

# Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes

Evaluation of a multiprofessional residency program in family and community health under the view of residents

Evaluación de un programa de residencia multiprofesional familia salud y comunidad bajo la mirada de los residentes

Enildo José dos Santos Filho <sup>1</sup>  
Juliana Sampaio <sup>2</sup>  
Lucineide Alves Viera Braga <sup>3</sup>

**RESUMO:** A formação de profissionais de saúde que atendam as complexas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é um desafio enfrentado por esse sistema. Neste contexto, surgem as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde como importante ferramenta de superação dessa formação fragmentada. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, do município de João Pessoa/PB, a partir das narrativas dos residentes a ele vinculado. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com 19, dos 21 residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade que fazem parte da turma pioneira e que atualmente estão no segundo ano (R2) da residência. A produção dos dados foi realizada utilizando a metodologia de *roda de conversa* e a interpretação das narrativas se deu a partir da utilização da análise de discurso. Posteriormente, cinco categorias emergiram: inserção dos residentes na Rede de Atenção a Saúde (RAS); rodízios; relação entre o programa de residência multiprofissional em saúde da família e as outras residências; tutoria; preceptoria e suporte pedagógico e, finalmente; campo,

1 Fisioterapeuta residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

2 Psicóloga, professora doutora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

3 Enfermeira, professora mestra do módulo de Atenção à Saúde do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

núcleo e interdisciplinaridade. Após a análise percebeu-se fragilidades na inserção dos residentes nos serviços de saúde e nos processos de tutoria e preceptoria, como também, potencialidades na integração com outras residências e nos rodízios. Por fim, destacamos que neste trabalho foram ouvidos apenas os residentes e ressaltamos a necessidade de outras pesquisas avaliativas que abordem os demais atores envolvidos: tutores, preceptores, profissionais dos serviços e a coordenação do programa.

**Palavras-chave:** Internato e residência, avaliação em saúde, Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT:** The training of health professionals that meet the complex needs of the Unified Health System (SUS) is still a challenge faced by this system. In this context, the Multiprofessional Residences in Health area emerge as an important tool to overcome this fragmented formation. Thus, the objective of this study was to evaluate the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health, in the city of João Pessoa/PB, based on the residents' narratives linked to it. This is a descriptive research with a qualitative approach carried out with 19 of the 21 multiprofessional residents in family and community health who are part of the pioneer class and who are currently in the second year (R2) of the residence. The data production was performed using the conversation circle methodology and the interpretation of the narratives was based on the use of discourse analysis. Subsequently, five categories emerged: insertion of residents in the Health Care Network (RAS); rotation; relationship between the multiprofessional family health residency program and other residences; tutoring; pedagogical support and finally; field, core and interdisciplinarity. After the analysis, we noticed weaknesses in the insertion of residents in health services and in the processes of tutoring and preceptory, as well as potentialities in integration with other residences and in the rotation. Finally, we emphasize that in this study only the residents were heard and we emphasize the need for other evaluative research that addresses the other actors involved: tutors, preceptors, service professionals and program coordination.

**Keywords:** Internship and residence, health evaluation, Family Health Strategy.

**RESUMEN:** La formación de los profesionales de la salud que satisfagan las necesidades complejas del Sistema Único de Salud (SUS), sigue siendo un desafío que enfrenta este sistema. Esto plantea multiprofesionales Residencias y Área Profesional de la Salud como una importante herramienta de superación de esta formación fragmentada. El objetivo de este estudio fue evaluar el Programa de Residencia Multidisciplinar en Salud y Comunidad, la ciudad de João Pessoa / PB, a partir de los relatos de los residentes vinculados a la misma. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva realizada con 19 de los 21 residentes multidisciplinarios en salud y la comunidad que forman parte del grupo pionero y que se encuentran actualmente en el segundo año (R2) de la residencia. La producción de los datos se realizó utilizando la metodología rueda de conversación y la interpretación de las narrativas se produjo a partir de la utilización del análisis del discurso. Más tarde, surgieron cinco categorías: integración de los residentes en la Red de Atención de la Salud (RAS), ruedas, la relación entre el programa multi-residencia en la salud familiar y otras residencias, tutoría, orientación y apoyo educativo y por último núcleo campo y

la interdisciplinariedad. Después de que el análisis se percibe deficiencias en la integración de los residentes en los servicios de salud y proceso de tutoría y orientación, y la posible integración con otras residencias y ruedas. Por último, destacamos que este trabajo sólo se escucharon los residentes y hacer hincapié en la necesidad de una mayor investigación evaluativa que se ocupa de los otros actores involucrados: tutores, mentores, servicios profesionales y la coordinación del programa.

**Palabras-clave:** Internado y Residencia, evaluación em salud, Estrategia de Salud Familiar.

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo hegemônico de formação em saúde, biomédico e hospitalocêntrico baseia ações/intervenções nos sinais e sintomas do doente, e secundariza os aspectos psicológicos, sociais e ambientais como influentes no processo de saúde-doença dos indivíduos e das populações<sup>1</sup>.

Os currículos acadêmicos dos cursos da área da saúde foram influenciados durante décadas pelo Relatório Flexner, o qual valorizava o aspecto individual, centrado no médico e de fragmentação do corpo humano; em detrimento de uma visão coletiva, multiprofissional e integral dos sujeitos<sup>1</sup>.

Contrapondo-se a esta realidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido palco de discussões, desde o final da década de 1980, sobre as mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde do Brasil e sua adequação para a nova realidade vigente<sup>2</sup>. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, parágrafo II afirma que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde<sup>3</sup>.

Diante deste cenário surgiu em 1994 o, então, Programa de Saúde da Família (PSF) que assumia um complexo desafio: efetivar-se como a principal estratégia de reordenamento dos serviços de saúde, por meio de ações que valorizassem a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral aos sujeitos e coletivos; e de reorientação das práticas profissionais<sup>4</sup>.

Como uma das estratégias para a concretização deste objetivo, o Conselho Nacional de Educação, no ano de 2001, publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde; fruto das discussões entre órgãos formadores, das Associações de Ensino das respectivas áreas, da Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas), da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>5</sup>.

Nesta direção, por exemplo, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional defendem que:

Os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo

da Reforma Sanitária Brasileira<sup>6</sup>.

Contudo, apenas a reformulação dos cursos de graduação não seria suficiente para superar as evidentes limitações e discrepâncias entre a formação em saúde e o SUS. Diante disto e em consonância com o documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)”, o Ministério da Saúde (MS) criou, no ano de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) à qual competiria a gestão da formação técnica, superior e dos trabalhadores do SUS; em parceria com o Ministério da Educação (MEC)<sup>6,7</sup>.

Entre as ações e programas vinculados atualmente à SGTES/MS estão, dentre outros: o Telessaúde, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o Programa Mais Médicos e as Residências em Saúde.

No decorrer da história, as Residências em Saúde, como modalidade de ensino em serviço, foram pioneiras nas áreas médicas. Em âmbito mundial, surgiu nos Estados Unidos, em 1879 no Hospital Johns Hoppinks, um programa que visava à especialização de médicos graduados. Passada uma década, no ano de 1889, este programa passou a ser considerado a primeira Residência Médica<sup>8,9</sup>.

Influenciadas pelo modelo norte-americano, as primeiras experiências em Residências Médicas no Brasil, datam ainda da década de 1940, iniciadas na Universidade de São Paulo (USP) em 1945 e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1947<sup>8,9</sup>.

A primeira Residência em Medicina Comunitária no país foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 1976, na Unidade Sanitária São José do Murialdo. Após dois anos, a mesma se tornou Multiprofissional<sup>10</sup>. Contudo, Muller *et al.*<sup>11</sup> afirmam que a Residência Multiprofissional de Murialdo teve início apenas em 1977 ao oferecer vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários.

Passados alguns anos, as discussões sobre Residências Multiprofissionais ressurgem no, então, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Após a publicação das novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área de Saúde, o Ministério da Saúde financiou, em 2002, 19 Programas de Residências Multiprofissionais de diferentes arranjos, mas na perspectiva de trabalho integral entre os núcleos profissionais<sup>10</sup>.

Contudo, a Residência em Área Profissional da Saúde só foi reconhecida com a publicação da Lei nº 11.129 de 30 de Junho de 2005 que a definiu como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica<sup>12</sup>.

Diante dessa conjuntura nacional, a história dos Programas de Residências Multiprofissionais na

cidade de João Pessoa/PB iniciou em 2009 com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/JP). No ano seguinte, iniciava no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) a Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH/HULW/UFPB) que abordava as áreas de concentração (ênfases) de: Atenção a Saúde do Idoso, Atenção à Saúde Cardiovascular do Adulto e Atenção ao Paciente Crítico<sup>13</sup>.

No ano de 2011, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPB encerrou suas atividades. A partir disto, a RIMUSH/HULW/UFPB ficaria sendo o único Programa em atividade no município até o ano de 2014, quando iniciou a Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), vinculada a Secretaria Estadual de Saúde e ao Complexo Pediátrico Arlinda Marques (CPAM), sendo esta a instituição executora e a Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER), a instituição formadora<sup>14</sup>.

Mas, foi no ano de 2015 que o cenário de Residências Multiprofissionais na cidade de João Pessoa foi fortalecido. Além dos Programas da RIMUSH/HULW/UFPB e do REMUSC/CPAM, outros dois foram iniciados: a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. A primeira vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba; enquanto que, a segunda, vinculada agora à Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB) e a SMS/JP, instituições formadora e executora, respectivamente; e com o apoio da UFPB<sup>15,16</sup>.

Atualmente, os quatro programas de Residências Multiprofissionais seguem em atividade com turmas do primeiro (R1) e do segundo ano (R2). Por se tratar de uma proposta recente, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ainda carece de propostas que o adequem às necessidades locais e de seus atores, tornando-se necessárias estratégias de avaliação que dialoguem com os diferentes olhares dos sujeitos envolvidos.

Diante do cenário apresentado, da relevância da temática e participação do autor deste trabalho como Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da FCM/PB e da SMS/JP, instituições formadora e executora, respectivamente; e com o apoio da UFPB, o objetivo deste trabalho foi avaliar ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade a partir das narrativas dos residentes a ele vinculado.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Esta abordagem trabalha com o universo dos significados, dos valores e atitudes; se ocupa com um nível de realidade que não deve ou não pode ser quantificado. Sendo o universo das relações e intencionalidades humanas o objeto daquele tipo de pesquisa<sup>17</sup>.

Ossujeitos participantes deste estudo foram compostos por 19 dos 21 Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade que fazem parte da turma pioneira e que atualmente estão no segundo ano (R2) da residência.

A produção dos dados foi realizada utilizando a metodologia de *roda de conversa*. A Roda é um espaço de interação social e produção de sentidos que permite que as pessoas expressem, por meio da fala, seus conceitos, intenções e visões de mundo. Nesta perspectiva, o pesquisador é provocado a engajar-se para além da passividade da realidade e descrição sistematizada; possibilitando a inserção ativa nesta construção<sup>18</sup>.

Assim, no dia 25 de agosto de 2016, ocorreu nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, a roda de conversa com os Residentes R2, a qual durou duas horas. Para dar início à atividade, os residentes foram convidados a retirar do interior de uma caixa e sem ver, uma tarjeta que poderia ser de duas cores: azul e vermelha. A cor azul representava uma satisfação do residente com o programa, enquanto que, a segunda cor deveria simbolizar uma frustração com a residência. Após esta etapa, um voluntário foi convidado a ler sua escolha e justificá-la. É importante salientarmos que a roda de conversa foi registrada por meio de gravador de voz e filmadora para que posteriormente fosse realizada a transcrição.

A interpretação das narrativas produzidas pelos residentes se deu a partir da utilização da análise de discurso, a qual busca ocupar-se dos modos e das dinâmicas do texto e do discurso por ocasião da produção de sentidos ao longo do fio da história<sup>19</sup>.

Com o objetivo de mantermos assegurado o anonimato dos residentes durante o processo de transcrição, o nome dos entrevistados foi substituído pela palavra “residente”, seguida pela ordem alfabética de acordo com a sequência de falas durante a roda de conversa. Ou seja, o primeiro residente a falar tornou-se o “residente A”, o segundo o “residente B” e assim sucessivamente. Frisamos ainda que esta identificação foi utilizada exclusivamente para apenas um residente, não havendo sob hipótese alguma, dois residentes A, por exemplo.

Após a análise, cinco categorias emergiram: inserção dos residentes na Rede de Atenção a Saúde (RAS); rodízios; relação entre o programa de residência multiprofissional em saúde da família e as outras residências; tutoria; preceptoria e suporte pedagógico e, por fim; campo, núcleo e interdisciplinaridade.

O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), o qual emitiu parecer favorável Nº 1.657.750; de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Somente após a aprovação desta instância, foi iniciada a roda de conversa, sendo solicitada de todos os sujeitos à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido seu anonimato e seu direito de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano. Desta maneira, todas as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa

envolvendo seres humanos foram cumpridas.

## 2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade está vinculado a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (GES/SMS-JP), responsável pela Política Municipal da Rede Escola.

A Rede Escola do município de João Pessoa surge a partir da articulação entre IES, gestão municipal, profissionais de saúde e estudantes na perspectiva de construção de um espaço permanente de aprendizagem<sup>20</sup>.

Assim, essa rede tem por finalidade qualificar e ampliar a relação ensino-serviço institucionalizando e ampliando os cenários de aprendizagem, orientando ações voltadas à formação de profissionais para a saúde<sup>20</sup>.

Para ser caracterizado como Residência Multiprofissional, o programa deve ser constituído por, no mínimo, três núcleos profissionais<sup>21</sup>. Dessa forma, durante o processo seletivo da turma pioneira foram ofertadas 25 vagas distribuídas entre cinco núcleos profissionais: Enfermagem (9), Fisioterapia (4), Nutrição (4), Psicologia (4) e Farmácia (4). Contudo, duas vagas do curso de Farmácia não foram preenchidas e a residência iniciou com um total de 23 Residentes. Durante o primeiro ano, 3 residentes solicitaram desligamento do programa e uma residente chegou transferida de outro estado, assim, o programa conta atualmente com 21 residentes.

A divisão dos profissionais residentes foi realizada por meio de duplas, trios ou quarteto multiprofissionais e alocados em oito Unidades Integradas de Saúde da Família (USF) adscritas nos territórios dos cinco Distritos Sanitários (DS) do município. A proposta de criação dos DS surgiu atrelada ao processo de regionalização e municipalização do SUS, caracterizando-se como uma unidade operacional básica mínima daquele sistema<sup>22</sup>.

A inserção dos residentes nos serviços de saúde de João Pessoa se deu a partir de 2015 nas Unidades de Saúde da Família. No ano seguinte, além das USF, os residentes vivenciaram outros cenários de prática que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal.

### INSERÇÃO DOS RESIDENTES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A integração ensino-serviço é o pilar da formação em residência, uma vez que visa à qualidade da assistência prestada, à formação profissional e a satisfação dos trabalhadores dos serviços<sup>23</sup>. Como a experiência de Residência Multiprofissional é recente e a rede está pouco familiarizada com essa modalidade de formação, diversas dificuldades surgiram na inserção dos residentes nas equipes de saúde, exemplificadas a seguir.

[...] eu pensava que o problema era a unidade não saber qual o papel do residente, esse rodízio veio me mostrar que realmente ninguém sabe o que é a Residência [...] (Residente L)

[...] eu cheguei na unidade, eu achei isso uma barreira, pra mim foi frustrante [...] eu me senti assim, sabe?! Recuado, como um copo vazio, que eu era estagiária. (Residente J)

Diante dos recortes de falas acima destacadas, parece evidente que os trabalhadores dos serviços não compreendiam a função do residente. Contudo, se assim fosse, não caberia ao residente o esclarecimento sobre o seu papel?! Este fato nos transparece que, em alguma medida, os residentes também não demonstravam entendimento sobre a sua função nos cenários vivenciados.

A inserção de estudantes na RAS traz à luz um debate de ordem pedagógico por se tratar de um trabalho que relaciona teoria e prática a ser realizado por docentes das IES e trabalhadores do serviço<sup>24</sup>.

Diante dessa premissa, para o SUS, a integração entre o trabalho e a educação é fundamental, pois, passa a ser uma forma de melhorar a qualidade da assistência prestada à população e de superar uma dívida histórica entre os seus trabalhadores e o sistema educacional<sup>25</sup>.

Naturalmente com o passar do tempo e a inserção de novas turmas, a tendência é que o entendimento sobre o profissional residente se torne cada vez mais clara em virtude do amadurecimento da experiência.

Nesse sentido, a expectativa dos residentes era que com o início da segunda turma (2016-2018) do programa, os novos residentes fossem inseridos nas mesmas USF cenários de prática da turma pioneira (2015-2017). Contudo, não foi isso que ocorreu. os novos R1 não foram pra a mesma unidade que ela iniciou [...] isso acaba não fortalecendo esse vínculo que esse profissional deve realmente entender qual o papel do Residente e o papel dele enquanto profissional nessa formação. (Residente J)

No primeiro momento poderíamos avaliar estas mudanças como negativas, diante do que já foi exposto anteriormente. Mas, é importante também pensarmos se seria viável e interessante para a gestão municipal, os trabalhadores, a coordenação do programa e os residentes; a manutenção dos cenários de prática, haja vista as dificuldades enfrentadas, em alguns serviços, ao longo do primeiro ano do programa.

[...] se eu pensar no campo de atuação que eu tô, talvez não fosse tão saudável ainda ir uma nova turma, entendeu?! (Residente – M)

Nesse sentido, ressaltamos a importância do processo avaliativo dos cenários de prática ser dialogado entre os atores acima citados (gestão municipal, trabalhadores dos serviços, coordenação do programa e os residentes). Acreditamos que dessa forma fortalecemos o programa de residência



a partir da transparência da avaliação, o que diretamente repercute na qualidade do processo de formação em saúde.

Os rodízios da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade iniciaram no segundo ano do programa e caracterizaram-se como vivência de caráter obrigatório em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde do município de João Pessoa.

### RODÍZIOS

Entre os meses de março e outubro de 2016, os residentes foram inseridos nos seguintes cenários: Gerência de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância Ambiental e Zoonoses, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Guttemberg Botelho ou CAPS Caminhar, CAPS Álcool e Outras Drogas (AD) ou CAPS Infantil, e por fim, o Centro de Referência Municipal de Inclusão da Pessoa com Deficiência (CRMIPD).

Os CAPS Guttemberg Botelho e Caminhar apresentam o mesmo perfil de atendimento: usuários com transtornos mentais graves. Diante disto, a coordenação do programa realizou a divisão dos residentes entre os serviços acima citados, uma vez que não faria sentido passar por ambos os cenários. Por sua vez, o CAPS AD e o CAPS infantil possuem públicos distintos, assim, ficou a critério dos residentes escolherem qual cotidiano gostariam de conhecer, estando cientes de que só iriam vivenciar um dos serviços.

O tempo das vivências flutuou entre uma semana a um mês. Esta pactuação se deu entre os dirigentes dos serviços e a coordenação da residência, a partir da avaliação do tempo necessário para compreender a dinâmica do cenário. Durante aquele período, os residentes deveriam seguir integralmente o horário de funcionamento do serviço em que estavam.

As escalas dos rodízios eram elaboradas e socializadas pela coordenação do programa, responsável também pela formação de duplas de residentes para vivenciarem esses serviços. Em alguns casos, as duplas variaram ao longo dos rodízios e também houve momentos em que um único serviço recebeu mais de uma dupla de residentes, simultaneamente. As duplas foram formadas por residentes que estavam alocados em Unidades de Saúde distintas.

Entre o fim de um rodízio e o início do próximo houve ocasiões em que ocorreu um hiato de alguns poucos dias, nos quais os residentes deveriam retornar as USFs de referências às quais estavam lotados desde o início do programa.

Diante da metodologia adotada para os rodízios, avalia-se negativamente a mesma, no que tange ao horário e a frequência de dias de vivência nos serviços. Isto fez com que os residentes, ao longo do segundo ano da residência, estivessem ausentes das USF. Essa ausência fragilizou o vínculo entre os residentes e as Unidades de Saúde da Família. Entende-se por vínculo a construção, ao

longo do tempo, de relações afetivas e de confiança que possibilitam uma corresponsabilização pela saúde, agregado a um potencial terapêutico<sup>26</sup>. As fragilidades acima elencadas podem ser observadas nos relatos destacados a seguir.

[...] o rodízio ele é bom, mas esse negócio de ser manhã e tarde no serviço sem ter retorno de construção com seu ponto de apoio que é a AB, que é o carro chefe, eu acho que fica muito falho. (Residente M)

Poderiam ser na verdade turnos de rodízio. É, dois turnos na semana você estaria em outro serviço porque você iria ter tempo de tá podendo executar alguma coisa na Estratégia de Saúde da Família [...] (Residente A)

Esta avaliação é coerente uma vez que o foco do segundo ano do programa, em sua atual configuração, denota um olhar mais direcionado aos outros serviços da RAS municipal do que as Unidades de Saúde da Família, sendo este o serviço prioritário do programa. Desta maneira, acreditamos que uma revisão da organização dos rodízios seja necessária, buscando contemplar as vivências em outros serviços de saúde e atuação na Estratégia Saúde da Família, ao ponto da primeira não se sobrepor à segunda.

Outro fator a ser repensado diz respeito ao início das atividades do rodízio. Avalia-se que estas vivências devem iniciar ainda no primeiro ano de residência por possibilitarem ao profissional residente uma inserção precoce na RAS municipal e um tempo necessário para permitir que o conhecimento adquirido nos rodízios tenha aplicação e implicação na AB.

[...] na minha avaliação deveria ser articulado, preferencialmente, nos primeiros momentos da residência [...] à medida que você volta pra unidade, você vai ativando a rede que você passou. (Residente S)

O regimento interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade prevê em seu Art. 30, §1º que as vivências de extensão obrigatórias deveriam iniciar ainda no primeiro ano da residência, após quatro meses do início do programa. Além de garantir vivência mínima de três turnos nos serviços pactuados<sup>16</sup>.

Por se tratar de um grupo de profissionais de saúde com formações, interesses e visões de mundo distintas, a experiência dos rodízios possibilitou a imersão em cenários de práticas que ainda não haviam sido vivenciados por alguns.

[...] Quando fui pro CAPS, pra mim foi excelente [...] Como eu sou formada há muito tempo, quando eu me formei não tinha nada do CAPS, então, pra mim foi uma coisa nova, que eu sabia que existia, mas nunca tinha vivenciado. (Residente R)

A oportunidade de vivenciar espaços novos para a formação em saúde de um profissional é algo que deve ser valorizado e que condiz com a competência do SUS enquanto espaço prioritário de

formação dos recursos humanos em saúde.

A integração entre a formação e o trabalho tornou-se para o SUS, uma alternativa às lacunas deixadas pelo sistema educacional para com os profissionais; bem como de qualificar e melhorar a assistência prestada em âmbitos individual e/ou coletivo à população<sup>25</sup>.

Além disto, esta integração possibilita, nos serviços de saúde, a aproximação não apenas com os trabalhadores e usuários daqueles cenários, mas também, com estudantes de distintos cursos de graduação de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas; pesquisadores; projetos de extensão e outros programas de residências.

### RELAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E AS OUTRAS RESIDÊNCIAS

Uma das premissas para a escolha das Unidades de Saúde da Família que recebem residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade teria sido o fato desses serviços também serem cenários de práticas das Residências de Medicina de Família.

Esta articulação teria como principal finalidade a integração entre os programas e a potencialização do trabalho desenvolvido na Atenção Primária (AP). Contudo, o que observamos é que essa relação não foi concretizada em todos os cenários, houve espaços em que ela se quer ocorreu, enquanto que em outros, ela se mostrou bastante potente, como destacado nos recortes de falas a seguir.

No nosso cenário não houve nenhuma interação [...] (Residente D)

Desde o começo eles se mostraram abertos a tá contribuindo com a nossa formação e vendo o real potencial que a Residência da gente podia ter na unidade [...] (Residente C)

Visto isso, vale ressaltar que a integração entre Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica é um dos eixos norteadores preconizados pela Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1077, de 12 de Novembro de 2009.

Além disso, a CNRMS sinaliza que esta aproximação entre os programas seria umas das competências do tutor.

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 (BRASIL, 2012b, Art. 12)<sup>20</sup>.

O município de João Pessoa ainda é cenário de prática dos Programas de: 1) Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH/HULW/UFPB) e 2) Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/CPAM), ambos em âmbito hospitalar; e 3) o Programa de

Residência em Saúde Mental (RESMEN) que desempenha suas atividades na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Entre essas residências a integração também ocorreu de maneira discreta. O maior diálogo ocorreu com a RESMEN tanto em espaços oficiais (rodízios, seminários, oficinas e tutoria de Farmácia), como em espaços articulados pelos próprios residentes.

[...] o que a gente mais chegou perto foi o de Saúde Mental e quando isso aconteceu, assim, no meu ponto de vista, foi muito positivo [...] (Residente C)

Em relação aos Programas de Saúde Hospitalar do HULW/UFPB e de Saúde da Criança do CPAM, os momentos conjuntos ocorreram de forma muito incipiente e apenas em espaços organizados pelos próprios residentes.

Nesse sentido, é importante destacar que a integração entre os programas além de fortalecer os mesmos, potencializar a formação dos residentes e a possibilitar tutorias e preceptorias compartilhadas; estimula também à produção científica, intensifica o trabalho interprofissional e interinstitucional, aproximando os pontos da RAS e fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

O fato de competir aos tutores à aproximação dos programas de residências pode ser uma das razões para a não consolidação desta relação em alguns cenários, uma vez que houve fragilidades no processo de tutoria, como discutiremos a seguir.

### TUTORIA, PRECEPTORIA E SUPORTE PEDAGÓGICO

Pelo fato da residência se tratar de um processo de formação, o exercício da tutoria se apresenta como uma importante ferramenta pedagógica. Ao analisarmos a tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade identificamos que ainda há um núcleo profissional que não possui tutor.

Sem falar que a gente não tem tutor [...] (Residente N)

Identificar parceiros com interesse pessoal, disponibilidade de tempo e dispostos a exercer uma atividade não remunerada; se apresenta como um grande desafio a ser superado pelos programas. Além disso, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), órgão colegiado e deliberativo vinculado aos Ministérios da Educação e Saúde, define que o tutor(a) seja um profissional com experiência de, no mínimo, três anos e, titulação mínima de mestre. Cabe destacarmos que o exercício da tutoria consiste em orientações acadêmicas a preceptores e residentes. Exercida, preferencialmente, em tutoria de campo e de núcleo<sup>27,21</sup>.

Outra fragilidade identificada refere-se à errônea interpretação da função de tutor como, exclusivamente, um orientador científico. Esta atividade faz parte do processo de tutoria, mas não

pode ser a única desempenhada, por excluir deste processo os residentes que identificam em outros sujeitos, os seus orientadores.

E questão da tutoria, eu não participo da tutoria porque a tutora da gente, ela só orienta o trabalho final, o artigo; e minha orientadora não é ela. (Residente Q)

Aos tutores compete, segundo a CNRMS: implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, organizar reuniões periódicas para implementação e avaliação do projeto político (PP), participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores, orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência; dentre outras<sup>21</sup>.

Ao que podemos constatar, a tutoria do núcleo de Farmácia é a única que está estruturada e que realiza encontros periódicos e integrados, entre os residentes dos Programas de Saúde da Família e de Saúde Mental. Essa integração com outros programas de residência pode ser uma das soluções para o fortalecimento do processo de tutoria da Residência Multiprofissional em saúde da Família e Comunidade.

[...] a gente conseguiu montar um evento, que foi um evento bem legal. [...] ela (*a tutora*) dava assuntos pra que a gente estudasse em casa, pra trazer pra ser discutido porque juntou a nossa residência com os farmacêuticos (*residentes do programa*) de saúde mental, então foi uma integração bem legal. [...] Ela estimula a gente, ela faz a gente pensar diferente. (Residente I)

Outro processo fundamental na residência é a preceptoria. Esta atividade pode ser definida como a supervisão/orientação dos profissionais dos serviços de saúde no processo de formação de estudantes de graduação e pós-graduação<sup>24</sup>.

O grupo de preceptores da residência vinculado as Unidades de Saúde da Família correspondem, basicamente, a um profissional da Enfermagem e outro que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Enquanto que os preceptores dos rodízios são dos mais variados núcleos de formação.

A CNRMS define que o profissional preceptor deve ter titulação mínima de especialista e estar vinculado à instituição formadora ou executora, e que, obrigatoriamente, deve ser do mesmo núcleo profissional do residente sob sua supervisão. Tal obrigatoriedade é retirada apenas nos casos em que o programa, área de concentração ou estágios voltados às atividades sejam desempenhadas por quaisquer profissionais de saúde<sup>21</sup>.

Ao analisarmos a relação residente-preceptor dois pontos nos chamam a atenção a principio. O primeiro refere-se a como se deu o processo de seleção dos preceptores, pois, isto não é claro. Esse questionamento é importante, porque, a depender da resposta, pode nos fazer entender algumas problemáticas que surgiram posteriormente.

[...] as preceptorias eram marcadas, nós íamos da Farmácia e ela (*a preceptora*) não ia. (Residente P)

[...] a preceptora disse que foi obrigada a assumir esse papel. (Residente B)

As problemáticas mencionadas dizem respeito ao interesse e disponibilidade do profissional em exercer a função, e também, a possibilidade do trabalhador ter a qualificação necessária para desempenhar a atividade. O segundo ponto da relação residente-preceptor que nos chamou a atenção e que remete ao primeiro é o fator *tempo*, indispensável para a criação de vínculo. Fator este fundamental para o entendimento profissional e pessoal de ambas as partes; e também, para o planejamento e execução de um trabalho.

Assim, o fator tempo na relação entre residente e preceptor foi diferente entre os cenários de práticas, haja vista o fato da mudança de preceptores, em algumas situações, e do afastamento temporário por licenças médicas, em outras, influenciando diretamente na construção de vínculo entre as partes, constatação essa identificada nos recortes de falas a seguir.

Peguei uma preceptorial também à distância, comecei com um preceptor, a preceptora saiu da unidade, e aí, voltou pra unidade e saiu de novo [...] (Residente O)

[...] eu tive problemas com a preceptora?! Tive, mas, com o tempo, realmente com a convivência a gente conseguiu superar [...] A gente conseguiu construir muitas coisas boas. (Residente M)

Entendemos que a preceptorial é uma atividade dinâmica e pessoal, construída a partir de uma relação humana. Dessa forma, permite variações mediante a mudança de cenário e de atores envolvidos.

[...] assim, minha preceptora foi excelente. [...] em relação à preceptorial, a minha eu acho que não deixou nada a desejar (Residente F)

Ao analisarmos o cenário nacional percebemos que as dificuldades aqui elencadas não diferem em grandes proporções do restante do país. O Fórum Nacional de Tutores e Preceptores (FNTP) dos Programas de Residências em Saúde sinaliza que, para o fortalecimento e reconhecimento da atividade de tutoria e preceptorial é necessário o:

estabelecimento de parâmetros de produtividade que considerem as atividades docentes, além das assistenciais; reconhecimento, apoio e incentivo à participação na preceptorial/tutoria, que contemplem carga horária específica; inclusão da atividade docente nos planos de cargos, carreiras e salários; remuneração; estrutura adequada para o exercício profissional; educação permanente (habilidades políticas, pedagógicas e técnicas); incentivo à participação em eventos e encontros do FNTP; e certificação pelo trabalho desenvolvido na preceptorial/tutoria. Destacamos ainda que o exercício de Tutoria e Preceptorial deva respeitar o desejo do profissional para realizar tal função<sup>28</sup>.

Além dessas necessidades, torna-se imprescindível também a contínua formação pedagógica desses atores para além das funções técnicas que lhes cabem<sup>24</sup>. Diante disso, atendendo a demanda histórica do FNTTP, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente, e do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS); foi realizado, no ano de 2015, o primeiro curso de formação de tutores e preceptores de residências em saúde da Paraíba.

Este curso foi executado em nível de aperfeiçoamento e na modalidade semipresencial, com carga horária total de 180h, sendo 120h presenciais e 60h em atividades de dispersão, destinado a preceptores, tutores e docentes assistenciais vinculados aos programas de Residência<sup>29</sup>.

É esperado que um processo de formação ocorra antes do profissional iniciar a atividade para qual ele está sendo formado, mas, isto seria o ideal. No campo do real, o que ocorre na maioria das vezes é que essa formação é paralela ao exercício da função, no caso, preceptor e tutor. Dessa forma, os residentes contemporâneos a essa formação tendem a passar por maiores dificuldades.

[...] por mais que tenha sido assim concomitantemente, né? Mas, se você for olhar a longo prazo isso foi bom. Não tão bom pra gente, né?! (Residente R2 – M)

Por não ser o alvo dessa formação, a presença dos residentes nos momentos presenciais se limitou a poucas ocasiões, dentre essas, da apresentação dos trabalhos finais. Neste momento pudemos perceber a importância do curso por meio das fragilidades transparecidas pelos formandos.

[...] como é que eles fizeram um curso de formação, aí no trabalho final não tem o alvo da preceptoría? Independente se fosse um residente ou um estudante de graduação (Residente – O)

A expectativa é que esta experiência não se torne algo pontual dada a sua relevância e a real necessidade de formação. Esse processo deve ser função prioritária das IES, no que tange à atualização profissional e às funções de ensino. Esta deve ser uma das contribuições daquelas instituições nos convênios pactuados juntos às Secretarias Municipais de Saúde<sup>24</sup>.

A tutoria e preceptoría visam às discussões a partir da realidade a qual os residentes estão inseridos, integrando as inquietações do trabalho em ato com o que há de problematizador na literatura. Por sua vez, as atividades teóricas e teórico-práticas facilitam essa discussão no sentido oposto, ou seja, da teoria para a prática. Do total das 60h/semanais de atividades dos programas de residência, 40h devem ser desenvolvidas adotando estratégias educacionais práticas, enquanto que as 20h restantes devem ser destinadas às atividades teóricas e teórico-práticas<sup>30</sup>.

Assim, os turnos das terças e quintas à tarde eram reservados para as atividades teóricas e teórico-práticas. O que não implica dizer que semanalmente elas ocorriam. Nestes horários eram realizadas as aulas, cuja metodologia ficava a critério do facilitador, variando entre seminários e reuniões. Estas eram realizadas nos espaços da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/

PB) e da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP).

Os ministrantes das aulas, em sua maioria, eram docentes da FCM/PB, mas, também houve momentos que profissionais da SMS/JP facilitaram as discussões.

[...] O meu ponto que eu botei principal como frustração, eu acho que foi, de acordo com a minha expectativa, a minha necessidade foi o aporte teórico pouco, pequeno [...] (Residente – R)

A CNRMS afirma que as atividades teóricas e teóricas-práticas também são aquelas realizadas individualmente ou em coletivo; em laboratórios, territórios de saúde, espaços de controle social e ambientes virtuais de aprendizagem, desde que sob orientação do corpo docente-assistencial<sup>30</sup>.

Para, além disto, outros conteúdos podem e devem ser introduzidos a partir das percepções e necessidades identificadas pelos sujeitos: residentes, preceptores, tutores, corpo docente e coordenação. Esses conteúdos podem estar relacionados a uma área específica de conhecimento ou permear as discussões em um espectro mais amplo, como buscamos discutir na próxima categoria

#### CAMPO, NÚCLEO E INTERDISCIPLINARIDADE

A partir das falas registradas percebemos que em alguns serviços de saúde a chegada do residente resultou em tensionamentos de como ele, o residente, poderia se inserir nas atividades ali desenvolvidas.

[...] em determinados locais até a própria coordenadora do serviço chegou pra mim e disse: “Eu não sei por que tu tá aqui porque não tem o que a Enfermagem fazer aqui. (Residente L)

Percebe-se ainda que os residentes também tiveram dificuldades em assimilar a relação com outras categorias profissionais.

[...] No meu caso, minha preceptora não era Fisioterapeuta. E, inicialmente isso me deixou numa posição um pouco complicada [...] ela realmente não sabia o que eu poderia está desenvolvendo, como eu poderia está me inserindo na equipe. (Residente A)

Estas situações nos mostram que uma das potencialidades do processo de residência diz respeito à possibilidade dessa experiência provocar inquietações frente às realidades existentes nos serviços de saúde, fazendo com que profissionais e residentes repensem a maneira com as quais se relacionam com as demais profissões.

Diante desta realidade, Campos<sup>31</sup> nos apresenta a discussão entre *núcleo* e *campo*. Ao núcleo limita-se a prática profissional e a especificidade de uma área de saber. Já o campo corresponde às áreas em que os limites entre os núcleos não são bem definidos, possibilitando uma relação entre



às profissões e o apoio às atividades teóricas e práticas.

A interdisciplinaridade, no contexto da saúde, pode ser compreendida como uma forma de integrar diferentes saberes e práticas a partir da intervenção em situações ou problemas. Baseia-se em uma relação horizontal de saberes e poder, ressaltando o conhecimento e as atribuições de cada profissão<sup>32</sup>.

Nesse sentido, a diferenciação entre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, a princípio, se apresenta de forma sutil. Contudo, na multidisciplinaridade não há aproximação entre o trabalho desenvolvido pelos diferentes atores, o que a torna desprovida de um objetivo comum. Todavia, dentro das situações vivenciadas nos serviços de saúde há momentos em que não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre<sup>33</sup>.

E aí outra frustração é de não tá trabalhando multi, fiquei com uma enfermeira [...]. (Residente O)

Apesar das dificuldades enfrentadas, várias falas dos residentes retratam a residência como um processo de formação coletivo, que produz crescimento pessoal. A isto podemos atribuir às concepções pessoais e a percepção do residente sobre o seu papel enquanto profissional de saúde.

[...] Eu aprendi muito sobre como atuar na estratégia de Saúde da Família através de um trabalho multiprofissional, aprendi mesmo! Trabalhando com a enfermagem, aprendi mesmo trabalhando com os ACSs e os demais profissionais da unidade. Então isso, tanto contribuiu para o meu conhecimento, como também, pra minha avaliação da Residência. (Residente H)

Houve uma associação recorrente nas falas dos residentes, e não apenas em uma das que estão destacadas acima, entre o trabalho multiprofissional e a atuação dos próprios residentes, na qual este trabalho só existiria se fosse realizado na presença de todos os residentes do serviço. Vale destacar que para um trabalho interdisciplinar ocorrer, não necessariamente, todos os profissionais precisam realizá-lo simultaneamente.

Dessa forma, transparece que há uma segregação, em alguns cenários de prática, entre o trabalho desenvolvido pelo residente e o trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família.

### 3 CONCLUSÃO

Passados vinte e sete anos da publicação das Leis Orgânicas da Saúde e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), a pauta da formação de profissionais de saúde que respondam as necessidades e complexidades desse sistema ainda é bastante atual. Neste cenário, as Residências Multiprofissionais e em Área profissional da Saúde surgem como importante ferramenta de superação de um modelo de formação flexneriano, uma vez que visa à formação dos profissionais *no SUS, com o SUS e para o SUS*.

Por se tratar de uma experiência ainda recente, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, vinculado a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP); ainda carece de maturação frente a superação das fragilidades aqui relatadas, a exemplo da inserção dos residentes nos serviços de saúde e dos processos de tutoria e preceptoria.

Apesar disso, e mesmo se tratando de uma experiência nova, já podemos identificar fortes potencialidades no programa, como a possibilidade de integração com outras residências e os rodízios. Por fim, destacamos que neste trabalho foram ouvidos apenas os residentes e ressaltamos a necessidade de outras pesquisas avaliativas que abordem os demais atores envolvidos: tutores, preceptores, profissionais dos serviços e a coordenação do programa.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo D, *et al.*; Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 31, sulp.1, p.20-31, Junho/2007.
2. Brasil. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35ª edição. Brasília, 2012a.
3. Nascimento DDG do, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 814-827, Dec. 2010.
4. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços, desafios**. Brasília, 2006.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Brasília, 2001.
7. Jaeger ML. Gestão da educação e do trabalho em saúde no centro do debate. **RET-SUS**, Jan-Fev, 2011.
8. Silva AL. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 411-413, Dec. 2005.
9. Silveira A (Coord.). **Residência de Medicina do Trabalho – Programa 2005**. Belo

Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5832523-Residencia-de-medicina-do-trabalho-programa-2005.html>>. Acesso em: 8 de Maio de 2016.

10. Ceccim RB. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.

11. Müller MC, *et al.* A Residência Integrada em Saúde: Dermatologia Sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 129-37, 2001.

12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 11.129, de 30 de Junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional de Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis Nº 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.

13. RIMUSH. Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar. Acessível em: <<http://residenciahu.blogspot.com.br/search?updated-max=2010-05-30T17:53:00-07:00&max-results=5&start=20&by-date=false>>; Acessado em: 30 de Maio de 2016.

14. REMUSC. Residência Multiprofissional em Saúde da Criança. Disponível em: <<http://www.remuscpcpam.com/#!sobre/csac>>; Acessado em: 30 de Maio de 2016.

15. RESMEN. Residência Multiprofissional em Saúde Mental. **Projeto Pedagógico.** João Pessoa, 2014.

16. RMSFC. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Projeto Pedagógico.** João Pessoa, 2013.

17. Minayo MCS. (Org.). **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis/RJ. Ed. Vozes, 2009.

18. Lang CE, *et al.* **Metodologias - pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas.** Maceió: EDUFAL, 2015.

19. Alós AP. [Análise de discurso]. **Signum: Estud. Ling.**, Londrina, n. 15/3 (esp), p. 389-394, dez. 2012.

20. João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. **Cartilha Rede Escola** – Pactuação de cenários de aprendizagem e realização de pesquisas no SUS. João Pessoa, 2012.

21. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional

de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de Abril de 2012.** Brasília, 2012b.

22. Gondim GMM, *et al.* O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C. de *et al.* **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

23. Albuquerque VS, *et al.* A Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** V 32 (3) : 356–362; 2008.

24. Trajman A, *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** V. 33 (1) : p. 24 – 32 ; 2009.

25. Borges FT, *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, Apr. 2012.

26. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012c.

27. Brasil. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.320, de 11 de Novembro de 2010.** Brasília, 2010.

28. Fórum Nacional De Tutores E Preceptores Dos Programas De Residência Em Saúde. VI Encontro Nacional de Residências em Saúde. **Carta do Fórum de Tutores e Preceptores.** Curitiba, 2016.

29. NESC. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba. **Formação de preceptores e tutores para residências em saúde na perspectiva da educação permanente.** João Pessoa, 2015.

30. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS Nº 5, de 07 de Novembro de 2014.** Brasília, 2014.

31. Campos GWS. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional.** Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), 2000.

32. Souza DRP, Souza MBB. **Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009.

33. Saube R, *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-536, Dec. 2005.

Artigo apresentado em 24/02/2017

Artigo aprovado em 10/03/2017

Artigo publicado no sistema em 29/06/2017