar, multidisciplinar que é algo bem difícil, até essa relação com outros equipamentos públicos do território, a questão da visita domiciliar, do atendimento compartilhado, da realização de grupos temáticos ou grupos com algum foco seja grupos de idosos, grupo de mulheres, de crianças. Conhecimento sobre matriciamento, sobre os apoios, tipos de apoio: institucional, matricial, comunitário, territorial; que foi bem importante pra embasar as nossas ações para além da assistência, porque o que a gente percebia era que era comum o NASF focando muito na assistência e esses outros eixos sendo deixados de lado. Então a gente buscou trabalhar mais essas outras questões a nível territorial.</i>	Fortalecimento da ESF: ações de base mais territorial e problematização das práticas assistenciais do NASF
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES4	<i>Era muito bom, a gente tinha um bom diálogo com eles, sentiam-se seguros em nos procurar por encaminhamento ou não, se nos víamos no posto de saúde passando ali ou na hora da visita vem até nós pra perguntar alguma coisa, alguns conselhos a gente conseguia reativar, isso era muito bom porque a gente estimulava a participação social, o controle social e orientávamos os meios deles estarem cobrando os direitos deles. Eu avalio que a gente teve uma boa vinculação.</i>	Vínculo com a comunidade, fortalecendo controle social.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES4	<i>a população nem todos sabem o que é o NASF, como é que nós trabalhamos e quais as categorias profissionais que tinha no NASF. Então isso foi algo que a gente buscou divulgar bastante. Nos estágios em rede e intersetorial nós sempre levávamos o nome do NASF o quê que ele faz. E o NASF ele veio pra isso, pra ampliar esse acesso, trazer outras especialidades pra atenção básica.</i>	Fortalecimento do NASF, ampliação do acesso de outras categorias na atenção básica.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES4	<i>ações integradas entre os NASF e a gente sempre buscou estar em contato com os outros NASF do município pra até estar estudando com eles e alinhando o nosso pensamento e a nossa atuação enquanto NASF. Divulgando entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que ainda não estavam muito a par do que seria esse trabalho do NASF.</i>	Integração entre NASFs, fortalecimento da estratégia nasf, o que faz o nasf.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES1	<i>o Apoio Matricial, a gente trabalha também muito com o pessoal da equipe de saúde mental, às vezes a gente transforma o nosso grupo de dentro da Unidade Básica, transporta lá pro CAPS pra fazer aquela interação, né, pra quebrar aqueles paradigmas de que o CAPS é só um ambiente que só cura aquele momento de loucura. Não. O CAPS é um ambiente que pode ser trabalhado qualquer tipo de grupos lá dentro, e é um desses que diferencia muito, né, do trabalho do NASF hoje</i>	Interação entre atenção primária e rede de saúde mental, buscando quebrar preconceitos e aproximar usuários de ambos os serviços. Aqui a residente fala que esse seria outra forma de apoio matricial que eles

		<i>em dia.</i>	trabalharam na residência.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES1	<i>quando a gente aumentou o numero de NASF pra três, a gente pode abranger mais o numero de pacientes que precisavam do cuidado, né, aqueles que precisavam mais de visitas domiciliares atendemos mais visitas domiciliares, não ficou assim uma coisa paliativa né, que só ia pra ver o que era o problema e depois passava muito tempo pra ter o retorno. Não, a gente tem o retorno. Tem o primeiro contato, depois tem o retorno, até três retornos a gente tem com aquele paciente, se for um paciente de continuidade aí a gente faz, senão a gente dá alta.</i>	Com o aumento de equipes aumentou também a atenção aos usuários, com retornos e solução de problemas.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES1	<i>no começo era assim: “Você sabe o que é o NASF? Qual o trabalho do NASF” Aí ninguém dizia: “Não, não conheço”, aí agora já tá mudando o perfil, quando a gente chega num grupo, ou de gestante ou grupo de idosos, o grupo da Atenção Básica, a gente pergunta se eles já conhecem o que é o NASF, né, aí muitos levantam a mão e diz, né: “É vocês que ajudam no posto”, “Vocês que contribuem com o posto, fazer as visitas, fazer grupo”. Tá mudando muito a visão do NASF, porque antigamente o pessoal não sabia o que era o trabalho do NASF aqui no município, assim, não vou dizer que tá 100%, mas uns 65% de conhecimento eu acho que estão.</i>	Fortalecimento do NASF. Os usuários começam a perceber novos profissionais e passam a identificar o serviço do nasf.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>Pelo fato dela ser multiprofissional, você acaba até às vezes esquecendo, esquecendo assim entre aspas que a gente diz, a sua formação. Você passa a ser uma pessoa que tá trabalhando em prol da saúde da família. Qual a sua categoria? Ah, eu sou nutricionista, mas inicialmente você tá ali como grupo de profissionais da saúde, independente da sua categoria. Tanto que é muito bom esse trabalho, porque a gente se torna um pouco, a gente sabe falar um pouco de enfermagem, a gente acaba aprendendo a falar um pouco de psicologia, eles aprendem um pouco. Fica bem multiprofissional mesmo. Não é porque eu sou nutricionista que só eu posso dar uma palestra sobre alimentação saudável. A gente acaba tendo essas trocas.</i>	Multiprofissionalidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>a gente tentou se engajar ao máximo na equipe, justamente pra esse trabalho ter a continuidade. Porque na residência como tem os módulos e tem a nossa vivência diferenciada, a gente sabe como tem outro tipo até de atuação. E a gente tentou passar. Tanto que na equipe que a gente tava não se diferenciava residentes e profissionais, todo mundo era profissional da unidade. E a gente assim... tentou ao máximo se engajar também nessa equipe. E os trabalhos que foram desenvolvidos na época da primeira turma, eles continuam.</i>	Continuidade do cuidado.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>Eu acho que a gente fez um bom trabalho em relação ao vínculo comunitário. Até porque a gente não tinha uma estrutura pra todos os profissionais a gente acabou tendo que usar igreja, acabou tendo que ir pra escola, ir pra praça... então ficou bem... fortaleceu esse vínculo. E em relação a questão das ferramentas, da metodologia mesmo da escola, todo módulo além da atividade a gente tentou manter, os projetos terapêuticos... muitos dos residentes estavam na terapia comunitária, isso também aumentou o vínculo.</i>	A falta de estrutura para atendimentos na unidade de saúde acabou ajudando o vínculo comunitários, pois tiveram que utilizar outros espaços. Aponta também a formação em terapia comunitária oferecida pela ESP

			como importante na vinculação com os usuários.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>Primeiro o fato de alguns profissionais não existirem na unidade, já fez com que o acesso melhorasse, porque, por exemplo: profissional psicólogo, nutricionista, eles eram centralizados em determinada unidade, ou então poucos profissionais pra quantidade de unidades que nós temos. Então um dos fatos que ajudaram a população a vir à unidade, em relação à Nutrição, foi o fato de a unidade não ter nutricionista e passar a ter. Então em relação à Nutrição isso foi bem visível. Nutrição e Psicologia a comunidade já teve uma aceitação rápida. Aqui a questão da enfermagem duplicou o número de enfermeiros, porque na nossa turma tinha bastante enfermeiros. Mesmo a enfermeira da unidade sendo uma enfermeira que passou na residência, isso já facilitou também a questão do acesso. Ela era enfermeira da unidade há bastante tempo, desde a época da fundação, e ela passou na residência continuando no mesmo território.</i>	Melhoria do acesso através da inserção de outras categorias no saúde da família, bem como o aumento do número de enfermeiros. Outro ponto importante é que a enfermeira que fundou a unidade agora estava como residente, ajudando a equipe a vincular com a comunidade.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>uma pessoa que vem ser atendida pela enfermagem, que naquele momento estava necessitando de um atendimento psicológico, um atendimento nutricional ele conseguia na própria unidade. Então eu entendo que a comunidade dos territórios que tinha residência conseguiu trabalhar de forma mais integral, não de forma como se tivesse partido, ah você vai ser encaminhado... e como a gente tinha os prontuários, a gente conseguia ver as prescrições médicas, de enfermagem, a gente conseguia marcar um atendimento compartilhado, a gente conseguia trabalhar aquela pessoa de maneira integral, sem quebras.</i>	Residência contribui para a integralidade quando insere outros profissionais na ESF
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>na medida que um psicólogo via uma pessoa com algum problema, algum transtorno e que naquela consulta ele identificava uma obesidade, identificava algum uso excessivo de algum alimento ele já lembrava, já encaminhava pra própria unidade, ou então chamava ao consultório e marcava uma consulta compartilhada, e ali a gente já conseguia trabalhar aquela pessoa na própria unidade de forma integral. Eu como nutricionista não conseguia ver aquela pessoa só como gorda ou magra, como obesa ou desnutrida. A gente conseguia ver... isso foi a residência também que proporcionou. A gente consegue ver além disso. Não é apenas um encaminhamento ao psicólogo, um encaminhamento ao médico. A gente sentava e discutia o problema, ah como é que a gente vai poder intervir naquela pessoa? Ela tem esses, tá com esses problemas e nós precisamos desses e desses profissionais... a gente tentava discutir a pessoa, não só aquele sintoma porque ela procurou o posto. Então a residência realmente veio proporcionar isso.</i>	Ainda sobre integralidade, percebendo o sujeito como pessoa e não como sintoma

Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>O trabalho interprofissional em relação aos projetos nas escolas, em relação aos projetos que o município tem no seu plano, em relação aos projetos que a própria residência trouxe ao território, a gente trabalhava sempre com a questão do interprofissional. Num era um grupo da Nutrição, da psicóloga, a gente trabalhava bem de forma integrada. E isso acontecia tanto com os profissionais da residência, quanto com os profissionais da unidade.</i>	Interprofissionalidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES7	<i>As ações de prevenção na comunidade e o trabalho mais integral dos usuários. Porque saiu mais dos consultórios e saiu daquela visão mais curativa, até por parte do profissional médico a gente teve alguns avanços.</i>	Considera avanço trabalhar mais a prevenção
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES6	<i>a gente tem uma equipe multiprofissional, a gente tem aqui assistente social, tem fisioterapeuta, tem psicólogo... Então esses profissionais contribuem muito, porque quando eu realizo uma consulta compartilhada, eu tenho ali a participação daquele outro profissional com o seu conhecimento. Então a gente está atingindo aquela paciente na sua integralidade.</i>	Consultas compartilhadas trazendo integralidade
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES2	<i>Com relação essa responsabilidade e a gente realmente fez essas territorialização com os compromissos, com os programas, os hiperdia, a prevenção ginecológica, atendimento a criança e ao idoso, a gente também participa de mutirões.</i>	Responsabilidade sanitária a partir da territorialização e programas.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES2	<i>A gente tá com um vínculo bem intenso na comunidade principalmente porque, como a nossa equipe ela é bem reduzida, a saúde da família, são duas enfermeiras e a gente não fica no mesmo PSF, no mesmo território a gente fica separadas, e a gente tem um fisioterapeuta e uma assistente social. Mas mesmo assim após a divisão do pessoal da saúde mental, a gente trabalha de forma bem integrada e isso contribuiu muito, a gente faz muitas visitas domiciliares, a questão do matriciamento, atendimento em conjunto, isso é muito forte no território.</i>	Desenvolveram um bom vínculo com a comunidade pois a equipe é pequena. Também aponta um bom vínculo entre equipes e integração com a saúde mental.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES2	<i>a sala de espera ela da esse espaço esse momento pra gente falar justamente isso que o PSF ele não é somente o local pra você ir lá e se consultar e receber uma receita, mais assim a gente escuta: há eu só venho quando estou doente, eu falo: não, não é assim, o PSF é um local de cuidar da saúde e de prevenção. Assim a gente sempre estar nas escolas, nas salas de espera, é em turnos noturnos que a gente sempre coloca isso. Até as vezes o profissional do PSF também pensar como se aquele lugar fosse só pra consulta ou pra doente mesmo, e não é, então eu friso muito, eu bato muito nesta tecla com os profissionais da unidade quanto a esse posicionamento.</i>	Sala de espera como espaço de comunicação e promoção de saúde. O PSF promove saúde e alguns usuários e profissionais ainda pensam que é local de doente.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES2	<i>A partir da territorialização, a partir das consultas, a partir das salas de espera, a partir da educação permanente que a gente tem, a saúde mental ela faz essa educação permanente nos territórios né, ao qual elas ficam e a gente discutir muito estudo de casos e isso fortalece muito.</i>	Ferramentas utilizadas pela residência que fortaleceram a visão de integralidade da saúde. Novamente fala sobre integração com a saúde mental.

Fortalecimento dos princípios da ESF	RES2	<i>a enfermeira é muito aberta sempre, tudo aquilo que a gente colocava ela sempre aceitou e aceita é uma pessoa bem acolhedora, e assim o impacto que foi muito grande, por que hoje a equipe é muito boa, a gente trabalha de forma bem integrada a ACS, os técnicos, os enfermeiros, os médicos é muito boa e melhorou muito.</i>	Integração do trabalho dos profissionais da unidade.
Fortalecimento dos princípios da ESF	RES2	<i>muitas vezes não só encaminho como participo do momento, eu marco um dia onde eu já fiz aquela escuta anteriormente e a gente faz esse atendimento em conjunto.</i>	Integração com saúde mental
Inovação tecnológica	RES4	<i>Tivemos alguns grupos inovadores como o grupo de mulheres de terapia comunitária em uma unidade de saúde, que a gente trabalhava com transtornos mentais leves: ansiedade, depressão, questões familiares. Trabalhamos terapia comunitária com profissionais com algumas equipes. A questão do fortalecimento dos grupos dos programas de Saúde da Família: idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes. Matriciamento entre saúde mental e saúde da família iniciou nessa época e vem tendo continuidade no município. As ações dos conselhos que estavam bem fragilizados, reativou alguns e que continuam até hoje.</i>	Surgimento e fortalecimento de grupos.
Inovação tecnológica	RES1	<i>projeto "Por amor à vila", que é um projeto com adolescentes de uma comunidade carente onde a gente trabalha, justamente aonde a gente vai agora a tarde, que trabalha com adolescentes. Quem tá mais a frente desse grupo hoje é a psicóloga, que tá no eletivo. E hoje a gente tá dando um apoio, porque ela trabalha a música, mas a gente já fez tipo festival, nessa comunidade com esse mesmo grupo, onde foi envolvida toda a comunidade</i>	Projeto com adolescentes surgido em parceria entre nasf e residência.
Inovação tecnológica	RES7	<i>a gente desenvolveu um projeto em cima do PSE (Projeto Saúde na Escola). Porque o PSE, o cuidado maior dele, no nosso município, é com a questão antropométrica, avaliação nutricional daquela criança. A gente veio com uma proposta de ter um cuidado não só das crianças. A gente teve o projeto "Mais Educação" que visava a questão do trabalhador da escola, dos professores, a questão das famílias, a questão não só nutricional daquela criança, mas a questão social. Então ele veio pra somar, esse projeto.</i>	Incremento aos trabalhos do PSE
Inovação tecnológica	RES6	<i>A gente desenvolve vários projetos e grupos, acho que o que mais merece reconhecimento é o Ressoar. Ele se dá pela prática da promoção da saúde através do Pilates. A gente chama também de Pilates SUS. A gente chama pessoas que têm necessidades pra fazer exercício pra realizar essa atividade, que é uma atividade que é elitizada, que a gente tá oferecendo com nossa fisioterapeuta.</i>	Nova tecnologia desenvolvida pela fisioterapia.
Inovação tecnológica	RES2	<i>o PSF o qual eu comecei não tinha a puericultura, não tinha essa prática da puericultura. Então eu realmente coloquei e fiz agendamento e hoje tem a puericultura as mães elas aparecem sim no PSF para fazer a puericultura, até hoje assim a enfermeira realmente da unidade, eu xinguei e tudo pra ela também fazer, porque assim eu sou responsável por duas micros áreas então eu faço tudo com agendamento, da puericultura, eu considero sim uma atividade inovadora, por que não tinha puericultura.</i>	Implantação da puericultura

Inovação tecnológica	RES2	<i>O turno noturno também não tinha, então eu comecei também fazer e continuo, e as vezes não tem atendimento médico, não é porque não vai ter atendimento médico que não vai ter atendimento da enfermagem, e juntos com os demais residentes eles fazem os grupo de famílias, eu faço a prevenções e as orientações do turno noturno mais eu não deixo de fazer mensalmente.</i>	Implantação do terceiro turno
Inovação tecnológica	RES2	<i>O projeto que a gente inseriu foi tipo o programa doze por oito que é no grupo de idoso que a gente faz essa assistência lá. A gente vai pelo menos duas vezes ao mês verifica pressão, glicemia, faz sempre educação em saúde e está incluso em educação permanente com os residentes da saúde mental e também com o projeto de saúde na escola.</i>	Novos projetos: doze por oito
Inovação tecnológica	RES2	<i>A questão da educação em saúde, reunião de equipe, da puericultura, do turno noturno, do turno que a gente faz que é o terceiro turno que não tinha, e deixe me ver. Eu tenho que organizar o planejamento familiar, assim eu trabalho muito com a parte do agendamento, eu sempre vacinas, prevenção, eu sempre trabalho assim com agendamento, a criança vem eu já marco o próximo agendamento e dar certo.</i>	Novos projetos a partir da residência
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	RES4	<i>A equipe de saúde da família ainda tem muita resistência na realização dos grupos, apesar de que já vem mudando, mas eles não têm aquele comprometimento mesmo de que eles é que devem puxar e estar iniciando aqueles grupos, eles esperam muito do NASF, então esse é um desafio entre os profissionais também.</i>	Dificuldade da equipe realizar grupo, pois esperam muito do NASF
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	RES1	<i>o primeiro contato, quando a gente chega e explica o nosso trabalho, a utilização do prontuário médico, né, pra gente saber um pouco da história daquele paciente, porque muitos encaminhamentos eles não dizem assim: “encaminho fulano para o profissional tal, com essa necessidade, essa e aquela”. É não, o encaminhamento é: “encaminho o paciente tal para o NASF”. Ai primeiro aquele contato a gente vai saber qual é a demanda de qual profissional NASF é que necessita e a gente dá continuidade e através do prontuário quando a gente pega pra visita é que a gente vê que aquela pessoa foi sequelada de AVC, ou que aquela pessoa tem uma diabetes alta, ou que aquela pessoa tá sofrendo uma restrição financeira, aí através disso é que a gente pode saber.</i>	Dificuldade nos encaminhamentos das equipes de ESF para NASF.
Mudanças e tensões no cotidiano dos trabalhadores	RES7	<i>Eles já tinham um grupo de gestantes, mas a gente deu um apoio, deu um suporte. As campanhas de prevenção, principalmente outubro rosa, novembro azul... tiveram outra visão. Mudou completamente a forma de se fazer aquilo né? Não é mais só uma campanha. Ficou bem além disso. E as questões mesmo de visitas compartilhadas, a gente agora tem uma visão diferenciada, atendimento compartilhado ainda é feito pela unidade... Então assim a gente tenta... questão da busca ativa, estudo de caso também eles conseguem identificar, fazer um projeto...</i>	Ações que a residência potencializou na ESF

Ser preceptor: a delícia e a dor	RES4	<i>Então a gente teve alguns desentendimentos enquanto equipe e isso dificultou o trabalho, em alguns momentos a gente teve muita dificuldade. E isso esta sujeito a acontecer em qualquer equipe, então não é fácil, são pessoas diferentes, são categorias diferentes. Então pra alinhar um trabalho pra população que esta ali esperando uma resposta, esperando um atendimento a gente precisa cada vez mais trabalhar nesse aspecto. Eu acho que poderíamos ter tido um apoio maior nesse sentido por parte da tutoria, da preceptoria. Em alguns momentos eles nos deixaram um pouco sozinhos pra resolver essas questões e ai elas se prolongaram. A gente pensa assim são todos formados já, são adultos e eles podem resolver, mas quando tem alguém mediando isso pode se resolver de forma mais tranqüila e mais eficaz também.</i>	Desentendimentos da equipe deveriam ser mediados pelos docentes
Ser preceptor: a delícia e a dor	RES4	<i>Era um ponto bem delicado porque no inicio da nossa turma o quadro de preceptores ele era bem fragilizado, já no final do ultimo ano foi que foi estabelecido pelo município um incentivo, um apoio pra esses preceptores. Porem os preceptores eles não realizam só a atividade de preceptor. Em alguns casos eles não têm aquela carga horária definida, apesar de ter um incentivo financeiro, mas eles acabam utilizando o tempo com outras funções o que eles deveriam utilizar como preceptor. E ai não acompanha da forma como deveria. Muitos deles não estavam toda semana com a gente e quando estavam era em um turno e ai muita coisa acontecia que eles não presenciavam.</i>	No início da residência o quadro de preceptores era reduzido. Após o incentivo do município, mesmo assim os preceptores não destinavam a carga horária que deveriam, não conseguindo acompanhar o processo formativo.
Ser preceptor: a delícia e a dor	RES7	<i>Então eu basicamente não fui acompanhada, então em relação à preceptoria de núcleo eu fiquei assim muito a desejar. Pra compartilhar experiências, pra questão de levar pra gestão alguma demanda, porque querendo ou não o preceptor é esse vínculo também da gestão com o residente. E as questões também de discussão e casos.</i>	A falta do preceptor de núcleo e o entendimento sobre o fazer da preceptoria.
Ser preceptor: a delícia e a dor	RES7	<i>[...] a preceptoria de campo é fundamental pra você tá no território, pra você até ter essa acessibilidade. Porque como ele foi escolhido como preceptor de campo, é sinal de que ele conhece o território né? Então... a minha experiência com preceptor de campo foi excelente. Não tive nenhum problema em relação à isso. Ela conhecia muito bem o território, conseguia levar os residentes a essa questão de vínculo com a comunidade, de vínculo com a gestão, de vínculo com a própria equipe. Eu acho que foi uma das funções maiores, que nos ajudaram muito foi essa da preceptoria de campo.</i>	O fazer da preceptoria de campo
Ser preceptor: a delícia e a dor	RES7	<i>O tutor já é uma forma diferenciada, já é realmente uma pessoa que você consegue ir lá, tirar dúvidas e dizer o que tá acontecendo, como é que eu posso resolver um determinado caso, né? Já é bem uma questão mais assim, como se fosse entre aspas um professor, uma pessoa que você vai e busca.</i>	Compreensão sobre a tutoria
Ser preceptor: a delícia e a dor	RES6	<i>Eu acho riquíssimo porque eles já têm uma vivência na área, eles estão aqui pra nos dar suporte, assim como nós estamos aprendendo eu acredito que eles também.</i>	Reconhece a experiência da preceptoria como importante, mas

			considera que eles também aprendem com os residentes.
Ser preceptor: a delícia e a dor	RES2	<i>Às vezes não tem esse entendimento específico, e muitas vezes não participa realmente do fortalecimento da nossa produção do dia a dia, eu sinto falta sim, de realmente fortalecer e de geralmente estar acompanhando, de produzir junto comigo, mais assim a preceptoria de núcleo é tudo assim.</i>	Preceptor não participa muito da formação, pois não tem entendimento

### Matriz de categorização entrevistas do grupo de Trabalhadores de Saúde da Família

<b>Categoria</b>	<b>Código sujeito</b>	<b>Extratos de fala</b>	<b>Notas de análise</b>
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	G2	<i>Eu posso falar de mim como preceptora né, a nossa relação desde sempre foi muito boa, e a gente ver que sempre tem e as vezes acontece um desentendimento entre o preceptor, entre o residente, mais assim eu como preceptora até hoje nunca tive não, por que eu sou muito aberta então qualquer coisa que acontecer eu sempre falo com a minha residente, e se acontecer alguma coisa ela venha conversa comigo ela não var dizer a outro, e o que tiver que resolver a gente resolve</i>	Gerente também assume papel de preceptora. Compreende relação entre preceptores e residentes dialógica.
A espiral da educação permanente movimentando a ESF	G1	<i>Porque como residente a experiência pra mim foi muito rica, porque a gente entrou no serviço, conheceu o território, teve essa questão do período da territorialização que a gente conheceu todo o território que a gente estava se inserindo, isso é muito importante para o profissional, a divisão das microareas, a responsabilidades sobre essas microareas. Então a gente chegou pra ajudar o serviço, não só em questão da produção em si na unidade, mas no território porque quando é só uma enfermeira, só um médico, eles sofrem bastante porque não conseguem sair tanto da unidade e com a residência a gente consegue trabalhar junto com a enfermeira do serviço atendendo a demanda da população e também fazendo atividades de educação em saúde indo pra escola, indo pros grupos e equipamentos sociais que tem no território. Sendo que só uma, eu falo como enfermeira por ser minha categoria, sendo só uma enfermeira ela não consegue dar conta de ficar na unidade e conseguir sair da unidade pra ir pra esses outros locais.</i>	Gerente foi residente na primeira turma. Percebe que a residência contribui no aumento dos grupos e atendimentos por conta do aumento do número de profissionais, dividindo a demanda e as atividades.

A espiral da educação permanente movimentando a ESF	T3	<i>Eu acredito que pra comunidade serviu muito muito mesmo. Alguns até ainda perguntam por esses serviços ainda. Que a gente tem que dizer que infelizmente por enquanto não tem né? Facilitou demais. E eu acredito assim, pros residentes é muito importante ter esse contato com a saúde pública, conhecendo a realidade, conhecendo como é que vivem as pessoas realmente. Porque uma coisa é você estudar ali e não conhecer o que realmente acontece, as decepções, as angústias, as dificuldades, porque serviço público você sabe que é uma dificuldade né? Pra exames e tudo... Acho que é muito importante.</i>	Ressalta novamente a questão do vínculo construído com a comunidade, mas destaca a importância desse contato com a vida comunitária para a formação dos residentes. Entendendo a saúde pública como algo desenvolvido no local de moradia do usuário.
Desafios para a interiorização da residência	G2	<i>E eu acho assim no meu modo de ver que o residente tem uma bolsa federal, os preceptores eram também pra ter uma bolsa pra ser preceptor, por que muitas vezes eles são obrigados pela gestão por você não ser concursado e você ser preceptor muitas vezes sem ganhar nenhum incentivo, e tem o problema dos residentes que são de fora e muita gente que estão com a cabeça diferente e vai pro serviço e falta um carro e não tem como ir para a unidade e querendo ou não é muita gente envolvida e acaba gerando conflitos, você sabe cada que um pensa de uma maneira diferente.</i>	Desafio de incentivo para preceptoria
Desafios para a interiorização da residência	G5	<i>Potencialidades: a juventude, a garra, a coisa nova, que é bom e mexe com todo mundo. O PSF com o tempo vai caindo na mesmice, a gente vai esquecendo e, com isso, eles abriram muitos grupos. O desafio é a própria estrutura física, porque a gente se via dentro de uma unidade, uma estrutura que teve que se adaptar num passe de mágica a 8 pessoas diferentes e foi se dividindo. Uma parte foi para a escola, outra parte foi fazer visita, uma parte ia para outro posto e assim a gente foi se virando esse tempo todo, de dois anos.</i>	Potencialidade da residência: juventude traz transformação. Desafio: estrutura física.
Desafios para a interiorização da residência	G7	<i>Na primeira turma tivemos muitas dificuldades com a questão da falta de preceptores. A enfermagem foi prejudicada em alguns momentos por falta de profissionais que assumissem essa função. Nessa segunda turma em saúde da família, a gente percebe que não estão tendo essa dificuldade com os preceptores. A relação da gente com os preceptores é muito boa. A Veronica, preceptora de campo, a Bruna que é preceptora da enfermagem e os outros que trabalham aqui com a gente são fundamentais. Uma coisa que acho positiva é o preceptor de núcleo, como na fisioterapia, ela está também na unidade então tem mais como acompanhar o trabalho do residente sem ser só nas rodas, na tenda invertida. Em todos os momentos ela tá tendo oportunidade de observar e acompanhar.</i>	Dificuldades com preceptoria na primeira turma. Na segunda melhorou. Relação boa entre residentes e preceptores. Consideram positivo preceptor que trabalham na mesma unidade do residente, pois acompanha mais tempo.

Desafios para a interiorização da residência	G4	<i>Eu acho que o único ponto que se deve melhorar pra essas pessoas que estão entrando pra residência, é que elas têm que ter humildade, afinidade e saber que elas estão ali pra se adequar a uma realidade de uma comunidade. Porque muitas vezes acaba tendo atrito com a comunidade por chegar e causar um impacto de uma mudança pra aquelas pessoas que não estão acostumadas a seguir. E assim, assiduidade e compromisso, a experiência que eu tenho é que precisa melhorar.</i>	Residentes precisam ter mais humildade e compromisso, compreender a realidade que estão se inserindo.
Desafios para a interiorização da residência	G1	<i>Eu vejo uma dificuldade que desde eu comecei como residente tinha e as meninas estão sofrendo com isso também, por questão de estrutura física, eu falo na questão da enfermagem. Do NASF dos profissionais do NASF também tem essa dificuldade em relação ao transporte, pra eles conseguirem se deslocar pras unidades da zona rural fica difícil porque não tem.</i>	Dificuldades: estrutura física e falta de transporte
Desafios para a interiorização da residência	T6	<i>eu acho que o maior desafio é tirar a população de casa e levar ao posto de saúde, eu acho que esse aí é o maior desafio. Porque o pessoal está muito acostumado de qualquer dorzinha, de qualquer coisinha ir pra UPA, ir pro Hospital e antes de passar no posto de saúde, eu acho que isso aí é um grande desafio.</i>	Desafio: conscientizar a população da importância do posto de saúde
Desafios para a interiorização da residência	T4	<i>É porque assim, nós temos uma falta de enfermeiros muito grande no nosso PSF e de médicos também. Quando a gente está se acostumando com um e que está colocando tudo em ordem aí de repente aquele tem que sair e vir outro. Às vezes eu até digo assim que nosso PSF só é pra estagiários, primeiro emprego fica um pouquinho e quando dá três meses vai pra outro e vem outro. Inclusive agora a gente está com um enfermeiro muito bom, a gente está pedindo a ele que não saia, não saia. Que ele está começando a colocar em prática essas coisas que a gente tinha antes.</i>	Rotatividade de profissionais prejudica a continuidade da atenção e não se reduz somente à residência.
Desafios para a interiorização da residência	T4	<i>Na verdade nosso PSF é muito grande, não em termo de prédio porque só são duas casas que está sendo alugada agora no momento, mas 100% da comunidade está lá dentro todos os dias e pra um enfermeiro só é muito pesado. Ai a gente já teve uma enfermeira com os estagiários, eles só vão na parte da manhã e também só podem atender se o enfermeiro estiver presente. No caso também era os meninos, eles só podiam fazer uma coisa mais elevada se o preceptor estivesse presente.</i>	Dificuldade: área grande para poucos profissionais. Alguns procedimentos dos residentes só podiam acontecer na presença do preceptor
Desafios para a interiorização da residência	T4	<i>O ideal seria se tivesse quando terminasse uma equipe começasse outra, tanto seria bom a equipe, pra eles e também pra comunidade. Inclusive, principalmente pra nossa comunidade que é muito carente de tudo.</i>	Gostaria que ao concluir uma turma de residência iniciasse outra.
Desafios para a interiorização da residência	T3	<i>Eu acho que assim, o posto de saúde não tem assim muitas salas, pra que o profissional fique instalado. Talvez esse seja um dos. Acaba trabalhando meio que, sendo parceiro mesmo. Eles também não estão sempre, é alternado os dias que eles estão.</i>	Aponta dificuldade de infra-estrutura e os dias alternados da residência.

Desafios para a interiorização da residência	T3	<i>Existia também a limitação por parte dos residentes nos atendimentos também, porque eles também não podiam estar aqui o tempo inteiro. Essa parte aí eu acho que até já falei. Eles tinham uma limitação também.</i>	Residentes não ficavam o tempo todo.
Fortalecimento dos princípios da ESF	T2	<i>A grande importância do ACS é que a gente quando chega na casa do paciente a gente tem assim uma intimidade maior com ele né, um vínculo bem mais estreito, a gente chegando eles atende a gente bem e tudo e aí a gente passa para os residentes, tudo que o ACS tem e o vínculo que o ACS tem na casa deles a gente passa para os residentes, por que eles precisam dessa abertura.</i>	Importância do vínculo do ACS com a comunidade para a construção de vínculos entre comunidade e residência.
Fortalecimento dos princípios da ESF	T2	<i>A chegada da residência foi excelente sabe realmente a comunidade estava precisando, precisando desses profissionais, precisando do carinho deles, da atenção desses anos dos serviços deles, por que sabe que é muito difícil uma pessoa simples né, correr atrás de uma consulta, de um fisioterapeuta, de uma consulta, de um psicólogo, e você tendo no seu bairro é outra coisa</i>	Residência melhorou o acesso da população à outras especialidades no próprio local de moradia.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G2	<i>então esses grupos a gente sempre faz em parceria com eles, a gente quando precisa de outros profissionais a gente convida outros profissionais para participarem, e a gente nunca deixa eles ficarem sós, e manusear esses encontros sós. Sempre com auxílio meu ou da enfermeira ou da médica, e a gente envolve todos nessas ações. Começou a partir deles e foram eles que implantaram, mas sempre com o apoio de toda equipe e toda unidade da saúde da família.</i>	Atividades desenvolvidas pelos residentes tem participação também da equipe de ESF
Fortalecimento dos princípios da ESF	G2	<i>o número de atendimentos dobraram depois da residência e o usuário já reconhece a residente como enfermeira da unidade, então o usuário já chega lá, perguntando assim: eu quero ser atendido pela [residente], então já é uma forma de reconhecimento pra ela como residente, e melhorou bastante o atendimento.</i>	Com a chegada da residência aumentou o número e a qualidade dos atendimentos.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G3	<i>fez falta nessa parte de atendimento, de acolhimento, na parte também que ela fazia de educação em saúde muito boa, gostei demais, porque, você sabe que um posto desse com duas equipes, muitas famílias, pra duas enfermeiras é muito difícil. Então, elas duas só faziam somar. Gostei muito! Aí teve as meninas também, a psicóloga, a assistente social, as meninas tudinha, vieram tudo pra cá, aí tava muito bom!</i>	aponta que a chegada da residência tanto veio para suprir uma carência de profissionais, como para apoiar as equipes. Como exemplo disso ela apresenta ações de promoção à saúde potencializadas com a entrada da residência.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G3	<i>Porque assim, aqui são 11 agentes de saúde. A [residente 1] ficava com 2 do planalto, são dois postos, e a [residente2] ficava com 3 do outro posto. Só que a área da [residente1] que é o planalto 2, era mais complicada, muito mais famílias. Então ela era daquela que conhecia pelo nome, se envolvia mesmo com o paciente pra tentar resolver o problema dele.</i>	Envolvimento das residentes com os pacientes aumentando o vínculo e buscando maior resolutividade.

Fortalecimento dos princípios da ESF	G5	<i>começou com a RT, reterritorialização de todo o ambiente, em que são constatadas todas as crenças, as danças, tudo que existe na região e que vão de casa a casa, porta a porta. Com isso, foi melhorado muito, porque no caso, na minha visão, Santo Sátiro era uma unidade bastante pichada, porque era para ser um campo de futebol, acabou sendo uma unidade de saúde. Com isso, a comunidade era muito revoltada e, com a aproximação das residências, indo de porta em porta, casa a casa, elas foram tirando mais essa coisa de dizer... Posto de saúde é bom, vá lá, conheça, porque aqui tem, aparece para você, vai se identificando que é enfermeira, nutricionista, oferecendo todo o serviço dentro da unidade de saúde, dividindo toda a área com três enfermeiras, com uma que já existia, que era preceptora, quatro.</i>	A reterritorialização marcou a inserção da residência, pois foi fundamental na construção de vínculos.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G7	<i>A formação de grupos para trabalhar promoção da saúde é um desafio que a gente sabe que tem que ser feito mas ainda fazemos pouco. Temos grupos de gestantes, de saúde do trabalhador, mas temos que ter grupos de doenças crônicas de hipertensão, diabetes, idosos e tudo mais. Estamos com projetos aí. Uma coisa que avançou muito foi o trabalho em parceria com as escolas que não se restringem às ações prontas do PSE, mas de termos uma relação bem estreita com a educação, com os CRAS, para podermos trabalhar essas parcerias, junto com os grupos deles, de crianças, adolescentes, de mulheres, desenvolver o trabalho intersetorial, que também é um desafio.</i>	Avanços na intersetorialidade e desafio de formação de grupos de promoção de saúde.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G7	<i>para mim foi muito bom eles terem vindo pra cá porque podemos dar continuidade, conseguir melhorar esses processos de trabalho com os grupos. Eu acho que ao final dessa turma a gente vai ter fortalecido esse desafio e ter conseguido vencer esse desafio que é formar grupos, trabalhar em implementar para que realmente funcionem a todo vapor, deixar uma coisa bem estruturada para conseguir manter adiante.</i>	Aposta na residência para superar o desafio de criação de grupos de promoção de saúde.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G7	<i>Melhora muito porque antes a gente não tinha psicólogo, não tinha nutricionista e com a residência a gente tá proporcionando isso para essa população. Está sendo muito válido. Que venham novas turmas e que a gente consiga melhorar cada vez mais a questão do acesso e a qualidade do serviço para nossos usuários que é o objetivo principal.</i>	Melhoria do acesso e qualidade com a inserção de outras profissões.

Fortalecimento dos princípios da ESF	G4	<i>Na época em que eu trabalhei com residentes, a gente conseguiu dar uma assistência melhor àquelas pessoas que eram portadoras de Hanseníase, de Tuberculose e a gente conseguiu ter um maior acesso às pessoas que eram comunicantes. De certa forma a gente consegue trazer essas pessoas pra avaliar, se ela precisa de uma vacina, se ela precisava de uma consulta especializada pra avaliar a sua condição de saúde. A gente conseguiu trabalhar bem melhor grupos de idosos, grupos de gestantes, com ações de prevenção e promoção em saúde, de agravos à saúde. Nós tivemos mais condições de atender as demandas de pessoas portadoras de problemas de saúde mental, com acesso ao CRAS, com acesso à Assistência Social. Nós pudemos garantir melhor uma assistência às pessoas.</i>	Melhoria da assistência aos portadores de TB e HANS, grupos de idosos, gestantes, ações de promoção...
Fortalecimento dos princípios da ESF	G1	<i>Tem um grupo na comunidade que desde o início, desde a primeira turma a gente está e continuou com todas as turmas de residência estão fazendo parte desse grupo, fazendo atividades com a maioria idoso e a grande maioria também são mulheres. Ai todo mês vai a equipe fazer uma atividade lá ou a equipe do NASF ou a equipe de referência estão fazendo parte desse grupo mesmo. E em relação às atividades na escola e no CRAS, porque o CRAS tem os grupos lá e a participação da saúde, no caso da saúde da família, com uma parceria intersetorial.</i>	Atividades desenvolvidas pela residência: grupo de idosos. Grupo mensal com apoio dos profissionais da ESF, NASF e residência, por isso continuou, já que ficou um ano sem residência. Também destaca intersetorialidade com CRAS e educação.
Fortalecimento dos princípios da ESF	G1	<i>Os indicadores foram uma das melhorias e pra gestão isso é muito bom. E pra população eu vejo que melhorou a questão do atendimento, ampliou o acesso deles, ao invés de um profissional ficou 2, 3. Então pra eles isso é bom. E em relação aos grupos também da comunidade, da educação em saúde pra promover e ajudar na prevenção e não só na questão de curar, então isso melhorou também.</i>	Melhoria de indicadores, atendimentos, grupos
Fortalecimento dos princípios da ESF	T3	<i>Fisioterapia, também da mesma forma, a gente combinava uma visita, quando a gente achava que necessário e ela ia comigo até o endereço da pessoa. Até porque a gente conhecia o endereço, e conhecia tudo direitinho, como era mais ou menos a família e a gente meio que adiantava pra ela como era a situação, como é que vivia, como era o estado, a gente contava um pouco da história pra ir já preparada</i>	Visitas conjuntas com ACS, compartilhamento de casos.
Fortalecimento dos princípios da ESF	T3	<i>A gente não pode resolver tudo só, a gente depende das redes de contato pra estar dando suporte. Ai acaba que muitas vezes é demorado e você tem que dizer pra pessoa que é demorado mesmo. Aqueles profissionais ali pertinho e você já puder dar alguma solução, você estar levando, já podendo estar resolvendo alguma coisa.</i>	A residência apoia a equipe da ESF (o trabalho do ACS), ajuda na resolutividade dos problemas.

Inovação tecnológica	T2	<i>Houve a questão das reuniões com as gestantes que foi um projeto também feito pela residência né, que a reunião é mensalmente, essa questão do hiperdia e diabetes também tem o encontro com os profissionais mensalmente né, é o que tem mais, sim a saúde da escola na família não saúde da família na escola eles vão até a escola para instruir os alunos adolescentes né, passar palestras pra eles também, e houve uma interação muito grande com a escola e isso foi uma abertura ótima.</i>	Atividades desenvolvidas pelos residentes: grupo de gestantes, hiperdia, saúde na escola
Inovação tecnológica	T2	<i>Houve o mapeamento que eles fizeram aqui da área, esse mapeamento foi feito com os profissionais e os ACS e os profissionais da residência que é realmente pra gente conhecer direitinho toda a área com eles, e isso foi feito minuciosamente e foi feito aqui depois nós fomos pra áreas com eles, mostrar bem direitinho a área de cada um dá gente pra eles acompanhar a gente os profissionais.</i>	Instrumento implantado pela residência: mapeamento da área
Inovação tecnológica	T2	<i>é como eu falo uma vez por mês a gente tem essas atividades extras, e assim além do acompanhamento da busca ativa que a gente vai com todos os profissionais né, semanal com cada um, nós temos os eventos que é feito aqui por eles né, pelos idosos, até pro dia da criança também, que tem o dia da criança pra ela perder aquele medo da vacina sabe, eles fizeram este evento e fizeram a questão da busca ativa que eu falei né, que é muito importante para o hipertenso e diabético</i>	Atividades desenvolvidas pela residência junto com trabalhadores: busca ativa, eventos com idosos e crianças.
Inovação tecnológica	G2	<i>foi um grupo na escola que eles têm, os pais dos alunos eles também implementaram o grupo de gestantes no PSF, e terceiro turno, então uma vez por mês a gente tem o atendimento noturno que são com as pessoas que não conseguem ir para o PSF durante o dia trabalhadores, então nesse terceiro turno a médica atende, o enfermeiro atende o residente também atende e o grupo do NASF vem para ajudar a gente na sala de espera e nas palestras, e nesse terceiro turno os residentes implantaram o grupo de gestantes que funcionam a noite, por que as vezes a gente fazia um grupo pela manhã ou atarde e a demanda era pouco, por que as mães diziam que trabalhava e não tinha condições de ir para o posto para participar de uma palestra ou de oficinas durante o dia, então eles implementaram esse grupo de gestante durante a noite, então toda noite a gente tem esse grupo de gestante, a gente leva para sortear, tem lanches e todo mês a própria gestante escolhe a temática brindes a ser discutida no mês posterior.</i>	Ações desenvolvidas pelos residentes: atendimentos no terceiro turno, grupo de gestantes, grupo na escola com pais dos alunos. Destaque para as atividades noturnas.

Inovação tecnológica	G2	<i>Antes a nossa puericultura era feita centralizada, a gente tem um serviço aqui no [município] onde funcionavam as puericulturas da cidade. Depois que os residentes entraram a gente viu com eles a possibilidade da gente descentralizar essa puericultura, criar uma nova ficha e começar a atender essas crianças na própria unidade. Então isso já está sendo feito, a gente criou uma ficha juntos e estamos fazendo essa puericultura junto com eles e junto com os outros colegas. Sempre a gente procura no dia da puericultura convidar o fisioterapeuta, convidar a nutricionista, convidar outros integrantes do NASF, para fazer parte do atendimento.</i>	Residência cria novo protocolo de puericultura, descentralizando para ESF
Inovação tecnológica	G2	<i>nessas cidades pequenas o pessoal tem o mal costume de ir na unidade só pra pegar medicação, aí já pega a medicação para três meses e não aparece mais no posto, só quando a medicação acaba, então com a chegada dos residentes deu para gente rever essa situação, criar uma nova ficha do hiperdia e começar fazer esse grupo mensalmente com os idosos, tanto pacientes que tem hipertensão, como os que tem diabetes e foi assim uma vitória pra gente, por que agora eles estão frequentando muito mais a unidade de saúde como tem esse grupo aí o educador físico vai a nutricionista, vai e sempre tem palestra, tem atividades físicas, então eles estão se adaptando muito bem a esse hiperdia, a esse novo processo que foi implantado pelos residentes.</i>	Ações desenvolvidas pela residência: promoção da saúde no hiperdia, revisão de prontuários, grupo
Inovação tecnológica	G3	<i>Elas faziam muito grupo de gestantes, elas visitavam as creches, tinha problemas escolares né? Elas movimentavam muito o posto. Elas tentavam interagir de qualquer jeito, nas campanhas que vinham, porque tem as campanhas do outubro rosa... Tudinho elas interagem, mas projeto aqui dentro do posto mesmo foi mais elas andarem nas firmas, principalmente da construção civil, que tem muito aqui. Elas fazerem aquele programa do homem, que é muito importante.</i>	ações desenvolvidas e potencializadas pela residência, destacando atividades voltadas para gestantes, demandas educacionais e saúde do homem. Também ressalta a “iniciativa” por parte das residentes.
Inovação tecnológica	G5	<i>Com isso, na avaliação, houve diminuição da mortalidade infantil; na vacinação, elas faziam doutor da alegria, se fantasiavam de Mickey, não chamava só a criança, mas os pais que estavam lá, que nem sentiam se tinham filho ou não; distribuía pirulito, faziam várias brincadeiras na própria residência com os pais, os filhos, que eles nem sentiam. Era uma manhã de diversão. Formaram vários grupos que também sentiam muita falta, grupo de gestante, hipertenso, foi aberto grupo de fisioterapia, grupo do bem viver – com hipertensos de certa idade, senhoras acima de 60 anos hipertensas, que eles resgataram para esse grupo. Com isso, eles foram se firmando, estão fazendo falta, porque realmente criaram um vínculo com a comunidade muito grande.</i>	Melhoria de indicadores, ações inovadoras de promoção de saúde.
Inovação tecnológica	G7	<i>Trabalhamos a questão dos PTS, que é o projeto terapêutico singular, a questão dos atendimentos compartilhados, que foi uma coisa inovadora que até então a gente não fazia, estudos de caso e as ações integradas das equipes, um bebendo da fonte</i>	Novas ações desenvolvidas pela residência: PTS, atendimento compartilhados,

		<i>do outro.</i>	interprofissionalidade
Inovação tecnológica	G7	<i>A gente chegou a construir algumas coisas, como uma cartilha de saúde mental. Agora, protocolos não. A residência teve um diferencial aqui porque ela aconteceu simultaneamente com a planificação. Um diferencial muito bom dos residentes do [município 7] foi que eles participaram como facilitadores da planificação e enriqueceu muito as nossas atividades. Então com esse processo de planificação é que foram criados os protocolos de salas de vacina, protocolo de recepção que ainda estão em processo de implantação. Isso tudo foi muito positivo.</i>	Residentes criaram cartilha de saúde mental. Participaram como facilitadores do processo de planificação da atenção primária, que inseriu novos protocolos.
Inovação tecnológica	G1	<i>A gente até começou um de visita domiciliar, mas aí terminou que não continuou. Que era um instrumento que a gente tinha, devido a questões de algumas dificuldades de impressos e aí a gente continuou fazendo só no prontuário mesmo. Mas era um impresso que tinha de visita domiciliar pra poder fazer compartilhado. No mais a gente continuou, só a outra que teve, quando a gente chegou aqui não tinha o atendimento de puericultura. Era só fazer aquela visita puerperal, mas não tinha o fortalecimento da puericultura mesmo, de convidar a mãe, de trazer seu filho, vir pra o atendimento com a criança saudável. Então quando a gente chegou a gente conseguiu introduzir na agenda e no atendimento da unidade a puericultura, não tinha, não era fortalecido.</i>	Residência criou instrumento de visita domiciliar, porém não conseguiram avançar por dificuldade de impressos. No entanto conseguiram implantar o serviço de puericultura na atenção primária.
Inovação tecnológica	T3	<i>Acho que elas procuraram fazer uma pesquisa com nós, ACS's, sobre as situações de mais vulnerabilidades, onde tinham mais situação de risco e elas promoveram em alguns momentos palestras. Tem até um condomínio aqui perto que é bem assim perigoso, no sentido de droga mesmo, de gravidez, e elas promoveram palestras lá, em alguns locais que, locais onde fazia palestras, porque também não podia ser em qualquer canto, tinha que ser no caso numa praça ou uma quadra né. No caso dos condomínios foi viável por conta também do espaço que tinha. Fizeram também uma outra ação numa quadra, que outras colegas minhas participaram, medindo pressão, nutricionista sobre saúde também, foi bem legal.</i>	A residência se aproxima da comunidade a partir de ações de promoção de saúde no território e acaba fortalecendo os vínculos e disponibilizando novos serviços de outras categorias profissionais, contribuindo para a melhoria do acesso à saúde.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	T2	<i>a gente teve mais determinação no nosso trabalho, eu como ACS eu achei que eles faziam com que a gente corresse mais atrás sabe, conhecesse mais as famílias e também eles também, por que tanto a gente trazia eles e traziam as famílias para cá, como eles iam até as famílias né, e muito assim de acordo com o profissional de acordo tinha os dias que a gente ia fazer a visita com o fisioterapeuta, com a nutricionista e as enfermeiras, e sempre a gente ia fazer as visitas domiciliar principalmente com aquelas que mais precisava e que estava mais necessitada.</i>	Residentes trouxeram mais motivação para trabalhadores

Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G2	<i>Então a gente fez essa reunião, a gente sentou com os residentes, com a residente que está lá hoje e com os agentes de saúde e a gente resolveu dividir as micros áreas, para a residente ela ter responsabilidade por aquelas micros áreas, e não só a enfermeira da unidade ter a responsabilidade por ela e pelas micros áreas. Foi dividido duas micros áreas, e ficou de inteira responsabilidade da residente, e duas micros áreas ficou com a enfermeira da área.</i>	Enfermeira residente assume micros áreas, dividindo a demanda da enfermeira da ESF.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G2	<i>Então logo no início a gente fez os residentes com parceria com a gente, a gente fez uns grupos a noite nas comunidades as que a residência iria atuar como um teatro, então mostrando para a população o que a residência ia fazer para contribuir junto com o PSF naquela comunidade, então a gente convidou toda a população daquela comunidade, e durante a noite a gente foi pra lá, os residentes fizeram um teatro, mais assim se a gente fosse falar a residência é isso é um processo, então eles não iriam entender, então a gente resolveu fazer de forma de um teatro e todo mundo da comunidade soubesse o que aqueles residentes estavam fazendo lá, o que era que eles iriam fazer, as ações pra contribuir para o processo né, do PSF ai depois dessa apresentação que a gente trabalhou com a comunidade, fomos trabalhar com a equipe e mostrar a equipe que era a residência e o que a residência iria trazer e o que era que iria melhorar pra unidade depois da chegada dos residentes.</i>	No início houve sensibilização da comunidade e equipe sobre o que é a residência.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G3	<i>Lá tinha uma sala pra elas atenderem, elas duas. Mas só que como a demanda era muito grande, por exemplo, dia de hipertenso, colocava 7 pra uma e 7 pra outra, mas se eu marcasse 8, 9, 10, elas também não tinham do que reclamar. Então elas atendiam aqui na minha sala, a gente fazia de tudo pra elas atenderem. A gente já tem os programas, que é hipertenso e diabético, gestante, acompanhamento de crianças, planejamento familiar e elas faziam as visitas também. Por exemplo: um paciente pra fazer um curativo elas iam olhar, acompanhar mesmo as auxiliares fazendo os curativos. E a parte de educação em saúde também foi muito importante</i>	interesse das residentes em atender, acompanhar, desenvolver atividades, mesmo em condições adversas. Também ressalta como a equipe e gerente se organizam para garantir uma estrutura mínima para a execução do trabalho.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G5	<i>No início, foi uma experiência nova, porque era dentro de um centro de saúde, que chegaram oito profissionais de uma vez só, não tinha canto onde se adequar e todo mundo disse que não queria ficar, mas acabaram indo, tendo experiências novas que, hoje em dia, todo mundo está brigando para ter. Quando viram o resultado, agora todo mundo está querendo a residência. Com o selo UNICEF, a mortalidade infantil, o índice de vacinação, tudo melhorou, agora todo mundo está querendo. Como no início foi uma experiência nova, a gente teve que adaptar, no caso, as salas e a residente no dia em que os profissionais estavam nas visitas, para ter sala disponível para elas estarem lá. Com isso, foi todo um estudo, mas que acabou dando tudo certo, elas atuaram em 3 unidades.</i>	Inserção de 8 profissionais de uma vez em unidades pequenas. Tiveram que se reorganizar para a nova realidade, por exemplo: salas para atendimento de residentes nos dias das visitas.

Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G5	<i>Vamos treinar o desapego, porque você vai ter que dividir a sua equipe em três. Eram três enfermeiras. Você vai ter que treinar o desapego da comunidade, porque é uma equipe só, já estava acostumada com você e vai ter que dividir com três pessoas agora. Para hipertensos, gestantes, tudo vai ser passado por todas as três. Elas não vão mais vir para você, vão ficar com a residente. Foram criadas agendas diferentes, tudo individual. Elas se apossaram da área.</i>	Residentes assumem área, distribuindo mais o trabalho da enfermagem. Mexem também com o vínculo, criando novos e modificando o antigo.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G7	<i>A questão do trabalho em equipe, a questão da integração da equipe, o fortalecimento das ações em equipe, isso foi fundamental porque esse era um grande desafio, que era pegar uma equipe multiprofissional e trabalhar realmente de forma integrada.</i>	Melhorou trabalho em equipe, integração.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G7	<i>Tudo que era de proposta lançada a equipe acolhia e ia junto, então as ações você não sabia se eram da residência ou da equipe. Se a residência vinha com uma proposta, uma coisa inovadora, a gente abraçava a causa, dava as mãos e fazia tudo acontecer com sucesso. Isso foi muito legal! Em nenhum momento os residentes se sentiram residentes, eles eram parte da equipe.</i>	Residentes eram parte da equipe. Todas as propostas eram bem aceitas.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G7	<i>Se você for entrevistar os residentes daqui, pelo que vimos nos depoimentos da avaliação que fizemos da primeira turma, foi geral a questão do ganho e da receptividade do município, de se sentirem como funcionário do [município]. Todos os momentos, tudo que tinha, todos os cursos, os residentes eram convidados como qualquer profissional de saúde. Era todo mundo tratado no mesmo padrão e os residentes eram padrão ouro. O que agregou de mudança foi exatamente esse espírito de trabalho em equipe, de conseguirmos esse desafio de trabalhar em equipe, um participando do trabalho do outro. Não eu fazer meu trabalho de forma individualizada, mas fazer PTS, atendimentos compartilhados, discutir casos, esse foi o grande diferencial.</i>	Residentes como parte da equipe, trabalho compartilhado, discussão de caso, PTS.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G4	<i>Eu acho que eles contribuíram muito no acolhimento, na divisão de tarefas, sendo que a gente tinha mais profissional. Porque um profissional ele já sai da faculdade preparado pra trabalhar, só que muitas vezes ele não conhece a fundo a realidade do serviço, especificamente falando da atenção básica. Então, na divisão de tarefas, no acolhimento da população, quando você tem mais tempo pra trabalhar você tem mais recursos humanos você consegue desenvolver melhor as ações, você consegue dar mais atenção às pessoas que procuram o serviço de saúde.</i>	Melhoria do acolhimento, pois aumentou a quantidade de profissionais.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G4	<i>a gente tem mais profissionais e quanto mais melhor pra você poder atender uma pessoa, você tem mais tempo então você pode ao mesmo tempo um está na assistência o outro no acolhimento, ou fazendo um grupo de educação em saúde. Então tudo isso soma com a melhoria da qualidade das ações dos serviços em saúde na atenção básica.</i>	Aumento do número de profissionais melhora a qualidade das ações e serviços.

Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	G1	<i>Outra coisa importante, a questão do atendimento compartilhado, visita domiciliar compartilhada, que geralmente só acontecia assim: o médico vai com um agente de saúde e um técnico, pronto; a enfermeira vai no seu turno com agente de saúde faz a visita e pronto. E quando a gente chegou a gente tentou incluir o NASF, no município só tinha 1 NASF pra abranger todo o município, e com a chegada da residência eles já conseguiram ampliar em 3 equipes. Então ficou mais fácil porque diminuiu a demanda do NASF e eles conseguiram ficar mais próximos das equipes que eles atuam. A gente consegue fazer mais visitas domiciliares compartilhadas. Em relação à saúde mental, o matriciamento ficou bem mais fortalecido, a gente tem o matriciamento aqui na unidade, toda quarta feira a tarde tem a equipe do CAPS, vem um profissional responsável, a gente tem um grupo terapêutico e faz também visitas com os profissionais do saúde da família e da saúde mental junto também. Então uma das melhorias foi essa questão do atendimento multiprofissional mesmo, porque ajudou bastante a fortalecer, que não tinha.</i>	Residência contribui na melhoria do matriciamento em saúde mental, nos atendimentos compartilhados, divide responsabilidades desafogando ESF e NASF.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	T4	<i>De visitas com fisioterapeuta, de psicólogo, de assistente social que na verdade a gente não tinha. Ficamos dois anos com eles e pra gente foi muito bom. A comunidade toda já estava super acostumada com eles, saíram foi uma perda.</i>	Visitas com outras categorias que antes não tinha na unidade.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	T4	<i>Foi desenvolvido o grupo de gestantes com os enfermeiros e o pessoal também que iam as vezes, no caso a fisioterapeuta, os outros. Foi desenvolvido o dia do Idoso, do Hipertenso, do Diabético, de Saúde Mental. Foi desenvolvido alguns grupos que a gente fazia comemorações com a comunidade e hoje a gente não está tendo, só teve na época da residência.</i>	Atividades que foram desenvolvidas pela residência pararam ou reduziram com a saída.
Mudanças no cotidiano dos trabalhadores	T3	<i>Muitas mudanças, no sentido de desafogar mesmo, porque, como é que se diz, teve mais ficha pra dentista, porque tinha elas por perto. Teve como atender melhor as pessoas em domicílio, porque em alguns casos mais especiais os psicólogos iam, os assistentes sociais iam até a casa do familiar, coisa que não tem né disponível, na unidade de saúde já é mais limitado já. Então no caso foi muito bom, pras famílias e pra gente como profissional, de poder estar ajudando e contar com o apoio deles.</i>	A chegada da residência melhorou o acesso, uma vez que trouxe outras categorias profissionais para o saúde da família. Além disso, podemos falar em provimento de profissionais, já que insere esses profissionais para atender a demanda local.

## ANEXO A

### Instrumento de avaliação por competências – RIS-ESP/CE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas

IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE	
Residente: _____	Ênfase: _____ Núcleo Profissional: _____
Instituição Executora (município, Região de Saúde, Instituição): _____	
Cenário de Prática (UBASF, Equipe NASF/ CAPS/ Linha de Cuidado/Região de Saúde): _____	
Preceptor de campo: _____	Preceptor de núcleo: _____
Período: ( ) Ano 1 / Semestre 1 ( ) Ano 1 / Semestre 2 ( ) Ano 2 / Semestre 1 ( ) Ano 2 / Semestre 2	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas

MACRO-COMPETÊNCIAS RIS ESP/CE	ELEMENTOS DIMENSÕES CONHECER- SABER/FAZER- SER	Sempre	Na maioria das vezes	Pouco	Raramente	NÃO APTO PARA AVALIAR
		100	75	50	25	
1.ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DO TERRITÓRIO	1.1. Identifica e articula as situações de saúde-doença dos usuários e coletividades, a partir das vulnerabilidades e potencialidades sociais e clínicas do território/contexto.					
	1.2. Planeja ações e organiza agenda de trabalho a partir das necessidades de Saúde do território/contexto.					
	1.3. Avalia e usa recursos da instituição/território para o enfrentamento de situações de saúde-doença de indivíduos, famílias, coletivos ou comunidade.					
	1.4. Relaciona a determinação social da saúde no processo saúde-doença-cuidado.					
2. ATUAÇÃO NO SUS COM FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL NAS REDES DE ATENÇÃO, NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NAS AÇÕES JUNTO AOS USUÁRIOS E COLETIVOS.	2.1. Compreende a organização, financiamento e mecanismos gerenciais do SUS para operacionalização da política pública de Saúde.					
	2.2. Reconhece e articula os diferentes níveis de atenção e as Redes de Atenção do SUS para o Cuidado Integral aos usuários e coletivos.					
	2.3. Articula os serviços de saúde do território para Atenção Integral aos usuários e coletivos.					
	2.4. Constrói, fortalece e acompanha Linhas de Cuidado em Saúde de casos/situações de saúde prevalentes e complexos do território/contexto.					
	2.5. Acompanha longitudinalmente casos/situações em saúde.					
	2.6. Utiliza o Projeto Terapêutico Singular como estratégia de Cuidado e acompanhamento longitudinal de casos em saúde.					
	2.7. Reconhece a Clínica Ampliada como estratégia de fortalecimento da Integralidade na Atenção em Saúde.					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas

	2.8. Compreende o usuário como sujeito biopsicossocial, inserido em um contexto sociocultural e o reconhece em todas as suas necessidades de Saúde.						
3. ATUAÇÃO NO SUS A PARTIR DA INTERSETORIALIDADE, FORTALECENDO A ARTICULAÇÃO ENTRE DEMAIS POLÍTICAS PÚBLICAS E DISPOSITIVOS COMUNITÁRIOS.	3.1. Reconhece e articula as diferentes políticas públicas e dispositivos comunitários do território/contexto para a <u>atenção integral aos usuários e coletivos</u> .						
	3.2. Intervém nos casos/situações de saúde de forma intersetorial.						
4. ATUAÇÃO NO SUS COM O FORTALECIMENTO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E DO TRABALHO EM EQUIPE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	4.1. Planeja e executa ações de forma interdisciplinar e colaborativa com a equipe da residência.						
	4.2. Planeja e executa ações de forma interdisciplinar e colaborativa com os profissionais do cenário de prática.						
	4.3. Interage e organiza o trabalho com a instituição executora da RIS (Hospital, Regional de Saúde ou município)						
	4.4. Intervém nos casos/situações de saúde de forma interdisciplinar.						
	4.5. Demonstra capacidade para consenso nas pactuações junto à equipe de residentes, demais profissionais e gestores.						
	4.6. Contribui para organização e realização das rodas de gestão/ reuniões, discussões de caso/sessões clínicas do cenário de prática e rodas de equipe da RIS-ESP/CE.						
	4.7. Demonstra respeito e valorização às diferentes profissões de saúde e ao trabalho interprofissional.						
5. ATUAÇÃO NO SUS COM COMPROMISSO ÉTICO POLÍTICO COM A REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA, E SEUS ATORES (RESIDENTES, PROFISSIONAIS, PRECEPTORES, GESTORES, USUÁRIOS)	5.1. Aplica os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e diretrizes do SUS na atuação no cenário de prática.						
	5.2. Demonstra postura ético-profissional na atuação no cenário de prática, atendendo aos preceitos éticos do Conselho da categoria profissional.						

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas

	5.3. Demonstra empatia, acolhimento, escuta qualificada e implicação com o outro na abordagem junto a usuários e coletivos.					
	5.4. Demonstra polidez, respeito, compromisso e solidariedade junto aos residentes, preceptores, demais profissionais e gestores do Cenário de prática.					
	5.5. Demonstra segurança na atuação no cenário de prática em ações individuais e coletivas.					
	5.6. Demonstra compromisso com o Cuidado ao usuário e coletivos e com processos de produção de saúde.					
	5.7. Usa o prontuário e/ou formulários do Cenário de Prática de forma organizada, completa e legível.					
	5.8. Cumpre com os fluxos, protocolos, uso racional de insumos e prazos pactuados no cenário de prática.					
	5.9. Mantém assiduidade em seus compromissos com os usuários, residentes, preceptores e com os demais profissionais de saúde.					
	5.10. Mantém pontualidade em seus compromissos com os usuários, residentes, preceptores e com os demais profissionais de saúde.					
6. DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS COMPROMETIDOS COM A TRANSFORMAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA	6.1. Articula e participa dos espaços de educação permanente no cenário de prática ou equipamentos / instituições parceiras (os).					
	6.2. Interage com demais profissionais e gestores do cenário de prática promovendo ampliação do olhar e das ações em Saúde.					
	6.3. Promove processos e ações inovadores no cenário de prática, provocando transformações do cenário de prática e fortalecimento do SUS.					
	6.4. Reconhece-se enquanto sujeito com potencial e compromisso para transformar o cenário de prática e fortalecer o SUS.					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas

7. PRODUÇÃO E CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO COM COMPROMISSO COM A TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE E EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS.	7.1. Articula o desenvolvimento das atividades práticas com os conteúdos teóricos apreendidos ao longo da formação e experiência profissional do residente.					
	7.2. Desenvolve junto aos sujeitos do cenários de prática-usuários, preceptores, profissionais do serviço e gestores-novas tecnologias de cuidado e de produção de Saúde.					
	7.3. Sistematiza com os demais sujeitos envolvidos experiências inovadoras em Saúde desenvolvidas no cenário de prática.					
	7.4. Utiliza os conhecimentos apreendidos para transformação da realidade e emancipação dos sujeitos envolvidos.					
8.1. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DEFESA DA VIDA	8.1. Demonstra interesse e compromisso na solução e enfrentamento das situações-limites com os quais se depara no cenário de prática visando a promoção da saúde e defesa da vida.					
	8.2. Planeja e produz intervenções diante das situações-limites com os quais se depara no cenário de prática visando a promoção da saúde e defesa da vida.					
	8.3. Planeja e executa ações educativas em saúde para promoção da saúde e defesa da vida nos espaços e equipamentos locais.					
9. ATUAÇÃO NO SUS A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	9.1. Respeita a diversidade de etnias, religião, gênero e cultura no território.					
	9.2. Demonstra capacidade de comunicar-se de forma culturalmente adequada com usuários e famílias.					
	9.3. Valoriza práticas e recursos terapêuticos relacionados a crenças e hábitos culturais dos usuários e famílias.					
	9.4. Reconhece os usuários e familiares como coprodutores da saúde e do conhecimento.					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas

	9.5. Utiliza metodologias ativas e dialógicas nas intervenções junto a usuários, profissionais de saúde e gestores.					
10. ARTICULAÇÃO COMUNITÁRIA E FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL	10.1. Articula e fortalece espaços de participação e controle social no cenário de prática.					
	10.2. Envolve o controle social, usuários e comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações em Saúde.					
	10.3. Dispara processos formativos junto ao controle social, usuários e comunidade a fim de fortalecer o controle e participação social.					
	<b>Somatório</b>	A=	B=	C=	D=	xxxxxxxx
	<b>Somatório TOTAL</b> <small>Somatório de todas as pontuações dos elementos avaliados</small>	A + B+ C +D =				
	<b>Número de Elementos Avaliados</b> <small>Nº TOTAL elementos (50) – Nº elementos não aptos de avaliar</small>					
	<b>Nota Parcial</b>	<b>SOMATÓRIO TOTAL</b> NP = ----- = <b>Nº ELEMENTOS AVALIADOS</b>				
<b>Nota da Avaliação do Componente Desenvolvimento de Competências</b>	N FINAL = NP x 0,3 =					



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

**Avaliação desenvolvimento de competências nas atividades de aprendizagem pelo trabalho (práticas) nos Cenários de Práticas**

**HISTÓRICO E COMENTÁRIOS**

- **HISTÓRICO**  
(1 – 2 Parágrafos de relato sobre o perfil e evolução do residente. Se necessário, registrar dissenso com residente acerca da avaliação e justificativas de elementos não avaliados.)

Assinatura do Preceptor de Campo	Assinatura do Preceptor de Núcleo	Assinatura do Residente