

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JÉSSICA CRISTIANE MARTINS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA SOB A ÓTICA
PEDAGÓGICA

PONTA GROSSA
2021

JÉSSICA CRISTIANE MARTINS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA SOB A ÓTICA
PEDAGÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky
Coorientadora: Prof^a Dr^a Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

PONTA GROSSA
2021

M386 Martins, Jessica Cristiane
Residência multiprofissional em saúde coletiva sob a ótica pedagógica /
Jessica Cristiane Martins. Ponta Grossa, 2021.
90 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração:
Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.
Coorientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.

1. Educação em saúde. 2. Formação profissional. 3. Saúde coletiva. I.
Kluthcovsky, Ana Claudia Garabeli Cavalli. II. Borges, Pollyanna Kássia de
Oliveira. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em
Saúde. IV.T.

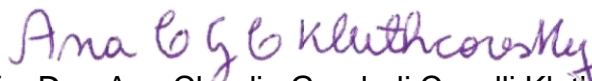
CDD: 371.12

JÉSSICA CRISTIANE MARTINS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA SOB A ÓTICA
PEDAGÓGICA

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Concentração Atenção Interdisciplinar em Saúde, Linha de pesquisa Assistência Integral à Saúde e Qualidade de Vida

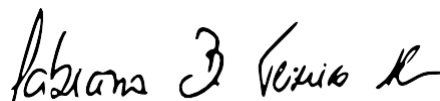
Ponta Grossa, 25 de junho de 2021



Profa. Dra. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky–
Orientadora Doutora em Medicina Interna e Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Doutor em Odontologia
Universidade Federal do Paraná



Prof.^a Dra. Fabiana Bucholdz Teixeira Alves
Doutora em Odontologia
Universidade Estadual de Ponta Gros

Dedico este estudo ao meu companheiro Peterson e minha filha Heloisa, os pilares da minha vida. E a minha mãe Hilda, onde tudo começou...

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade criada e pela bênção de poder chegar até aqui.

Ao meu companheiro Peterson Luiz Chambrek por todas as vezes que teve paciência, pelas ajudas e por estar presente em todos os momentos.

À minha amada filha Heloísa Chambrek que compreendeu as ausências e com toda sabedoria de seus 06 anos de vida me motivou a ir além.

A minha mãe Hilda Ciriaco de Lima que me inspirou e por toda a vida me mostrou como ser uma mulher de coragem.

As avós Cecília Pedroso da Silva e Olinda Chambrek que tiveram um papel fundamental, pois cuidaram e amaram o meu bem mais precioso nesse tempo de estudo. Aos demais familiares por todo amor e companheirismo.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky, pelo acolhimento, pela confiança depositada, pela paciência e pelas suas ricas e preciosas orientações, sem a qual eu não teria conseguido esta vitória. Foi uma honra trabalhar ao seu lado.

Ao Prof^ª. Dr^ª Pollyana Kássia de Oliveira Borges pela participação e colaboração para o desenvolvimento desta dissertação, pelas recomendações e sugestões e principalmente pela amizade que surgiu.

Aos amigos Ângela S. Raymundo Pauli e Patrick Westphal, Carlos Eduardo Coradassi e Diego Osmar Rodrigues por todo compartilhamento de saberes, apoio e carinho, a minha gratidão.

À Profa. Dra. Lucimara Cristina de Paula que me acolheu e me mostrou o caminho para uma educação humanizadora, amorosa e libertária para os espaços não-escolares.

A todos os professores do mestrado que compartilharam seus saberes e contribuíram imensamente na minha formação.

A todos os profissionais de saúde que me ensinam todos os dias como olhar o mundo com esperança e lutar por um SUS de qualidade, sem vocês nada disso seria possível.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela oportunidade de estudo.

“Não escrevo somente porque me dá prazer escrever, mas também porque me sinto politicamente comprometido, porque gostaria de convencer outras pessoas, sem a elas mentir, de que o sonho ou os sonhos de que falo, sobre que escrevo e por que luto valem a pena ser tentados”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: As Residências da área profissional da saúde são Programas de Pós-Graduação *lato sensu*, na modalidade ensino-serviço, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional. **Objetivo:** Analisar o processo pedagógico em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva de um município do Sul do Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa do tipo estudo de caso, com abordagem quali quantitativa, realizada em um programa de residência multiprofissional em saúde coletiva. Os sujeitos de pesquisa foram os preceptores e residentes. A coleta ocorreu no período de 2019 a 2020. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados quantitativos, a Escala de Avaliação e Conhecimento adaptada e composta pelos seguintes eixos: 1) infraestrutura institucional para o desenvolvimento do programa; 2) organização e o projeto pedagógico; 3) qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores; 4) integração com as políticas do Sistema Único de Saúde e 5) incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino. A abordagem qualitativa foi realizada pela aplicação de um questionário contendo três perguntas abertas que foram respondidas por escrito, relacionadas as considerações a respeito da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, às semelhanças e diferenças entre a residência multiprofissional e as experiências anteriores de formação e sobre o aprendizado e ensino na residência. Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas e comparações para variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados qualitativos foram analisados utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os sujeitos do estudo foram preceptores (n=29) e residentes (n=57). Para o total de participantes, em uma escala com escores de 0 a 100, o Eixo 1 apresentou a pior avaliação (51,1±18,6) e o Eixo 5 (76,2±19,1) a melhor. Na comparação, apresentaram diferenças significativas os Eixos 1 (Preceptor 59,5±14,5 vs Residente 46,8±19,1; p<0,01), Eixo 2 (Preceptor 75,0±12,9 vs Residente 66,3±14,0; p<0,01) e Eixo 4 (Preceptor 77,6±19,4 vs Residente 69,0±17,3; p=0,02). Os Eixos 3 e 5 não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos. **Conclusão:** De modo geral, os preceptores avaliaram melhor o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, quando comparados aos residentes. O Discurso do Sujeito Coletivo destacou as categorias: potencialidades e fragilidades do programa, as diferenças da residência em relação às experiências anteriores de formação e as considerações referentes ao ensino-aprendizagem na residência.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Formação Profissional; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Introduction: Residencies professional health area are lato sensu Graduate Programs, in the teaching-service modality, in the multiprofessional and uniprofessional categories. **Objective:** To analyze the pedagogical process in a Multiprofessional Residence Program in Collective Health in a municipality in the south of Brazil. **Method:** This is a participative evaluative research of the case study type, with a qualitative and quantitative approach, carried out in a multiprofessional residence program in public health. The research subjects were the preceptors and residents. The collection took place in the period from 2019 to 2020. It was used as an instrument for collecting quantitative data, the Assessment and Knowledge Scale adapted and composed of the following axes: 1) institutional infrastructure for the development of the program; 2) organization and the pedagogical project; 3) qualification of the faculty, coordinators, preceptors and tutors; 4) integration with the policies of the Unified Health System and 5) incorporation of new technologies and innovations in service and teaching practices. The qualitative approach was carried out by applying a questionnaire containing three open questions that were answered in writing, related to the considerations regarding the Multiprofessional Residence in Public Health, the similarities and differences between the multiprofessional residency and previous training experiences and learning and teaching at the residence. Descriptive statistical measures and comparisons for variables were used. The level of significance adopted was 5%. Qualitative data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique. **Results:** The study subjects were preceptors (n = 29) and residents (n = 57). For the total number of participants, on a scale with scores from 0 to 100, Axis 1 had the worst assessment (51.1 + 18.6) and Axis 5 (76.2 + 19.1) the best. In comparison, Axis 1 (Preceptor 59.5 + 14.5 vs Resident 46.8 + 19.1; p <0.01), Axis 2 (Preceptor 75.0 + 12.9 vs Resident 66, showed significant differences). 3 + 14.0; p <0.01) and Axis 4 (Preceptor 77.6 + 19.4 vs Resident 69.0 + 17.3; p = 0.02). Axes 3 and 5 did not show significant differences between the two groups. **Conclusion:** In general, the preceptors evaluated the Multiprofessional Residency Program in Collective Health better, when compared to the residents. The Collective Subject Discourse highlighted the categories: potential and weaknesses of the program, differences in residency in relation to previous training experiences and considerations regarding teaching and learning in residence.

Keywords: health education; vocational training; public health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma dos sujeitos da pesquisa	34
Gráfico 1	Escores médios da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores.....	40
Quadro 1	Cenários de Prática por Instituição de Ensino	32
Quadro 2	Discursos coletivos das potencialidades segundo os preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	45
Quadro 3	Discursos Coletivo das potencialidades segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	47
Quadro 4	Discurso Coletivo das fragilidades segundo preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	49
Quadro 5	Discurso Coletivo das fragilidades segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	49
Quadro 6	Discurso Coletivo referente as experiências de formação segundo preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	52
Quadro 7	Discurso Coletivo referente as experiências de formação segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	52
Quadro 8	Discurso Coletivo referente ao ensino-aprendizado na residência segundo preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	53
Quadro 9	Discurso Coletivo referente ao ensino-aprendizado na residência segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos dados sociodemográficos dos residentes e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ..	37
Tabela 2	Caracterização dos dados profissionais dos residentes e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ..	38
Tabela 3	Coefficiente Alfa de Cronbach para o total de perguntas e para cada Eixo da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	39
Tabela 4	Escores médios da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo o total de sujeitos pesquisados	40
Tabela 5	Escores médios das perguntas do Eixo 1 da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes	41
Tabela 6	Escores médios das perguntas do Eixo 2 da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes	42
Tabela 7	Escores médios das perguntas do Eixo 3 da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes	43
Tabela 8	Escores médios das perguntas do Eixo 5 da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes	44
Tabela 9	Escores médios das perguntas do Eixo 5 da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS-AD	Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS-IJ	Centro de Apoio Psicossocial – Infanto-juvenil
CAPS-TM	Centro de Apoio Psicossocial – Transtornos Mentais
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
FMS	Fundação Municipal de Saúde
FNRSC	Fórum Nacional de Residência em Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
JCR	<i>Journal Citation Reports</i>
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio ao Saúde da Família
PNEP	Política de Educação Permanente
PRMSC	Programa de Residência em Saúde Coletiva
R1	Residentes do primeiro ano
R2	Residentes do segundo ano
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Residência em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos	17
3 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	18
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO	18
3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
3.2.1 Objetivos da formação	20
3.2.2 Abordagens teóricas	23
3.2.3 Estratégias de ensino-aprendizagem	24
3.2.4 Potencialidades e fragilidades do processo de ensino-aprendizagem	26
3.3 CONCLUSÃO.....	29
4 MATERIAL E MÉTODO	31
4.1 Tipo e local de estudo	32
4.1.1 Sujeitos da pesquisa e coleta de dados	33
4.1.2 Coleta de dados e aspectos éticos.....	34
4.1.3 Análise de dados	36
4.2 RESULTADOS	37
4.2.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	37
4.2.2 Escala de avaliação e conhecimento	39
4.2.3 Análise do discurso do sujeito coletivo	45
4.3 DISCUSSÃO	56
4.4 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E PROFISSIONAL PARA RESIDENTES	70
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA	72
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E PROFISSIONAL PARA PRECEPTORES	74
ANEXO A- ESCALA DE AVALIAÇÃO E CONHECIMENTO	76
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	83
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	85
ANEXO D- CARTA DE AUTORIZAÇÃO FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	89

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela lei 8080/1990 e um de seus objetivos é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e entre suas atribuições está a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1990).

Como marco para a formação e trabalho em saúde temos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que se traduz em uma maneira de transformar as práticas de trabalho e saúde no país. Segundo esse documento o conceito de educação em saúde, retirado da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2018, p. 9) e aponta duas modalidades para a educação no trabalho em saúde: educação continuada e educação permanente em saúde (EPS). É no âmbito da EPS que se encontra a Residência Multiprofissional em saúde coletiva, objeto do nosso estudo.

A Residência em Área Profissional da Saúde é um programa de ensino-serviço na modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, destinada a profissões que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005). Nesta forma de qualificação, existe duas modalidades, as residências uniprofissionais e as multiprofissionais com duas ou mais profissões.

De acordo com Silva (2018), a trajetória histórica dos programas de residência perpassa por aspectos legais e históricos, sendo que a primeira experiência de residência aconteceu em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. No Brasil, apenas em 2005 foi instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, com a Lei 11.129 de 30 de janeiro de 2005. No mesmo ano, cerca de 22 programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foram aprovados para financiamento pelo Ministério da Saúde. A partir de 2016 houve uma grande expansão dos programas, segundo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde neste ano havia em torno de 1.500 programas uni e multiprofissionais para serem avaliados (SILVA, 2018).

As áreas profissionais que integram o escopo dos programas de residência são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia,

Serviço Social e Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (BRASIL, 2005; 2015).

A Residência Multiprofissional em Saúde difere de uma pós-graduação *Lato Sensu* de 360 horas em pelo menos quatro aspectos, na carga horária, onde a residência multiprofissional contempla 5760 horas divididas em 80% de formação em serviço com atividades práticas e 20% de atividades teóricas e teórico-práticas, na forma de ingresso, a qual na pós-graduação ocorre por meio de inscrição e seleção, já na residência ocorre por meio de uma avaliação de seleção, e em alguns casos há avaliação de currículo e entrevista, na questão financeira, onde as custas de uma pós-graduação são pagas pelos alunos, em algumas instituições podem ser obtidas de modo gratuito, e no caso da residência, os residentes recebem uma bolsa para a Educação para o Trabalho e por fim, na metodologia de estudo, a qual na pós-graduação tem foco em discussões e atividades teórico-práticas, enquanto que na Residência Multiprofissional a ênfase se dá na educação em serviço.

Com relação à perspectiva de ensino-serviço a Portaria Intersectorial MEC/ MS nº 1.077/2009 (BRASIL, 2009) em seu Art. 2, Inc. IV, V, VI, VII contempla eixos norteadores que abordam o processo de ensino-aprendizagem-trabalho, estratégias pedagógicas para garantir a formação integral e interdisciplinar, integração ensino-serviço-comunidade e integração dos saberes e práticas.

De acordo com Ceccim e Feverwerker (2004), um dos objetivos da formação em saúde deveria ser a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, estruturando-se com base na problematização do processo de trabalho e em sua capacidade de cuidar e acolher sob as diversas dimensões e carências em saúde da população como um todo. Cavallet (2016) confirma essa finalidade e inclui a oferta de profissionais de forma rápida ao mercado de trabalho e o fortalecimento de um modelo que ora se encontra em disputa com o modelo tradicional, afirma ainda a promessa de uma formação construída pela interação entre profissionais, trabalhadores e usuários do SUS.

Conforme Ceccim e Feverwerker (2004), uma estratégia de transformação da organização dos serviços, dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas demandaria a articulação entre sistema de saúde e instituições formadoras, evidenciando a formação para a área da saúde como construção da educação permanente em saúde, ou seja, a soma entre desenvolvimento individual e institucional, serviços e gestão e atenção à saúde e controle social.

Observando tais objetivos a RMS deve utilizar estratégias pedagógicas para promover aprendizagem nos cenários da saúde e garantir a formação integral e interdisciplinar, a integração de saberes e práticas e a construção de competências compartilhadas que consolidem a educação permanente (BRASIL, 2009). Entende-se a residência como um espaço que, além de contribuir para a formação para o SUS é também um lócus de formação social, pessoal e profissional. Os eixos norteadores que direcionam esse processo estabelecem situações pedagógicas, sendo necessário compreendê-las, a fim de verificar como ocorrem os processos de qualificação da saúde coletiva, bem como do SUS.

No que se refere aos processos pedagógicos Libâneo (2001) entende que o pedagógico perpassa toda a sociedade e extrapola o âmbito escolar formal. Define que *Pedagogia* é o campo de conhecimento sistemático da educação. Contudo, o autor difere o que é educativo do que é pedagógico. Para ele a educação é uma prática social que busca humanizar os humanos de forma plena, e o caráter pedagógico é fornecer para essa prática educativa características metodológicas, organizacionais, intencionais e determinar finalidades sociopolíticas e formativas do ato educativo.

Os processos pedagógicos são práticas sociais educativas e intencionais, onde definem-se a concepção teórica que orienta tais processos. Nesse sentido, entende-se que formar é mais do que treinar destrezas, sendo necessária a reflexão crítica sobre o fazer, ter visão e presença consciente do mundo, assumir-se como sujeito da produção do saber, entender que ensinar não é transferir conhecimento e sim a produção de possibilidades e que ensinar não existe sem o aprender e vice-versa (FREIRE, 2014).

Desta forma, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) estabelece um processo de formação integral, de ensino, aprendizagem-trabalho e desenvolve práticas pedagógicas de forma sistematizada e intencional. Pelo exposto, identifica-se o problema de pesquisa deste estudo como: *como se dá o processo pedagógico no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*

Para tanto essa pesquisa avaliativa participativa do tipo estudo de caso, com abordagem quali-quantitativa foi dividida em dois capítulos, o Capítulo I trata-se de uma revisão sistemática de literatura com a utilização do *Methodi Ordinatio* sobre o ensino-aprendizagem nos programas de residência em saúde. O Capítulo II, discorre sobre o processo pedagógico no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em

Saúde Coletiva (PRMSC), subdividido em: a) perfil profissional e socioeconômico de residentes e preceptores participantes da pesquisa, b) avaliação do PRMSC utilizando a Escala de Avaliação e Conhecimento c) apresentação do Discurso Coletivo dos Sujeitos participantes da pesquisa pautado na técnica de Lefèvre e Lefèvre.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o processo pedagógico no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva de um município do Sul do Brasil.

2.2 ESPECÍFICOS

Revisar sistematicamente a literatura a respeito do processo de ensino-aprendizagem de Programas de Residência em Saúde.

Descrever as características socioeconômicas e profissionais dos residentes e preceptores.

Compreender o programa por meio da Escala de Avaliação e Conhecimento, segundo os residentes e preceptores, avaliando os eixos: 1) infraestrutura institucional para o desenvolvimento do programa; 2) organização e o projeto pedagógico; 3) qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores; 4) integração com as políticas do Sistema Único de Saúde e 5) incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino.

Examinar o relato dos residentes e preceptores sobre as considerações a respeito da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, às semelhanças e diferenças entre a residência multiprofissional e as experiências anteriores de formação e sobre o aprendizado e ensino na residência.

3 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO

Com a finalidade de responder a questão da pesquisa: *como se dá o processo pedagógico no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?* Esta revisão de literatura utilizou o *Methodi Ordinatio* Pagani; Kovalski e Resende (2015) composto por nove etapas de pesquisa, registrada na plataforma PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Reviews*) da University of York: CRD42020182619.

Etapa 1: Estabelecimento da intenção de pesquisa, com a contribuição da estratégia SPIDER (COOKE; SMITH; BOOTH, 2012), uma adaptação da ferramenta PICO para pesquisas: (S) *Sample/Amostra*- Programas de Residência em Saúde; (PI) *Phenomon of Interest/Fenômeno de Interesse*- Ensino-aprendizagem; (D) *Design/desenho do estudo*- Questionários, entrevistas, grupos focais, observações e intervenções; (E) *Evaluation/Avaliações* Acontecimentos, estratégias de ensino, metodologias, avaliações, percepções, atitudes e organização; (R) *Research type/tipo de pesquisa*- qualitativos e quantitativos.

Etapa 2: Pesquisa preliminar nas bases de dados bibliográficos. Para realizar o portfólio bibliográfico utilizou-se o Banco de Teses e Dissertações da CAPES, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e as bases científicas: Lilacs, Scielo, Scopus, Pubmed e *Web of Science*.

Etapa 3 e 4: Definição das palavras-chave e combinações, definições das bases de dados a serem utilizadas e recorte ou amplitude temporal. Foi definido que seriam incluídas pesquisas de 2005 a 2020, tendo em vista a Lei nº 11.129 de junho de 2005 que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). As palavras-chaves escolhidas foram “*Education, Graduate*”, “*Education Public Health Professional*”, “*Internship, nonmedical*”, “*Multiprofessional Residence*”, “*Residence in Health*” e “*Teaching-learning*”, combinadas entre si com os operadores booleanos “AND” e “OR”. nas bases Lilacs, Scielo, Scopus, Pubmed e *Web of Science*.

Etapa 5: Procedimento de Filtragem. Foi realizada uma revisão entre pares para evitar viés de pesquisa e estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: estudos: a) publicados de 2005 a 2020; b) relacionados às

residências em saúde, modelos uniprofissionais e multiprofissionais que tivessem como foco as questões de ensino-aprendizagem (estratégias, avaliações, percepções, metodologias, organização e atitudes); c) qualitativos e/ou quantitativos; d) nos idiomas inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão foram: estudos: a) que abordassem a residência médica; b) com outras temáticas que não o ensino-aprendizagem; c) revisões de literatura de qualquer tipo; d) teóricos; e) livros, teses, dissertações, projetos finais, editoriais, relatos de casos e de experiência, resumos, artigos reflexivos, e comentários.

Etapa 6: Identificação do fator de impacto e número de citações. Nesse momento foram considerados três aspectos importantes: a) fator de impacto. Quanto maior o fator de impacto, maior a relevância do estudo, levando em consideração primeiramente o *Journal Citation Reports* (JCR), e, na ausência deste, o *CiteScore*, b) número de citações- número de vezes em que o artigo foi citado. Também é um indicativo de relevância do artigo, c) ano de publicação - indicativo de atualidade dos dados. Esses itens foram identificados com auxílio do *Google Scholar* (<http://scholar.google.com>) e os sites das Revistas e registrados em uma planilha do Programa Microsoft Office Excel® 2010 para Windows®.

Etapa 7: Ordenação da relevância científica dos artigos pelo *InOrdinatio* - o que se trata de uma equação $(Fi/1000) + (\alpha^* + (10-(\text{AnoPes} - \text{AnoPub}))) + (Ci)$ que classifica os estudos, que prioriza os dados da etapa 6. Após o resultado deste é obtido o *InOrdinatio* de cada artigo e a partir desta etapa é possível classificar os trabalhos de acordo com sua relevância científica. Desta forma, é possível saber a qualidade dos artigos, podendo ser verificada a versão completa do artigo.

Etapa 8 e 9: *Download* dos artigos em PDF e leitura sistemática dos artigos- após a classificação dos artigos, foi realizado o *download* da versão completa dos artigos selecionados, com o *InOrdinatio* maior que 50% das quantidades que foram incluídas pelos artigos e a leitura final, análise sistemática e identificação dos dados considerados importantes para sua pesquisa para os resultados da revisão sistemática.

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca nos bancos de dados escolhidos, foram encontrados 21.037 artigos, destes 11.143 eram duplicatas, 973 eram livros, dissertações, teses, revisões

e 8.921 eram sobre Residência Médica ou não abordavam o tema ensino-aprendizagem. Permanecendo 48 artigos finais para avaliação. Contudo, destes 48, obtiveram *InOrdinatio* com ordenação maior que 50%, 29 artigos, que foram selecionados para leitura.

Dos artigos incluídos, treze eram do Brasil, doze dos Estados Unidos, dois do Quênia, um da Espanha e um do Japão. Os programas pesquisados foram Residência em Enfermagem (5), Residência em Farmácia (5), Residência em Odontologia (4), Residência Multiprofissional em Saúde (7), Residência Multiprofissional Integrada (4), Residência em Fisioterapia (2), Residência Multiprofissional em Onco-Hematologia (1), e Residência em Endodontia (1). Os sujeitos participantes foram residentes (27), preceptores (5), tutores (2), trabalhadores da saúde (3), professores (3).

Quanto à abordagem, quinze estudos eram qualitativos, quatro quali-quantitativos, dois quantitativos, dois quanti-qualitativa e seis pesquisas-intervenção. Com relação ao ano de publicação quatro eram de 2019, nove de 2018, cinco de 2017, quatro de 2016, dois de 2015, dois de 2014, um de 2013 e dois de 2012.

Por meio da análise qualitativa e quantitativa realizada em cada estudo se estabeleceu quatro categorias referentes ao ensino-aprendizagem: objetivos da formação, concepções teóricas, estratégia de ensino e potencialidades e fragilidades do processo.

3.2.1 Objetivos da formação

Para entender o processo pedagógico faz-se necessário compreender os objetivos dos processos formativos, afinal por que formar? Aonde queremos chegar com esse ou aquele programa de residência?

O objetivo da formação é desenvolver um profissional com conhecimentos e habilidades específicas além da graduação, preenchendo as lacunas da formação inicial, com amplitude de conhecimento de novos graduandos Vessey *et al.* (2018), Algaderi, Tavares e Riedy (2019), Olson-Sitki, Wendler e Forbes (2012).

Dentre os conhecimentos e habilidades destacam-se a liderança, gestão, atividade clínica e relações interpessoais (ALGADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; JAGG *et al.*, 2018; PAGANI; ANDRADE, 2012; BRATT, 2013). Para Dallegre; Ceccim (2018) a residência permite acolher as dúvidas complexas do ser profissional

em territórios do trabalho e da política de saúde; sobre as competências, sobre a apropriação dos fazeres e aquelas da atenção às necessidades em saúde.

No que tange às práticas de cuidado, a educação objetiva que os profissionais em formação compreendam a dimensão do cuidado e incorporem plenamente os serviços clínicos, comprometendo-se com a saúde integral para todos os indivíduos, desta forma promove-se as práticas em saúde, avança no atendimento clínico, abrange a necessidade dos pacientes e muda o modelo técnico-assistencial, conforme Mnatzaganian *et al.* (2019); Alqaderil, Tavares e Riedy (2019); Casanova, Batista e Moreno (2018); Personett *et al.* (2018); Cunningham *et al.* (2017); Bezerra *et al.* (2016); Ramos e Rennó (2018). Indo ao encontro com essa perspectiva. Bratt (2013) e Casanova, Batista e Moreno (2018) indicam que a formação na residência contribui na qualificação do profissional e cria capacidades para a melhora da qualidade ao atendimento.

Além dos objetivos que se referem ao aperfeiçoamento das técnicas em saúde, há também pesquisas nas quais os objetivos referem-se à capacidade de reflexão-ação-transformação, a capacidade do profissional de fazer e de compreender o fazer, o que relaciona com os diversos saberes Aria, Peters e Broyles (2017); Bratt (2013); Fernandes *et al.* (2017); Jaggi *et al.* (2018); Machado *et al.* (2018); Mello *et al.* (2019); Pagani e Andrade (2012); Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016).

Os profissionais devem estabelecer o diálogo entre o saber específico e o saber compartilhado nos cenários de prática, aplicar os conhecimentos teóricos nas experiências práticas, repensar o processo de produção de saúde, tornando-se sujeitos críticos. Desta forma, podem potencializar a transformação social e educacional na saúde. Fomentar o pensamento crítico é uma demanda ontológica, pois perpassa pelo profissional e pelo pessoal. A formação em saúde envolve esses aspectos, esmiuçados em valores, sentimentos e visão de mundo, portanto, os objetivos dos superam o tecnicismo e carecem de junção de várias áreas do conhecimento, para pensar, agir, pensar no feito e transformar realidades.

A aproximação entre as Instituições Ensino Superior (IES) e os serviços também são objetivos da formação das residências (MELLO *et al.*, 2019; TORRECILLA-ABRIL *et al.*, 2019; MACHADO *et al.*, 2018; CUNNINGHAM *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2016; CUNNINGHAM *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2017; PAGANI; ANDRADE 2012; BRATT, 2013; PEREIRA; TAVARES, 2016), tal aproximação deve representar a articulação entre teoria e prática, construindo um

arcabouço teórico que seja capaz de sustentar a práxis e dar conta da demanda diante dos problemas inerentes aos serviços do SUS.

A Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 e Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014, a qual institui a Política Nacional de Educação Permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores desse setor, propõe que a EPS tenha como objetivo a transformação e qualificação da atenção à saúde, da organização das ações e serviços, dos processos de formação e das práticas, tanto da saúde, quanto as pedagógicas. De modo que, tal intento implica na articulação entre sistema de saúde e instituições de ensino, confirmando que a formação e desenvolvimento para o SUS se dará a partir da EPS, ou seja, “agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social” (BRASIL, 2014).

Menezes e Escóssia (2018), a partir da Resolução da CNRMS nº 2, aponta que as instituições executoras – mantenedoras dos Programas de Residência e as instituições formadoras – Instituições de Ensino Superior, devem estar vinculadas e ter como propósito auxiliar colaborativamente com a formação dos residentes. Com a revogação desta Resolução, a partir de 2014 essas instituições passam a ser chamadas instituições proponentes, podendo ser a instituição formadora de residentes instituição de ensino ou de serviço. No entanto, não se trata dos conceitos formadora (para quem cuida do processo pedagógico) ou executora (para quem cuida do processo assistencial), mas sim da integração ensino-serviço reconhecida pela aproximação universidade/sociedade.

Embora um dos objetivos da formação nos Programas de Educação Permanente em Saúde seja a possibilidade de resolução dos problemas cotidianos nos serviços, a partir da aproximação com a realidade, Braga (2018) explica que a inclusão das IES nos diferentes serviços da rede não está livre de conflitos, é preciso coincidir as necessidades coletivas e individuais, de usuários e profissionais, bem como os estudos e pesquisas da universidade.

Considera-se que a integração ensino-serviço pelas IES promove conhecimento entre os serviços e a comunidade, possibilita aprendizagem no contexto do trabalho, representa um instrumento potencializador da formação e da qualificação profissional. Além disso, os itens habilidades e conhecimentos, cuidado e reflexão crítica, devem alocar-se na organização do trabalho, a fim de transformar esses ambientes.

Por fim, trazemos os objetivos da formação para a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme manifesta Rossoni (2015, p.1014) “a finalidade dessa formação é atender às necessidades de preparação de profissionais, para a atuação no SUS, e portanto, seus princípios devem ser contemplados”, o que traz a importância de uma formação que objetive a preparação de profissionais conhecedores das prioridades e necessidades do SUS (MELLO *et al.*, 2019; RAMOS; RENNÓ, 2018; BEZERRA *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2017; PAGANI; ANDRADE, 2012; PEREIRA; TAVARES, 2016).

3.2.2 Abordagens teóricas

Uma das abordagens teóricas mencionadas foi a Aprendizagem Baseada em Competências, nos estudos de Alqaderi; Tavares; Riedy (2019) e Ramos; Rennó (2018), os autores defendem que os programas de educação precisam dedicar maior tempo para integrar as competências em seus currículos, para que os profissionais desenvolvam habilidades e competências que propiciem a execução do trabalho, a reflexão crítica e o cuidado integral e interdisciplinar.

A pedagogia ativa ou aprendizado ativo é outra concepção citada nos estudos de Torrecilla-Abril *et al.* (2019) e Howard *et al.* (2012). Contudo, não foi descrito de forma mais profunda quais segmentos desta pedagogia e/ou os autores que defendem essa abordagem.

Outras pesquisas abordaram como caminho a formação reflexiva crítica, pois para o enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano da saúde é necessária uma posição crítico-reflexiva, sendo nas relações entre a teoria e a prática que se aprimora o fazer, não se limita ao conteúdo teórico (MELLO *et al.*, 2019; MACHADO *et al.*, 2018; JAGGI *et al.*, 2018).

As abordagens de aprendizagem baseadas na experiência/prática/vivência, que constam na Política Nacional de Educação Permanente em saúde, foram descritas nos artigos de Vasconcelos, Stedefeldt; Frutuoso (2016), e Pagani; Andrade (2012). A aprendizagem é significativa, entendendo como necessária a problematização da realidade, realizando um encontro entre o mundo da formação e o do trabalho. Na mesma linha, Bratt (2013) destaca a abordagem pedagógica de aprender com a prática e na ação reflexão pautados em autores como Argyris; Schon (1974) e Vessey *et al.* (2018). Estes destacam como aprendizagem experiencial a

Teoria das História o que possibilita aos residentes se aproximarem da realidade dos pacientes, podendo realizar um atendimento qualificado e personalizado.

Foi possível destacar no artigo de Casanova, Batista e Moreno (2018) a abordagem da Educação Interprofissional definida como o “aprendizado que ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (OMS, 2010, n.p.). Com uma abordagem próxima, Pagani; Andrade (2012) apresentaram a consonância do pensamento de Edgar Morin, que afirma a necessidade de junção dos diversos saberes, contra a fragmentação, tornando os processos educativos globais.

Com uma crítica às abordagens tradicionais, disfarçadas de “metodologias ativas” Rosa; Lopes (2016) relataram a abordagem de uma educação baseada no saber metódico, centrado no conhecimento do professor e na transmissão de conhecimento.

3.2.3 Estratégias de ensino-aprendizagem

Nesse tópico serão apresentadas as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos programas. Para melhor compreensão foram divididas em vivências práticas, aprendizado clínico/técnico, atividades teórico-práticas, atividades teóricas, recursos on-line e avaliações. Contudo, essa categorização é uma forma de melhor identificar as práticas desenvolvidas pelos programas de residência, não se trata de fragmentar o que é pedagógico, pois defende-se que o que é da vivência prática se relaciona com o teórico, com o que é avaliativo e assim por diante.

As estratégias de vivências práticas consistem naquelas que acontecem no cenário de prática, no espaço da saúde, onde o residente está desenvolvendo o seu papel profissional, o que Vasconcelos; Stedefeldt; Frutuoso (2016) e Vessey *et al.*, (2018), destacam como aprendizagem baseada na experiência. Pereira; Tavares (2016) mencionam que é onde o ensino-aprendizagem acontece de forma natural, qual o cotidiano do serviço permite experiência e aprendizado. De uma forma mais evidente Mnatzaganian *et al.*, (2019), ao estudarem a Residência em farmácia, destacaram o envolvimento dos profissionais com as funções operacionais de uma farmácia (gerenciar recursos humanos, financeiros e materiais). Alqaderi, Tavares e Riedy (2019) apresentaram a execução de projetos reais que devem ser

desenvolvidos nos serviços e Jaggi *et al.* (2018) citaram um plano pedagógico para as atividades práticas organizadas por setor de atuação e área do conhecimento, permitindo compartilhamento de saberes. Para Fernandes *et al.* (2017), o trabalho em equipe interdisciplinar é uma estratégia para compartilhamento de conhecimento. equipe interdisciplinar é uma estratégia para compartilhamento de conhecimento. Pagani; de Andrade (2012) denominam de tenda invertida quando as práticas profissionais em nível acadêmico são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde e Pereira; Tavares (2016) abordaram sobre os estágios em parcerias com outras instituições da comunidade, com a inserção dos profissionais em escolas, por exemplo.

O aprendizado clínico/técnico refere-se aos procedimentos existentes nas práticas profissionais. Por exemplo, no estudo de Mnatzaganian *et al.* (2019), as práticas de cuidado farmacêutico em saúde eram realizadas em um ambulatório de pacientes com Diabetes tipo 1 e 2. Olson-Sitki; Wendler; Forbes (2012) citam que os residentes utilizaram a simulação clínica como estratégia de aprendizagem.

As atividades teórico-práticas consistem em atividades do campo das relações entre indivíduos, ou entre os próprios saberes e conhecimentos, como as reuniões e/ou encontros individuais e/ou em grupo, as rodas de aprendizagens, os seminários, a articulação entre residentes e graduandos, os projetos de educação para graduandos, profissionais e usuários, a criação de protocolos, a participação em eventos, o desenvolvimento de práticas colaborativas, simpósios, workshops, fóruns, discussão de casos e problemas, e pesquisa/prática baseada em evidência (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; BRATT, 2013; DALLEGRAVE; CECCIM, 2018; HOBBO *et al.*, 2017; HOWARD *et al.*, 2017; JAGGI *et al.*, 2018; MACHADO *et al.*, 2018; MELLO *et al.*, 2019; MNATZAGANIAN *et al.*, 2019; OLSON-SITKI; WENDLER; FORBES, 2012; PERSONETT *et al.*, 2018; RAMOS-GOMEZ *et al.*, 2014; RAMOS; RENNÓ, 2018; VESSEY *et al.*, 2018).

Atividades teóricas buscam pelo conteúdo, seja com aulas ou palestras, na pesquisa individual, módulos de aprendizagem, interpretação bibliográfica e leitura de artigos (FARLAND *et al.*, 2018; JAGGI *et al.*, 2018; PERSONETT *et al.*, 2018; RAMOS; RENNÓ, 2018; ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; CUNNIGHAM *et al.*, 2017; KUNIN; JULLIARD; ROSA; LOPES, 2016; RODRIGUEZ, 2014).

A utilização das tecnologias na aprendizagem é uma demanda contemporânea, seja com recursos *on-line* ou com ferramentas digitais, como a

utilização de vídeos, áudios (TORRECILLA-ABRIL *et al.*, 2019), e o uso de plataforma para Educação a Distância (ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; CUNNINGHAM *et al.*, 2018; GARRISON *et al.*, 2015; HOBO *et al.*, 2017; JAGGI *et al.*, 2018; MACHADO *et al.*, 2018; RAMOS-GOMEZ *et al.*, 2014). Contribuindo com esse ponto, Kunin; Julliard; Rodriguez (2014) avaliaram três estratégias de ensino, uma presencial, onde os residentes ocupavam o mesmo espaço que os professores. A outra de modo síncrono, sendo que estavam ao mesmo tempo com o professor e interagiam em fóruns, mas em ambientes separados. No modo assíncrono as aulas eram gravadas e o aluno podia assistir e interagir a qualquer tempo por e-mail ou fórum de discussão. Os resultados demonstraram que o uso da tecnologia tem grande eficácia na aprendizagem dos profissionais em formação.

Para concluir esse item, destacaram-se estratégias de avaliação, autoavaliação e avaliação institucional, como o feedback (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; MNATZAGANIAN *et al.*, 2019; PERSONETT *et al.*, 2018), portfólios (ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; FARLAND *et al.*, 2018; ROSA; LOPES, 2016), provas e ou testes de conhecimento, trabalho de conclusão de residência/ou apresentação de artigos (ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; ROSA; LOPES, 2016) e a elaboração de um instrumento de avaliação específico para os programas de residências. (BEZERRA *et al.*, 2016).

3.2.4 Potencialidades e fragilidades do processo de ensino-aprendizagem

Como potencialidade destaca-se a construção do conhecimento e reflexão crítica Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2011), Vessey *et al.*, (2018), Bezerra *et al.*, (2016) e Pagani e Andrade (2012). A residência cria espaços para a reflexão sobre a concepção e práticas de promoção de saúde, sobre o significado da vida, diferenças culturais e educação permanente e contribui com o desenvolvimento do pensamento crítico (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; BRATT, 2013; GARRISON *et al.*, 2015). Gerando resultados com discussão e construção de conhecimento para residentes, preceptores, docentes, graduandos e trabalhadores da saúde (HOBO *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2019; ROSSONI, 2015).

O aprendizado compartilhado é outra potencialidade (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; MELLO *et al.*, 2019; OLSON-SITKI; WENDLER; FORBES, 2012; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

Para Casanova, Batista e Moreno (2018), o aprendizado compartilhado é a atuação conjunta com centralidade no paciente que difere a residência de outras formações. É a oportunidade de ensinar e aprender com os demais profissionais (CUNNINGHAM *et al.*, 2018).

Nesse sentido, Dallegrave; Ceccim (2018) destacam os encontros de aprendizagem como aqueles que acontecem no cotidiano do trabalho e favorecem a troca intensiva de saberes. Alguns autores reafirmam essa potencialidade e a denominam como troca de saberes, aprendizado mútuo, aprendizado coletivo, troca entre especialistas e interprofissionalidade (FERNANDES *et al.*, 2017; PAGANI; ANDRADE, 2012; GARRISON *et al.*, 2015; PEREIRA; TAVARES, 2016; ROSSONI, 2015).

A aquisição de habilidades e competências foi evidenciada como potencialidade. Ramos e Rennó (2018) apontam que o processo formativo de uma residência de enfermagem desenvolve competências e habilidades relacionadas a liderança, tomada de decisão, administração e gerenciamento.

Nos resultados das pesquisas foi possível destacar a integração entre a teoria a prática e/ou a aproximação entre a academia e os serviços de saúde (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; BEZERRA *et al.*, 2016; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; CUNNINGHAM *et al.*, 2018; JAGGI *et al.*, 2018; MNATZAGANIAN *et al.*, 2019; OLSON-SITKI; WENDLER; FORBES, 2012; Pereira; Tavares, 2016; RAMOS-GOMEZ *et al.*, 2014).

Dentre as potencialidades destacadas pelos sujeitos que participaram das pesquisas, encontram-se a satisfação com os métodos de ensino (ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017), como o aprendizado ativo (HOWARD *et al.*, 2017; MNATZAGANIAN *et al.*, 2019), o ensino híbrido (GARRISON *et al.*, 2015) e a qualidade da atividade teórico-metodológica das rodas de campo e núcleo (MACHADO *et al.*, 2018).

Sobre as fragilidades, Alqaderi, Tavares e Riedy (2019) indicam que a residência diminui a relação entre teoria e prática. Ramos e Rennó (2018) afirmam que é necessária uma maior aproximação entre a academia e o serviço. A relação entre teoria e prática, exemplificada por meio da falta de incentivo para a pesquisa, ou para as práticas baseadas em evidências, são situações desafiadoras no contexto de formação (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016, MELLO *et al.*, 2019;

MACHADO *et al.*, 2018; JAGGI *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2017; ROSA; LOPES, 2016).

Outro elemento apresentado como fragilidade do processo de ensino-aprendizado é o desconhecimento dos preceptores, acerca do seu papel, ou do que é a residência e seus objetivos e esse desconhecimento se estende para tutores e para os demais trabalhadores da saúde (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; FARLAND *et al.*, 2018; MELLO *et al.*, 2019; PAGANI; ANDRADE, 2012; RAMOS; RENNÓ, 2018).

Ademais, o desconhecimento e a falta de formação para os sujeitos envolvidos com os programas educacionais resultam na falta de comunicação e no distanciamento entre preceptor e residente (FERNANDES *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2019; MNATZAGANIAN *et al.*, 2019; OLSON-SITKI; WENDLER; FORBES, 2012).

Outro ponto frágil é a exaustiva carga horária dos programas de residência, sendo que a má distribuição da carga horária colabora para a não execução das atividades de ensino e para o adoecimento de residentes (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; DALLEGRAVE; CECCIM, 2018; FERNANDES *et al.*, 2017; HOWARD *et al.*, 2017). Para os preceptores o elemento carga horária gira em torno de não haver um horário específico para as atividades de ensino e acúmulo com as atividades de assistência (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A falta de um currículo estabelecido também impacta de forma negativa no processo de ensino aprendizagem, pois não há uma sistematização do ensino, dos conteúdos, da prática, da avaliação e também dos métodos de ensino (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; DALLEGRAVE; CECCIM, 2018; KUNIN; JULLIARD; RODRIGUEZ, 2014; MACHADO *et al.*, 2018; ROSA; LOPES, 2016).

Para concluir, o uso de tecnologias na educação também é cercado de desafios como a acessibilidade, as condições das plataformas digitais e as dificuldades dos residentes em acompanhar as atividades on-line (MACHADO, *et al.*, 2018; ARIAS; PETERS; BROYLES, 2017; GARRISON *et al.*, 2015).

3.3 CONCLUSÃO

O movimento da pesquisa, o qual nos possibilitou realizar o levantamento bibliográfico sobre as Residências em Saúde seja Uniprofissional ou Multiprofissional, e sobre o ensino-aprendizagem, nos trouxe resultados capazes de evidenciar temas importantes relacionados com os residentes, preceptores, tutores, professores e trabalhadores em saúde, proporcionando a discussão à luz da formação em saúde.

Utilizou-se o *Methodi Ordinatio* como procedimento de pesquisa para revisão sistemática e assim foi possível destacar os artigos nacionais e internacionais, ampliando o processo de reflexão e análise da Residência em Saúde em diversos contextos, países, situações de saúde, formações, trabalhos e espaços diversos.

A partir da revisão sistemática destaca-se que entre as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no campo de formação em saúde estão as vivências práticas, aprendizado técnico, atividades teórico-práticas e teóricas, uso das tecnologias e avaliações, tanto autoavaliações, como avaliações institucionais. Observa-se também que a Residência traz elementos cruciais enquanto formação em saúde para todos os envolvidos, como a construção de conhecimentos no próprio âmbito do trabalho, reflexão crítica acerca das práticas no serviço, aprendizado compartilhado e aquisição de competências e habilidades. A integração entre academia e serviço se apresenta tanto como potencialidade, na medida em que possibilita a junção de teoria e prática, quanto como fragilidade, visto que necessita de maior incentivo e comprometimento por parte da academia. Outras fragilidades dizem respeito ao desconhecimento por parte de preceptores, tutores e demais trabalhadores da saúde de seus papéis na formação, sugerindo a falta de formação para esses agentes. Ainda, a carga horária excessiva e mal distribuída que causa o acúmulo de atividades, a falta de um currículo integrado e as dificuldades no uso das tecnologias fragilizam o processo de formação.

Contudo, a Residência em Saúde tem um papel importante nos serviços de saúde, sendo fundamental a análise de seus objetivos de formação, teoria e prática, potencialidades e fragilidades do processo de ensino-aprendizagem. Sendo assim, espera-se que esse estudo instigue a curiosidade epistemológica dos pesquisadores para que novos estudos sejam realizados sobre o tema, e que gestores, coordenadores, preceptores, residentes, professores e trabalhadores possam encarar as maneiras de ensinar e aprender não como simples palavras, mas como

compromisso de cada um e como possibilidade de mudanças significativas no que se refere à formação em saúde e na qualidade do atendimento.

4 MATERIAL E MÉTODO

O tema central deste estudo são os processos pedagógicos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que visam a transformação social, respeitando a reflexão crítica dos sujeitos e que deve fazer ligação com o todo, para ter sentido e direção (FRANCO, 2016). Assim, fez-se necessário realizar a avaliação dos Programas pela necessidade de autoavaliação e obtenção de dados que possibilitem o avanço na qualidade da formação em saúde.

Em 2018, no município pesquisado, ocorreu uma parceria entre a Fundação Municipal de Saúde e uma instituição pública de ensino (A), o que instituiu o primeiro Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da região, disponibilizando 25 vagas a serem divididas entre as categorias profissionais: Educação física (4), enfermagem (5), farmácia (4), medicina veterinária (4), odontologia (4) e serviço social (4). Em 2019, firmou-se parceria com uma instituição privada (B), a qual agregou ao programa mais 21 vagas a serem distribuídas igualmente entre as categorias: enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina veterinária, nutrição, odontologia e psicologia. Em 2020 o programa contava com 46 vagas para residentes do primeiro ano (R1) e 46 vagas para residentes do segundo ano (R2), contemplando 92 vagas para nove categorias. Contudo, nos dois anos de implantação do programa nem todas as vagas foram ocupadas.

Em relação aos preceptores, foram 36 da Instituição A e 68 da Instituição B, sendo que um mesmo preceptor pode fazer parte das duas instituições. São 18 cenários de práticas, conforme constam no Projeto Pedagógico (PP) das instituições (A) e (B) e estão dispostos no Quadro a seguir:

Quadro 1 - Cenários de Prática por Instituição de Ensino

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	CENÁRIOS DE PRÁTICA
(A) e (B)	Hospital Universitário Regional de Campos Gerais
(A) e (B)	SAE-CTA
(A) e (B)	Centro de Referência para animais em risco
(A) e (B)	Secretaria Municipal de Saúde
(A) e (B)	Núcleo de apoio a Saúde da Família
fonte(A) e (B)	Ambulatório Neonato de risco
(A) e (B)	Controle de Zoonoses
(A) e (B)	Centro Municipal da Mulher
(A) e (B)	Vigilância Epidemiológica
(A) e (B)	Unidade Estratégia da Saúde da Família
(B)	Clínica Veterinária CESVET
(B)	Clínica de Nutrição
(B)	Consultório Projeto Bem me Quero
(B)	Consultório Projeto Mam Amor
(B)	Consultório Projeto Cicatriza
(B)	Clínicas Escola
(B)	Farmácia da Partilha
(B)	Laboratório Escola de Análises Clínicas

Fonte: A autora.

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, com abordagem qualiquantitativa, sobre dois Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Coletiva em um município do sul do Brasil, em parceria com duas instituições formadoras. Trata-se de um município de médio porte e desenvolvimento econômico com ênfase industrial.

A gestão em saúde é de responsabilidade da Fundação Municipal de Saúde (FMS) a qual, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, é composta por: a) atenção básica, que conta com 52 Unidades Básica de Saúde (UBS) na área urbana e 10 na área rural, 80 equipes de Saúde da Família, 13 equipes de Saúde Bucal, cinco equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e uma equipe de Atenção Domiciliar; b) atenção especializada, organizada com a seguinte estrutura: Centro Municipal da Mulher, Centro Municipal de Especialidade, Central de Agendamentos, Laboratório Geral, Centro Municipal de Órtese e Prótese, Ambulatório de Pediatria Alto Risco, e o Programa Saúde Escolar; c) assistência farmacêutica, estruturada com Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Central, Farmácia Especializada, Farmácia em dois hospitais, e Farmácias em Unidades de Saúde; d) redes de atenção, que podem ser definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única; e) atenção psicossocial composta por CAPS-AD, CAPS-TM, CAPS-IJ e Ambulatório de Saúde Mental; f) atenção

hospitalar composta por um pronto socorro e um hospital pediátrico; g) Vigilância em Saúde, composta por Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Imunização e Zoonoses. Compõem a estrutura da FMS setores como Ouvidoria, Recursos Humanos, Suprimentos, dentre outros.

A descrição da composição da FMS foi necessária por ser o campo de atuação de residentes e preceptores que atuam no PRMSC, tanto no contexto da atenção básica como na atenção hospitalar. Esse cenário é dinâmico e abrange diferentes espaços de atuação da saúde coletiva, diferentes profissionais e diversas experiências.

Por sua vez, sobre o Projeto Pedagógico da Residência (PPR), é um estudo que analisa crítica do projeto político-pedagógico (PPP), são para promover e dar continuidade do processo de formação, como Libâneo (2001) extrapola o âmbito escola formal e coloca o conhecimento sistemática da educação, além disso característica metodológicas, organizacionais, intencionais e determinar finalidades sociopolíticas e formativas do ato educativo. Veiga (2013) expõe que o PPP é além agrupamento dos planos de ensino e de atividade diversas, considerando sobre os residentes, preceptores, tutores, professores e gestores, buscando um rumo, uma direção, com um compromisso definido coletiva, todo político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico e coletivos da população.

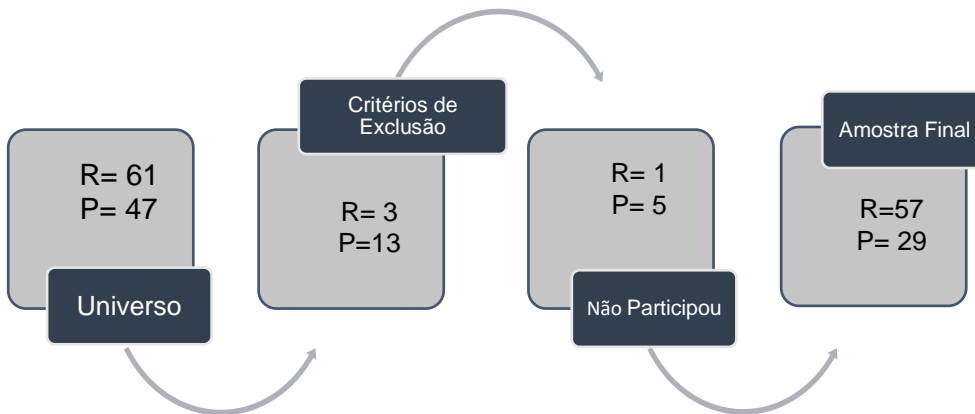
4.1.1 Sujeitos da Pesquisa e Coleta de Dados

Os sujeitos da pesquisa foram os residentes e os preceptores (não há uma categoria de sujeitos “tutores”, pois muitos dos preceptores também são tutores, logo optou-se somente pela categoria preceptores) que participam do PRMSC, conforme Figura 1.

Apesar das instituições formadoras serem diferentes, os residentes atuam nos mesmos espaços da Saúde Coletiva, sendo vários os campos de atuação que fazem do FMS. As aulas, as atividades práticas e o planejamento são pensados pelo Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE).

Figura 1:

Figura 1 - Fluxograma dos sujeitos da pesquisa



Fonte: A autora.

Notas: R: Residentes P: Preceptores

Segundo os NDAE é um conjunto de coordenadores, professores, tutores e preceptores, contudo a criação, implantação e consolidação do Projeto Pedagógico (PP) dos residentes é importante olhar no corpo docente assistencial, pois na instituição formadores podem acompanhar a execução de propondo ajustes e mudanças, assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas, promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa (BRASIL, 2012).

O PRMSC do município é composto por nove categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e oferece um total de 92 vagas, sendo 50 vagas (R1 e R2) da Instituição A e 42 vagas (R1 e R2) da Instituição B.

4.1.2 Coleta de dados e aspectos éticos

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2019 a março de 2020, com os residentes de ambos os programas e preceptores dos serviços de saúde. Os participantes foram convidados para participar da pesquisa, em local apropriado, com data e horário agendados previamente. Os participantes que não compareceram no primeiro encontro, foram convidados para uma nova data e assim sucessivamente até que se obtivesse o total da amostra, 57 residentes e 29 preceptores (Figura 1).

Foram aplicados três questionários de modo individual e autoadministrado, para cada grupo, sendo:

- A) Dados socioeconômicos e profissionais (APÊNDICE A).
- B) Escala de Avaliação e Conhecimento (APÊNDICE B) (Silva; 2017), adaptada para este estudo, com autorização do autor. Essa escala contém perguntas sobre o PRMSC, com respostas do tipo *likert*, com 5 (cinco) possíveis respostas: discordo totalmente; discordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; concordo parcialmente e concordo totalmente. A pontuação das respostas varia de 1 a 5 em ordem crescente de excelência, em cada uma das dimensões. As perguntas estão distribuídas em cinco eixos de análise. O Eixo 1-condições de infraestrutura (7 perguntas); Eixo 2-conhecimento do projeto pedagógico (19 perguntas); Eixo 3-qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores (8 perguntas); Eixo 4-integração do projeto pedagógico com o SUS (4 perguntas) e Eixo 5-incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino (5 perguntas).
- C) Questionário formado por três perguntas abertas (APÊNDICE C), que foram respondidas por escrito, relacionadas aos avanços, desafios e como se desenvolve o projeto pedagógico na RMSC e a relação entre o processo pedagógico e o ensino-aprendizagem no programa.

Antes de iniciar a coleta dos dados, todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados. Obedecendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o projeto foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob protocolo número 3.663.527 (ANEXO A) e carta de aceite da Fundação Municipal de Saúde (ANEXO B). Todos os profissionais participantes da pesquisa (residentes e preceptores) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.1.3 Análise de dados

Os dados socioeconômicos e demográficos foram apresentados por estatística descritivas, com medidas de tendência central, valores máximos e mínimos e frequências absoluta e relativa.

Para a Escala de Avaliação e Conhecimento (SILVA, 2017) foram utilizadas medidas estatísticas descritivas simples por cada eixo de análise (frequência absoluta, frequência percentual, média e desvio-padrão) e comparações para variáveis contínuas. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os dados foram transcritos no Programa Microsoft Office Excel® 2010 para Windows® e a análise estatística foi obtida com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0

Com relação aos dados qualitativos do questionário com perguntas abertas, foi utilizado para organização e análise a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2012), que divide os fenômenos em categorias e, após as análises, o pesquisador obtém um discurso coletivo dos sujeitos.

Conforme os autores supracitados o DSC provém da aplicação de operações sobre o conteúdo pertinente aos depoimentos individuais contidos nas discussões em grupo (em nosso caso, nas respostas às perguntas abertas propostas), resultando em depoimentos coletivos. Tal técnica consiste na seleção de expressões chave, as quais são partes literais das respostas individuais com sentido semelhantes. A partir delas obtemos as ideias centrais que correspondem à síntese do conteúdo manifesto nos discursos, compondo dessa forma os DSC que representam o pensamento do coletivo, como se fosse individual.

Justifica-se a utilização da técnica do DSC, pois esta guarda relação direta com a pesquisa realizada devido ao poder de agregar os pontos positivos da pesquisa qualitativa com as virtudes da pesquisa quantitativa, surgindo dessa fusão a pesquisa quali quantitativa, visto que opiniões coletivas apresentam as dimensões qualitativa e quantitativa ao mesmo tempo (LEFEVRE E LEFEVRE, 2012, p.13). Portanto, recorreu-se a este método que permitiu a combinação de aspectos qualitativos e quantitativos, na medida em que foi possível analisar, descrever, qualificar e quantificar os dados pertinentes às categorias emergentes compostas das ideias centrais obtidas dos discursos de preceptores e residentes do PRMS do município estudado.

4.2 RESULTADOS

4.2.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Dentre residentes pesquisados, a maioria foi composta por mulheres (75,4%), brancas (86,0%), com idade de 21 a 34 anos (93,0%) e a maior parte era responsável pelo próprio sustento (37,0%). Já entre os preceptores a maioria é composta por mulheres (66,7%), brancas (72,4%) com idade entre 35 a 54 anos (60,8%) e a maior parte era responsável pelo próprio sustento e da família (48,3%) e pelo próprio sustento e ajuda à família (48,3%) (Tabela 1). Com relação ao perfil profissional dos sujeitos, 38 (66,7%) eram residentes em parceria com a Instituição A e 19 (33,3%) com a Instituição B. Os preceptores eram todos servidores de carreira da Instituição que realizava o PRMSC, a FMS.

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos residentes e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Variáveis	Residentes (n= 57)		Preceptores (n= 29)	
	N	%	N	%
Cor da pele				
Branca	49	86,0	21	72,4
Parda/Preta	8	14,0	8	27,6
Gênero				
Feminino	43	75,4	18	66,7
Masculino	14	24,6	9	33,3
Faixa Etária (anos)*				
21 a 34	53	93,0	11	39,2
35 a 54	4	7,0	17	60,8
Dependentes**				
0	41	76,0	7	43,7
1 a 4	13	24,0	9	56,3
Responsabilidade na participação econômica familiar				
Meu próprio sustento	21	37,0	1	3,4
Meu próprio sustento e da família	6	10,5	14	48,3
Meu próprio sustento e ajuda a família	19	33,3	14	48,3
Meu próprio sustento e sou ajudado	11	19,2	-	-

Fonte: A autora.

Notas: *Dados faltantes dos preceptores: faixa etária (n=1), gênero (n=2), dependentes (n=13)

**Dados faltantes dos residentes: dependentes (n=3)

Quanto às categorias profissionais, a maior parte dos residentes era composta por enfermeiros (17,5%) e médicos veterinários (17,5%), seguidos pelos cirurgiões-

dentistas (15,8%). A maioria dos residentes apresentou nível de pós-graduação/Especialização (75%), com 1 a 5 anos de experiência profissional (39,3%), a maioria como R1, com 1 a 12 meses no PRMSC (70,0%) e tendo como maiores motivações para participar da residência a melhoria do currículo (31,0%) e a realização pessoal (21,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos dados profissionais dos residentes e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Variáveis	Residentes (n= 57)		Preceptores (n= 29)	
	N	%	n	%
Profissão				
Enfermagem	10	17,5	16	55,3
Medicina Veterinária	10	17,5	4	13,8
Odontologia	9	15,8	1	3,4
Farmácia	8	14,0	2	6,9
Educação Física	6	10,5	0	0,0
Serviço Social	5	8,8	3	10,3
Fisioterapia	3	5,3	0	0,0
Nutrição	3	5,3	1	3,4
Psicologia	3	5,3	2	6,9
Nível de instrução				
Doutorado	0	0,0	1	4,0
Mestrado	0	0,0	5	20,0
Pós- graduação/ Especialização	6	75,0	18	72,1
Residência concluída	2	25,0	1	4,0
Experiência profissional (anos)				
Nenhuma	21	37,5	0	0,0
< 1	8	14,3	1	3,4
1 a 5,0	22	39,3	1	3,4
5,1 a 10	5	8,9	12	41,5
Maior de 10	0	0,0	15	51,7
Tempo no programa de residência (meses)*				
1 a 12	40	70,0	12	44,4
13 a 24	17	30,0	15	55,6
Maior motivação para participar da residência**				
Melhoria do Currículo	25	31,0	6	14,0
Realização Pessoal	17	21,0	4	9,3
Ascensão Profissional	16	19,7	4	9,3
Interesse Próprio	7	8,6	6	14,0
Formação técnico-científica	8	10,0	2	4,6
Convivência com diferentes pessoas	3	3,7	4	9,3
Incentivos de profissionais do serviço	2	2,4	1	2,3
Convite	1	1,2	9	20,9
Orientação/Sugestão institucional	1	1,2	6	14,0
Outro	1	1,2	1	2,3

Fonte: *A autora*.

Notas: * Dados faltantes: Residentes: experiência profissional (n=1). Preceptores: tempo no programa de residência (n=2) **Número é maior do que o total de participantes da pesquisa, devido a duas ou mais respostas

A maioria dos preceptores eram profissionais da enfermagem (55,3%), seguidos pelos médicos veterinários (13,8%). A maioria dos preceptores também apresentou nível de Pós-graduação/Especialização (72,1%), com mais de 10 anos de experiência profissional (51,7%), a maioria com 13 a 24 no PRMSC (55,6%) e tendo como maiores motivações para participar da residência o convite (20,9%), seguido da melhoria do currículo (14,0%), interesse próprio (14%) e orientação/sugestão institucional (14,0%) (Tabela 2).

4.2.2 Escala de avaliação e conhecimento

A Escala de Avaliação e Conhecimento, com respostas do tipo *Likert* nominal, é composta por 5 Eixos: 1- Condição de infraestrutura; 2- Conhecimento de projeto pedagógico; 3- Qualificação do corpo docente; coordenadores; preceptores e tutores; 4- Integração do projeto pedagógico com o SUS e 5- Incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino. A confiabilidade das perguntas de cada Eixo foi avaliada pelo *Coefficiente Alfa Cronbach*, obtendo os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Coeficiente Alfa de Cronbach para o total de perguntas e para cada eixo

	Número de perguntas	Coefficiente	Interpretação
Total	43	0,91	Quase perfeita
Eixo 1 - Condições de infraestrutura	7	0,74	Substancial
Eixo 2 - Conhecimento do projeto pedagógico	19	0,86	Quase perfeita
Eixo 3 - Qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores	8	0,54	Moderada
Eixo 4 - Integração do projeto pedagógico com o SUS	4	0,72	Substancial
Eixo 5 - Incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino	5	0,80	Substancial

Fonte: *A autora*.

Para cada Eixo foi estabelecido o escore médio, desvio-padrão e mediana. Segundo o total de sujeitos participantes, o Eixo 5 apresentou a melhor média ($76,2 \pm 19,1$) e o Eixo 1 a pior média ($51,1 \pm 18,6$) (Tabela 4).

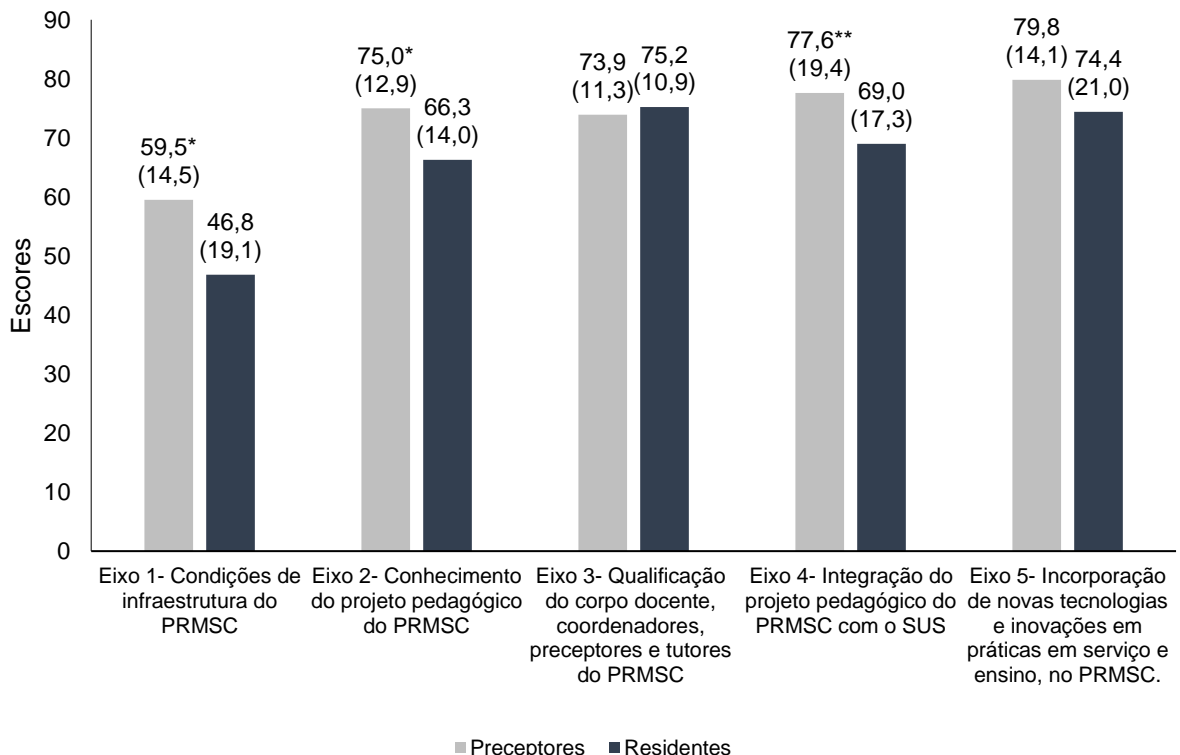
Tabela 4 - Escores médios da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo o total de sujeitos pesquisados residentes (n=57) e preceptores (n=29)

Eixos	Escore médio	Desvio-padrão	Mediana
Eixo 1 - Condições de infraestrutura	51,1	18,6	51,8
Eixo 2 - Conhecimento do projeto pedagógico	69,2	14,2	68,4
Eixo 3 - Qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores	74,8	11,0	75,0
Eixo 4 - Integração do projeto pedagógico com o SUS	71,9	18,4	75,0
Eixo 5 - Incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino	76,2	19,1	77,5

Fonte: A autora.

Foram comparados os escores para cada Eixo, entre os residentes e preceptores. O Eixo 1 apresentou o pior escore médio tanto para preceptores ($59,5 \pm 18,6$) quanto para residentes ($46,8 \pm 19,1$). O melhor escore médio para os preceptores foi para o Eixo 5 ($79,8 \pm 14,5$) e para os residentes foi o Eixo 3 ($75,2 \pm 10,9$). Observou-se diferença significativa para os Eixos 1, 2 e 4, sendo todos melhor avaliados pelos preceptores (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Escores médios e desvios-padrão da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores (n=29) e residentes (n=57).



Fonte: A autora.

Notas: *Diferença significativa entre os grupos ($p < 0,01$), Teste *t* de Student

** Diferença significativa entre os grupos ($p = 0,02$) Teste de Mann-Whitney

Os demais Eixos não tiveram diferenças significativas entre preceptores e residentes

A Tabela 5 apresenta a comparação entre os escores médios das perguntas do Eixo 1 (Condições de infraestrutura), segundo os preceptores e residentes. Foi observado diferença significativa nas perguntas “O programa disponibiliza locais de repouso para todos os seus residentes em quantidade suficiente e atendendo aos requisitos de conforto considerados adequados” e “O programa disponibiliza periódicos especializados em todas as áreas do conhecimento, de forma impressa ou eletrônica”, sendo que ambas apresentaram melhores avaliações pelos preceptores em relação aos residentes.

Tabela 5 - Escores médios das perguntas do Eixo 1 (condições de infraestrutura) da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes.

Perguntas	Preceptores N=29		Residentes N=57		p*
	Média (Desvio- padrão)	Mediana	Média (Desvio- padrão)	Mediana	
O corpo docente-assistencial (tutores e preceptores) conta com instalações (salas de professores, de reuniões e gabinetes de trabalho) equipadas adequadamente para a finalidade de ensino.	66,4(22,4)	75,0	55,3(30,5)	75,0	0,15
O programa disponibiliza salas de aula equipadas, com espaço físico e disponibilidade adequados para o ensino na residência multiprofissional.	71,5(17,3)	75,0	64,0(28,3)	75,0	0,38
O programa disponibiliza locais de repouso para todos os seus residentes em quantidade suficiente e atendendo aos requisitos de conforto considerados adequados.	34,5(27,9)	50,0	20,2(30,0)	0,0	0,01
O programa disponibiliza locais de convivência, estudo e reuniões de residentes.	70,7(25,9)	75,0	58,8(33,6)	75,0	0,16
O programa disponibiliza acesso à internet a todos os residentes.	70,7(26,8)	75,0	55,3(77,1)	50,0	0,08
O programa disponibiliza periódicos especializados em todas as áreas do conhecimento, de forma impressa ou eletrônica.	48,3(25,8)	50,0	32,5(30,6)	25,0	0,01
Os cenários de prática possuem o mobiliário e equipamentos em quantidade e estado de conservação adequados para as diferentes áreas profissionais.	54,3(27,6)	75,0	41,7(30,0)	25,0	0,06

Fonte: A autora.

Notas: *Utilizado Teste de Mann Whitney

Tabela 6 apresenta as comparações entre os escores médios das perguntas do Eixo 2 (Conhecimento do projeto pedagógico), segundo os preceptores e residentes.

Tabela 6 - Escores médios das perguntas do Eixo 2 (conhecimento do projeto pedagógico) da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes.

Perguntas	Preceptores N=29		Residentes N=57		p*
	Média (Desvio- padrão)	Mediana	Média (Desvio- padrão)	Mediana	
O projeto pedagógico foi apresentado e discutido (com preceptores e/ou residentes)	60,3(28,7)	75,0	40,3(29,9)	25,0	<0,01
O perfil do egresso e suas competências profissionais estão plenamente definidos.	61,2(25,5)	75,0	47,8(31,1)	50,0	0,05
Os objetivos do curso estão plenamente definidos, indicando os compromissos institucionais em relação ao ensino, à pesquisa e ao perfil dos egressos.	66,4(31,5)	75,0	53,1(29,9)	50,0	0,05
O número de preceptores corresponde plenamente aos objetivos do programa	75,0(24,1)	75,0	61,0(29,5)	75,0	0,04
Os cenários de prática são adequados para a formação do(a) residente, considerando o perfil dos egressos e os objetivos do programa.	81,9(21,0)	75,0	63,1(28,0)	75,0	<0,01
Os cenários de prática do programa conseguem absorver o total de residentes (R1 e R2).	77,6(26,2)	100,0	59,2(29,7)	75,0	<0,01
A relação do número de profissionais de saúde/residentes é suficiente para a realização das atividades propostas no cenário prático.	74,1(23,6)	75,0	64,5(26,7)	75,0	0,07
A organização didático-pedagógica da matriz curricular do eixo transversal do programa apresenta coerência com o perfil geral do egresso.	70,7(20,1)	75,0	56,1(26,4)	50,0	0,02
A carga horária contempla atividades na comunidade e nos serviços de saúde, incluindo todos os níveis de atenção em saúde.	76,7(22,1)	75,0	79,8(25,2)	75,0	0,32
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em atenção à saúde.	81,0(21,8)	75,0	75,4(22,9)	75,0	0,24
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em tomada de decisões.	75,0(24,1)	75,0	71,9(25,0)	75,0	0,61
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em comunicação. interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.	83,6(16,7)	75,0	75,0(27,9)	75,0	0,33
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em liderança.	75,9(21,6)	75,0	75,4(24,8)	75,0	0,87
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em administração e gerenciamento.	75,0(24,1)	75,0	69,3(28,7)	75,0	0,47
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em educação permanente.	82,8(19,0)	75,0	80,3(22,0)	75,0	0,74
A metodologia explícita como serão desenvolvidos os núcleos e campos comuns de competência dos diferentes núcleos profissionais no PRMSC, propiciando a interdisciplinaridade e o desenvolvimento do trabalho em equipes multiprofissionais.	72,4(24,4)	75,0	62,3(29,9)	75,0	0,16
O processo de avaliação dos residentes é um processo contínuo e a avaliação é formativa e focada em competências, conhecimentos, habilidades e atitudes.	81,0(25,6)	100,0	77,6(28,6)	100,0	0,65
O processo e avaliação dos residentes inclui processos de autoavaliação e mecanismos de recuperação do residente.	83,6(22,4)	100,0	77,3(28,6)	75,0	0,38
O PRMSC autoavaliação e a mesma está prevista tanto no projeto quanto no regimento interno.	70,7(25,1)	75,0	69,7(26,2)	75,0	0,98

Fonte: A autora.

Notas: *Utilizado Teste de Mann-Whitney

Foi observado diferença significativa nas perguntas “O projeto pedagógico foi apresentado e discutido”, “O número de preceptores corresponde plenamente aos objetivos do programa”, “Os cenários de prática são adequados para a formação do(a) residente, considerando o perfil dos egressos e os objetivos do programa”, “Os cenários de prática do programa conseguem absorver o total de residentes”, e “A organização didático-pedagógica da matriz curricular do eixo transversal do programa apresenta coerência com o perfil geral do egresso”. Em todas as perguntas, a avaliação dos preceptores foi melhor em relação aos residentes (Tabela 6).

A tabela 7 apresenta as comparações entre os escores médios das perguntas do Eixo 3 (Qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores), segundo os preceptores e residentes.

Tabela 7 - Escores médios das perguntas do Eixo 3 (qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores) da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes.

Perguntas	Preceptores N=29		Residentes N=57		p*
	Média (Desvio- padrão)	Mediana	Média (Desvio- padrão)	Mediana	
O PRMSC tem representantes (coordenadores, preceptores e tutores) na Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU).	83,6(24,4)	100,0	91,2(19,8)	100,0	0,03
O PRMSC tem representantes de residentes na Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU).	89,6(18,3)	100,0	96,0(14,0)	100,0	0,03
O corpo docente-assistencial (preceptores, tutores e docentes) possui formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular do PRMSC.	79,3(24,1)	75,0	71,5(29,7)	75,0	0,28
O Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) contempla representantes do PRMSC.	69,8(21,5)	75,0	61,8(23,7)	50,0	0,12
O (A) coordenador (a) do PRMSC possui graduação em um dos núcleos profissionais do programa, título de doutor e experiência como preceptor/tutor de programa de residência ou experiência de gestão acadêmica ou assistencial.	83,6(22,4)	100,0	91,2(19,2)	100,0	0,07
Mais de 2/3 (dois terços) dos preceptores do PRMSC titulação reconhecida pelo MEC de mestrado e/ou doutorado.	51,7(21,1)	50,0	55,7(24,6)	50,0	0,34
Mais de 2/3 (dois terços) dos docentes do PRMSC têm titulação reconhecida pelo MEC de mestrado e/ou doutorado.	56,9(21,0)	50,0	62,2(22,7)	50,0	0,37
Mais da metade dos preceptores do PRMSC já participaram de ao menos uma formação de preceptoria/tutoria após o início do programa.	76,7(22,1)	75,0	71,9(26,7)	75,0	0,53

Fonte: *A autora.*

Notas: *Utilizado Teste de Mann Whitney

Foi observado diferença significativa nas perguntas “O PRMSC tem representantes (docente, coordenadores, preceptores e tutores) na COREMU)” e “O PRMSC tem representantes de residentes na COREMU)”. Em ambas as perguntas, a avaliação dos residentes foi melhor em relação aos preceptores (Tabela 7).

A Tabela 8 apresenta as comparações entre os escores médios das perguntas do Eixo 4 (Integração do projeto pedagógico com o SUS), segundo os preceptores e residentes. Foi observado diferença significativa na pergunta “O projeto e a dinâmica de funcionamento apresentam elementos que demonstram articulação com outros programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde (incluindo residência médica)”, sendo a avaliação dos preceptores melhor em relação aos residentes.

Tabela 8 - Escores médios das perguntas do Eixo 4 (integração do projeto pedagógico com o SUS) da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes.

Perguntas	Preceptores N=29		Residentes N=57		p*
	Média (Desvio- padrão)	Mediana	Média (Desvio- padrão)	Mediana	
O projeto e a dinâmica de funcionamento demonstram integração com o sistema local e regional de saúde e com o SUS.	87,9(17,2)	100,0	82,5(21,6)	75,0	0,29
O projeto e a dinâmica de funcionamento indicam parcerias do programa com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino e serviço.	83,6(23,4)	100,0	82,0(21,5)	75,0	0,57
O projeto e a dinâmica de funcionamento apresentam elementos que demonstram articulação com diferentes níveis de formação com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde.	73,3(22,1)	75,0	71,0(25,3)	75,0	0,84
O projeto e a dinâmica de funcionamento apresentam elementos que demonstram articulação com outros programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde (incluindo residência médica).	65,5(30,9)	75,0	40,3(31,6)	25,0	0,001

Fonte: A autora.

Notas: *Utilizado Teste de Mann Whitney

A Tabela 9 apresenta as comparações entre os escores médios das perguntas do Eixo 5 (Incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino), segundo os preceptores e residentes. Foi observado diferença significativa na pergunta “Desenvolveu atividades práticas em colaboração interdisciplinar”, sendo a avaliação dos preceptores melhor em relação aos residentes.

Tabela 9 - Escores médios das perguntas do Eixo 5 (incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino) da Escala de Avaliação e Conhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, segundo preceptores e residentes

Perguntas	Preceptores N=29		Residentes N=57		p*
	Média (Desvio- padrão)	Mediana	Média (Desvio- padrão)	Mediana	
Auxiliou no desenvolvimento e/ou adaptação de novos protocolos de cuidados.	77,6(19,3)	75,0	76,3(26,9)	75,0	0,70
Desenvolveu metodologias ativas no processo de formação dos residentes.	71,5(28,1)	75,0	78,5(21,4)	75,0	0,28
Apresentou inovações didáticas e uso de tecnologias da informação.	75,0(18,9)	75,0	69,3(29,9)	75,0	0,79
Desenvolveu atividades práticas em colaboração interdisciplinar.	87,9(15,8)	100,0	73,7(28,5)	75,0	0,02
Desenvolveu atividades práticas em colaboração interprofissional.	87,1(15,8)	100,0	74,1(28,7)	75,0	0,05

Fonte: A autora.

Notas: *Utilizado Teste de Mann Whitney

4.2.3 Análise do discurso do sujeito coletivo.

As ideias centrais dos discursos coletivos dos preceptores e residentes sobre o PRMSC, para as três perguntas realizadas, serão apresentadas a seguir.

As ideias centrais dos discursos coletivos das potencialidades, segundo os preceptores do PRMSC, para a primeira pergunta “*Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*”, estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Discursos coletivos das potencialidades segundo os preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “*Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*”

(continua)

Potencialidades Ideias Centrais e representações quantitativas (valores percentuais)	Discurso Coletivo de preceptores
Ensino-Serviço (25,0%)	<i>O Programa proporciona experiência e integração no ensino-serviço e que sem dúvidas muda a perspectiva de vida de todos os integrantes do processo. É importante para a formação profissional, uma oportunidade que coloca os residentes dentro do contexto da saúde coletiva. Promove autoavaliação nos serviços, no sentido de rever posturas e práticas, sua eficácia e impacto no contexto social que o serviço atua. Estabelece vínculo entre os pontos de atenção e a academia, propiciando o crescimento e desenvolvimento, amplia o leque de competências e agrega valores extremamente importantes aos profissionais que a graduação não consegue passar. Tenho a expectativa de poder contribuir na formação de profissionais trabalhadores do SUS, insere novos profissionais dispostos a mudar seu ambiente de trabalho e ao mesmo tempo capacita ambas as partes no acolhimento, resolutividade de problemas e planejamento de ações além das questões específicas de cada eixo.</i>

Quadro 2 - Discursos coletivos das potencialidades segundo os preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?”

(conclusão)

Potencialidades Ideias Centrais e representações quantitativas (valores percentuais)	Discurso Coletivo de preceptores
Trabalho interprofissional, interdisciplinar e as consequências desta organização para o SUS (22,8%)	<i>A Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva proporciona atendimento diferenciado aos usuários do SUS, profissionais pelos quais certamente muitos usuários não conseguiriam acessar. Esses profissionais estão dia a dia mudando a realidade de muitas comunidades, com trabalho interprofissional e mudanças no cenário da prática do SUS, para o SUS. A residência é de suma importância para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares no campo assistencial e de extrema importância para o entendimento e valorização do SUS pelas diversas categorias profissionais. Recebemos diferentes profissões que agregam e aumentam a abrangência do cuidado prestado, desta forma, possibilitam maiores oportunidades à população com a contribuição efetiva de profissionais nas diversas áreas de formação em saúde. Possui atenção uni e multiprofissional e quem sai ganhando além dos atuantes, são os usuários dos serviços, o atendimento a população melhora bastante, principalmente a domiciliar. Um ganho para serviços e para a gestão, ambos só têm a ganhar com esta parceria que fortalece o SUS.</i>
Residência em processo de construção (18,8%)	<i>A Residência está amadurecendo. A cada momento que passa é um processo de construção de degrau em degrau, percebe-se que há muita dedicação e carinho nessa construção. É uma boa proposta, rica, valiosa e importante, um projeto bem desenvolvido e estruturado, com objetivos claros com uma boa rede de comunicação e integração.</i>
Conhecimento teórico-prático (14,6%)	<i>Tenho aprendido muito devido a grande troca de conhecimentos, teóricos práticos e de outras áreas, ampliando a visão de cuidado. Considero de fundamental importância tal processo de formação dos residentes. [Porque] propicia a eles conhecerem uma visão ampla dos serviços, realidades diferentes e experimentarem a prática junto com os outros profissionais de diferentes áreas ainda no período de formação.</i>
Inovação (12,5%)	<i>É um processo novo que estamos vivenciando em nosso processo de trabalho que nos trouxe mudanças positivas, incrementa o setor com novas propostas. Está sendo válida [a formação] em relação ao processo de trabalho. Através dela pode-se incorporar uma nova dimensão de trabalho junto ao usuário e/ou comunidades, um projeto inovador do SUS é importante proporcionar um programa como esse ao município.</i>
Profissionalidade (6,3%)	<i>Um projeto inovador tanto para os profissionais residentes e profissionais dos cenários de práticas, uma oportunidade excelente de vivência e crescimento profissional e pessoal.</i>

Fonte: A autora.

Para os preceptores a ideia central das potencialidades com maior representação foi ensino-serviço (25%), seguido pelo trabalho interprofissional, interdisciplinar e as consequências desta organização para o SUS (22,8%), residência em processo de construção (18,8%), conhecimento teórico-prático (14,6%), inovação (12,5%) e profissionalidade (6,3%) (Quadro 2).

As ideias centrais dos discursos coletivos das potencialidades, segundo os residentes do PRMSC, para a primeira pergunta “*Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*”, estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Discurso do Sujeito Coletivo das potencialidades, segundo os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta “*Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*”

(continua)

Potencialidades Ideias Centrais e representações quantitativas (valores percentuais)	Discurso do Sujeito Coletivo de Residentes
Conhecimento teórico-prático (28,4%)	<p><i>A residência multiprofissional é um caminho de 2 anos que vale muito a pena, conhecemos vários setores e temos a oportunidade de aprender neles, traz muitas vivências interessantes, nos integrando aos serviços do SUS, o aprendizado é gigante, meu objetivo é adquirir experiência e ele está sendo concluído tanto para a vida profissional quanto pessoal. Realmente muita coisa é absorvida em forma de conhecimento e isso nos faz ser conhecedores das práticas na Saúde Pública. Aprendi coisas que a faculdade nunca ensinou, passei por lugares que dificilmente poderia conhecer como recém-formado, compreendi melhor a rede e seus atrasos, me esforcei para modificar algumas coisas, erre e aprendi muito nesse processo, certamente a experiência mais intensa da minha vida. Considero a Residência como uma oportunidade para ampliar, explorar e aperfeiçoar o conhecimento prático e técnico, estamos inseridos na política de saúde, não apenas como meros coadjuvantes, estamos construindo a política na ponta, com erros e acertos, o volume de conhecimento inegável diante de inúmeras experiências vivenciadas.</i></p>
Residência em processo de construção (23,5%)	<p><i>O Programa em si é muito bom, mas como é muito novo, ainda precisa ser lapidado para se ajustar ao sistema, mas em 2 anos a Residência já foi “notada” e em muitos locais é bem vista. Ainda é considerável que esteja em processo de adaptação e em busca de melhoria com mudanças bruscas nas atividades, creio que as dificuldades encontradas se devem a esse fato. O projeto é bem descrito, teoricamente bem estruturada, porém ainda em processo de organização. Tem uma estrutura boa, com coordenadores que lutam por essa estruturação e são muito competentes. Vejo o programa ainda em processo de fortalecimento descoberta/redescoberta devido seu tempo de existência. Porém vejo mais potencialidade do que fragilidades, e, fico muito feliz com a coordenação ouvir nossas queixas/sugestões e nos dar feedback sobre os mesmos. O ganho de espaço e visibilidade, e reconhecimento melhorarão com o tempo, algo que a residência merece.</i></p>

Quadro 3 - Discurso do Sujeito Coletivo das potencialidades, segundo os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta “Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?”

(conclusão)

Potencialidades Ideias Centrais e representações quantitativas (valores percentuais)	Discurso do Sujeito Coletivo de Residentes
Formação Integral (21,0%)	<p><i>A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva qualifica o profissional já com formação acadêmica e aprofunda o nível de conhecimento, tanto teórico quanto prático, forma um profissional mais completo, que prestará um serviço mais técnico, humanizado e de melhor qualidade. O programa proporciona uma relação maior de pesquisa, penso que seja um excelente espaço da construção de uma identidade e perfil profissional, ética, política e amadurecimento em todos os níveis, como exemplo, passo na gestão, que somente nessa residência tem a possibilidade de perceber essa relação com a prática de uma forma mais abrangente e concisa. Acredito que não só para mim, mas para a maioria é/ tem sido momento de descobertas pessoais e profissionais construção contínua e desconstrução também, o mais importante, me tornei mais humano e mais empático (não sei se existe essa palavra), toda essa carga que estou carregando para o meu futuro, difere de muitos profissionais e isso é a magia da residência. Por fim, vejo a residência como uma grande oportunidade de evolução pessoal, profissional e espiritual por ser possível ensinar e aprender com outros profissionais de diferentes áreas vivenciar outras realidades propor mudanças e melhorar o mundo em que vivemos.</i></p>
Educação Interprofissional (11,0%)	<p><i>Adoro a lógica da residência, de trabalhar com várias profissões e aprender com elas é muito gratificante poder conhecer mais das outras profissões, sendo assim, é uma forma muito inteligente de inserir diversas profissões em diversas áreas da saúde. O PRMSC é um programa de grande importância dentro da Rede de Atenção Básica, pois possibilita o trabalho multiprofissional e agrega o conhecimento interdisciplinar. O contato com profissionais ótimos me motiva a buscar sempre mais. É de grande relevância destacar a interação e comunicação, um dos ganhos é o aumento de conhecimento teórico ou prático.</i></p>
Ensino-serviço (9,9%)	<p><i>A Residência como articulação mais intensa entre ensino, pesquisa e trabalho. Insere os residentes nas diversas esferas do serviço público, permite a integração dos serviços da Rede de Atenção a Saúde, este é o lado positivo por ser dinâmica, na qual você pode alternar em UBS, atenção secundária e terciária, traz experiências diversas, é extremamente válida para formar profissionais que consigam trabalhar em rede e desenvolver atividades em grupo. Através do ensino e da prática possibilita benefícios para os residentes e profissionais de saúde.</i></p>
Cuidado (6,2%)	<p><i>A Residência permite ao profissional uma visão integral de cada paciente, ampliando os cuidados que podem ser oferecidos na promoção da saúde. Oferece maior disponibilidade profissional e assistencial para usuários e comunidade, pois tem a oportunidade de ter profissionais de diversas áreas disponíveis nas UBS, sabe-se a importância do Programa para que outras profissões com outras visões possam auxiliar na melhoria do acesso e qualidade do serviço da saúde pública.</i></p>

Fonte: A autora.

Para o grupo de residentes as potencialidades verificadas foram: o conhecimento teórico-prático (28,4%), seguido por residência em processo de

construção (23,5%), formação integral (21%), educação profissional (11%), ensino-serviço (9,9%) e cuidado (6,2%) (Quadro 3).

As ideias centrais dos discursos coletivos das fragilidades, segundo os preceptores do PRMSC, para a primeira pergunta “*Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*”, estão apresentadas no Quadro 4.

Para preceptores as ideias centrais das fragilidades para foram: Imposição da atividade de preceptoria (45,4%); desvalorização (27,3%) e dificuldade no campo prático e profissional (27,3) (Quadro 4).

Quadro 4 - Discurso do Sujeito Coletivo das fragilidades segundo os preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?”

Fragilidade Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	Discurso do Sujeito Coletivo de preceptores
Imposição da atividade de preceptoria (45,4%)	<i>Nunca me perguntaram se eu gostaria de ser preceptora, questionaram isso depois que já haviam contado comigo, precisa ter contato com a participação dos futuros preceptores desde o início, faltou comunicação e transparência. Precisa ser melhor difundida entre os servidores, há uma carência de entendimento de muitos setores/colaboradores sobre o que é residência e o papel do residente.</i>
Desvalorização (27,3%)	<i>Me entristece observar a pouca valorização que alguns gestores dão ao processo, falta incentivos com recursos e seria melhor se houvesse remuneração para tutores e preceptores.</i>
Dificuldades do campo prático e profissional (27,3%)	<i>Sinto falta de algumas profissões, como fonoaudiologia, medicina, que são profissões de grande necessidade em saúde coletiva. Tenho dificuldades para entender e aplicar as atividades a serem desempenhadas pelas residentes e da demora para iniciarem o desenvolvimento dos projetos, por isso, deverá ser revisto o tempo que o residente passa pelo serviço de atenção.</i>

Fonte: A autora.

As ideias centrais dos discursos coletivos das fragilidades, segundo os residentes do PRMSC, para a primeira pergunta “*Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?*”, estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Discurso do Sujeito Coletivo das fragilidades segundo os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?”

Fragilidade Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	Discurso do Sujeito Coletivo de residentes
Predominância do uniprofissional processo de trabalho da categoria profissional em detrimento do multiprofissional (16,7%)	<i>Muitas vezes fico chateada por causa do serviço uniprofissional me sufoca, como enfermeir[a] não consigo realizar o “multi” na UBS, devido à grande demanda e isso me decepciona. Por se tratar de uma residência multiprofissional, acreditava que iria realmente fazer o trabalho multiprofissional com toda equipe, discutir casos, trabalharmos todos para o bem comum, mas, acaba que a maior parte do tempo faço o trabalho uniprofissional somente da minha formação acadêmica. É necessário considerar o tempo ocioso dos residentes, na medida que sejam preenchidos com atividades em conjunto entre os residentes para que possamos nos direcionar e todos seguirem o mesmo fluxo e direção, estejam alinhados em projetos continuamos, faltam esses momentos de interação entre os residentes e também com outros programas de residência.</i>
Desconhecimento dos trabalhadores da Saúde sobre a Residência (16,7%)	<i>A principal consideração a fazer é a respeito da escolha dos preceptores que deve exigir um critério mais rigoroso para que o perfil profissional seja compatível para assumir tal cargo, uma vez que isso irá refletir 100% na atuação dos residentes no local, pois a grande falha está em que nem mesmo os preceptores sabem qual o papel do residente, os profissionais que ali trabalham não sabem qual é a real função no residente, fazendo que algumas barreiras no acolhimento de muitos fossem criados. Mas acredito que logo teremos boas mudanças nesse requisito, acredito que os funcionários que mantêm o contato com residentes possam ser mais instruídos.</i>
Dificuldade de inserção nos cenários de prática (13,9%)	<i>Por ser novo dentro dos serviços, ou por ter profissões que não estão na equipe “mínima” nós residentes acabamos encontrando dificuldade em nos inserir em alguns campos de atuação, infelizmente nem todo ambiente aceita e merece residente. É necessário realizar um filtro em serviços que não estão abertos a receber residentes e o residente tem que se adaptar ao cronograma da residência sem afetar os outros residentes por motivos de não gostar do local.</i>
Direcionamento Indevido das atividades (13,9%)	<i>Na prática está faltando mais o desempenho da ideia inicial da residência, pois ele é muito utilizado para suprir falta de funcionários do quadro de servidores municipais, o que prejudica o aprendizado e o entendimento do papel do residente, muitas vezes estamos “tapando buraco” por falta de profissionais, ou o residente substitui o funcionário, ou ele não faz nada.</i>
Aspectos teóricos (11,1%)	<i>Uma “coisa” que precisa melhorar são as aulas de eixo comum e área específica. O que mais faz falta é focar mais nos assuntos da saúde coletiva, as aulas devem ter mais articulação com as atividades desenvolvidas pelos residentes, criação de protocolos para cada área e discussões de casos clínicos. Os mesmos devem ter suas críticas e sugestões mais consideradas.</i>
Exaustiva Carga Horária (11,1%)	<i>A carga horária nos ocupa muito tempo, é alta afeta diretamente a saúde do residente, o fato de ser necessário pagar as horas até referente a atestados faz com que deixe o residente sobrecarregado e optando em alguns dias por trabalhar doentes, o que considero desumano.</i>
Organização didático-pedagógica (83%)	<i>Necessita aperfeiçoar o processo pedagógico, pois muitas vezes temos coisas e mudanças que nos exigem tempo de estudo, mas por vezes passa sem ter um estudo qualificado e aprofundado, porque o tempo é fragmentado, algumas horas para muitas coisas diferentes. Além de algumas situações não serem levadas, como importantes levando a distância de alguns residentes do programa.</i>
Comprometiment o da Saúde Mental (8,3%)	<i>Está sendo cansativo, tenho pouco tempo para minha família e para os afazeres domésticos, tenho constante cansaço. É necessário um cuidado com a saúde física e mental do residente.</i>

Fonte: A autora.

Para os residentes as fragilidades foram compostas pelas seguintes ideias centrais: predominância do uniprofissional (16,7%), desconhecimento dos trabalhadores da saúde sobre a Residência (16,7%), dificuldade de inserção nos cenários de prática (13,9%), direcionamento indevido das atividades (13,9%), aspectos teóricos (11,1%), exaustiva carga horária (11,1%), organização didático-pedagógica (8,3%) e comprometimento da saúde mental (8,3%) (Quadro 5).

As ideias centrais dos discursos coletivos, segundo os preceptores do PRMSC, para a segunda pergunta “Tendo como base suas experiências anteriores de formação, a residência multiprofissional se assemelha ou difere? Explique sua resposta”, estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Discurso do Sujeito Coletivo referente aos preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Tendo como base suas experiências anteriores de formação, a residência multiprofissional se assemelha ou difere? Explique sua resposta”.

Experiências Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	Discurso do Sujeito Coletivo de preceptores
Difere (72,4%)	<i>Minha formação anterior foi uniprofissional, tradicional, com metodologia bancária, cartesiana. A Residência é uma proposta mais abrangente, com muitos olhares voltados ao cuidado multiprofissional, as vivências são maiores, propiciando maior aprendizado, o profissional aprende a se relacionar com outras pessoas, como colegas de trabalho e usuários, agregando valores humanos à sua formação e oferece oportunidade de conhecer a rede e com os serviços são interligados da atenção primária a terciária, na minha formação, havia uma apresentação fragmentada da rede, outra diferença é utilização de metodologias ativas, trazendo o aluno e sua realidade para o centro do processo, sem ocorrer de maneira mecânica, como foi meu processo de formação, por exemplo: o sujeito é capaz de atuar e participar no seu processo de aprendizagem e avaliação.</i>
Assemelha (13,8%)	<i>Se assemelha e amplia cada dia mais, com a especialização que fiz, pois por meio do trabalho interdisciplinar o indivíduo pode ser visto como um todo, pensar junto com pessoas e profissões diferentes deixa tudo mais rico e quando é usada metodologias ativas com crescimento horizontal.</i>
PRMSC como primeira experiência (13,8%)	<i>Essa é a primeira experiência e é relativamente nova iniciei com a primeira turma da SMS, assim não consigo exemplificar semelhanças ou diferenças.</i>

Fonte: A autora.

Para 72,4% dos preceptores a formação da residência se difere das experiências anteriores, para 13,8% se assemelha e 13,8% deles consideram a residência como a primeira experiência (Quadro 6).

As ideias centrais dos discursos coletivos, segundo os residentes do PRMSC, para a segunda pergunta “Tendo como base suas experiências anteriores de

formação, a residência multiprofissional se assemelha ou difere? Explique sua resposta”, estão apresentadas no Quadro 7.

Quadro 7 - Discurso do Sujeito Coletivo segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Tendo como base suas experiências anteriores de formação, a residência multiprofissional se assemelha ou difere? Explique sua resposta”.

Experiências Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	Discurso do Sujeito Coletivo de residentes
<p>Difere (73,7%)</p>	<p><i>Difere muito da realidade que vivenciei na graduação puramente acadêmica, a Residência foge do foco uni, e sim há interação entre as profissões, o aprendizado é diverso e a aplicabilidade é quase imediata, possibilita uma gama maior de conhecimento e alinha teoria à prática profissional, hoje como residente sinto que sou capaz de exercer atividades que antes não realizava, estou tendo oportunidades de aprendizado nunca vividos na faculdade. No que se refere ao trabalho, sempre trabalhei em locais onde o serviço era primeiro, o interesse era o lucro, a Residência Multiprofissional permite compreender a integralidade do paciente, me deu uma nova perspectiva, sofri junto com alguns pacientes, sorri junto com outros, na área privada somos apenas parte do cenário, no SUS nós somos protagonistas. Comparando com outro programa de residência que conclui, consigo ver bastante diferenças, por ser um programa em saúde coletiva, quando entrei imaginei que seria mais abrangente do que a saúde da família e felizmente estava cert[a], o programa abre espaço para o conhecimento de todo o sistema de saúde do município e agora também do Estado. E isso não acontece em todos os programas, por exemplo, onde fiz meu primeiro estágio optativo eles não trabalhavam muito com os outros profissionais se encontram apenas nas reuniões para discutir alguns casos ou em ações isoladas e isso dificulta muito prática profissional.</i></p>
<p>Assemelha (21,0%)</p>	<p><i>Durante a graduação, houveram espaços para o estudo, mas também tínhamos um tempo usado para aplicação da teoria e contato com a população. Sendo assim, tínhamos uma visão do geral e isso facilitava o conhecimento e não só uma visão sobre como as coisas aconteciam. Já fui concursado[a] em uma Prefeitura e o trabalho que realizo na residência é praticamente o mesmo só aumenta a carga horária, no desenvolvimento do trabalho sinto que na residência tem mais autonomia do que em meu antigo emprego, embora algumas pessoas nos tratem como estagiários, mas quando desenvolvo o meu trabalho, consigo demonstrar meu potencial. Em questão de convívio pessoal, pois a interação muitas vezes é difícil (conflito, discordância, etc.) é muito parecida, afinal, onde existe pessoas vão haver desafios.</i></p>
<p>PRMSC como primeira experiência (5,3%)</p>	<p><i>A residência está sendo meu "primeiro emprego" na área de formação. Do mesmo modo, nunca tive conhecimento acerca de outras residências.</i></p>

Fonte: A autora.

Para 73,7% dos residentes a formação se difere das experiências anteriores, para 21% se assemelha e para 5,3% a residência foi a primeira experiência (Quadro 7).

As ideias centrais dos discursos coletivos, segundo os preceptores do PRMSC, para a terceira pergunta “Como você tem aprendido e ensinado nesta residência?”, estão apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 - Discurso do Sujeito Coletivo segundo preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Como você tem aprendido e ensinado nesta residência?”.

Ensino-aprendizado	Discurso do Sujeito Coletivo de preceptores
Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	
Vivendo a realidade (32,6%)	<i>Ensino quando tenho que adequar as propostas para a nossa realidade [...] quando coloco em prática outras maneiras de atuar [...] busco passar meus conhecimentos sem restrições, conviver com profissionais mais jovens/ou com menos experiência nos dá a oportunidade de aprender também. Tenho aprendido as questões pedagógicas e a própria questão de residência em si, como uma realidade nova no município, no dia a dia na elaboração de projetos/ ideia que vem contribuir para a melhoria da realidade que estamos inseridos, com as trocas de experiências com os residentes. Através do processo de trabalho, dos participantes e das críticas, que nos fazem crescer e amadurecer. Aprendendo e ensinando a "passar" o conhecimento adquirido com o dia a dia. Mudando concepções, mostrando o que, como e quando fazer determinadas ações e atividades, com a coordenação instruindo, com os colegas em trocas de experiências e principalmente convivendo e fazendo a preceptoria dos residentes. Está sendo inovador, inspirador e libertador!</i>
Educação Interprofissional (15,2%)	<i>A residência é a oportunidade para fazer a diferença na vida dos profissionais que estão buscando essa formação contribuindo com o processo e absorver conhecimentos com profissionais de diferentes profissões, mas que juntos atuam para dos programas em benefícios da saúde da população, busco absorver todo o conhecimento que elas passam de suas profissões, atualizo meus conhecimentos em saúde coletiva e me aproximo de novas áreas (odonto e veterinária, por exemplo). Quanto ao ensino busco fortalecer condutas que visem a interdisciplinaridade, com atividades coletivas multiprofissionais, com atendimentos individuais, porém de forma coletiva, é uma troca constante com muita riqueza que a multidisciplinariedade traz.</i>
Diálogo (13,0%)	<i>Aprendendo quando ouço as proposições d[as] residentes, ouvir sempre foi uma dificuldade, tenho aprendido a ouvir e não julgar e isso me possibilita ampliar o leque de soluções [...] discutindo, estando aberto, através das conversas com [as] R2 e também compartilho conhecimento com eles na prática do dia-a-dia. O diálogo com as residentes sempre foi muito franco e abertos, aprendo e ensino na discussão de casos clínicos e no diálogo com outros tutores e preceptores.</i>
Ensinando e aprendendo (10,9%)	<i>Acredito que o aprendizado aconteça de maneira mútua, para residentes quanto preceptores, é uma metodologia de mão dupla, um processo de ensino aprendizagem no qual você ensina e aprende, vejo que mais aprendo do que ensino. Aprendo, ensino, reclino e renovo os conhecimentos.</i>
Autonomia (8,7%)	<i>Dou autonomia para tomada de decisões, residentes equipe e residentes de usuário. Ensinando com empatia, fomentando o processo de autoavaliação para o aprimoramento, a aprendizagem está sendo volta a como inserir o residente no contexto assistencial tomando proativo no processo.</i>
Com preparação (8,7%)	<i>Por terem uma visão mais global sobre o sistema de saúde do município, estou aprendendo muito sobre os acessos ao serviço com os residentes. Tive que me preparar para ensinar, o que melhorou minha atuação profissional. Estou aprendendo, participo dos grupos mensais de preceptoria e vejo vários colegas colocando como atuam e resolvem suas questões e se organizam, através de busca do conhecimento com a coordenação da residência e leitura de texto para conseguir sanar as dúvidas dos residentes.</i>
Estratégia de Ensino (8,7%)	<i>A atuação é única e proporciona diversas possibilidades como: consultas compartilhadas, discussões em saúde, reunião de feedback após cada novo grupo/ programa iniciado, avaliação, práticas interativas [...] e outras...Tentando aprimorar técnicas de ensino e superar o sistema cartesiano anterior e voltar as ações para a resolução de problemas e metodologia ativa.</i>
Exemplo (2,2%)	<i>Busco ensinar com exemplos, com atitudes positivas e de incentivos aos residentes. Tenho aprendido a corrigir minhas falhas, que nem todos conseguem entender esse processo</i>

Fonte: A autora.

Para o grupo de preceptores destacaram-se as ideias centrais: vivendo a realidade (32,6%), educação interprofissional (15,2%), diálogo (13%), ensinando e aprendendo (10,9%), autonomia (8,7%), com preparação (8,7%), estratégia de ensino

(8,7%) e exemplo (2,2%) (Quadro 8).

As ideias centrais dos discursos coletivos, segundo os residentes do PRMSC, para a terceira pergunta “Como você tem aprendido e ensinado nesta residência?”, estão apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Discurso do Sujeito Coletivo segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Como você tem aprendido e ensinado nesta residência?”

(continua)

Ensino- aprendizado Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	Discurso do Sujeito Coletivo de residentes
<p>Vivendo a realidade</p> <p>(30,4%)</p>	<p><i>Quando entrei no programa, eu sabia que aprenderia muito, porém, não esperava isso na intensidade que estou vivendo é manhã/tarde/noite respirando problemáticas da residência. O aprendizado está sendo na prática. Tenho aprendido de uma forma mais abrangente no desenvolvimento das práticas cotidianas que vivencio, trabalhar em diferentes campos de serviços. Como para mim foi tudo muito novo cada dia eu aprendo algo através da UBS, ponto de atenção e do auxílio dos demais profissionais da rede que se disponibilizam a nos ensinar. O aprendizado maior ocorre no dia-a-dia conforme as situações não acontecendo e é preciso tomar decisões e ter iniciativa de buscar soluções e respostas, erros e acertos, mas principalmente desenvolvendo atividades que fazem desenvolver no profissional. Creio que espaço onde aprendo é o mesmo de ensino: na prática multiprofissional e nas atividades coletivas, seja com funcionários da rede seja nas atividades com usuários do SUS, saber lidar com o próximo, entender suas dificuldades e fazer o correto para suprir necessidade é algo somente se aprende na vivência, os serviços de saúde sempre serão escolas, sempre há alguém que possamos ensinar e muito aprender.</i></p>
<p>Educação Interprofissional</p> <p>(26,6%)</p>	<p><i>O maior aprendizado eu tive com os outros residentes, principalmente na atuação interprofissional, com todos os profissionais que tenho contato aprendi muito sobre as outras áreas da saúde, aprendi ter uma outra visão de meus pacientes. A residência é uma troca de área de conhecimento com os diversos profissionais que temos contado tanto da própria profissão, mas principalmente de profissões diferentes que muitas vezes não sabia que poderiam trabalhar em conjunto e atender um paciente de forma mais completa. As vivências com experiências diferentes permitem uma troca de conhecimentos em igual, principalmente nos momentos de discussão de caso e na observação das atividades. Aprendo e ensino através do desenvolvimento das atividades multiprofissionais, onde compartilho meus conhecimentos e também aprendo com minha equipe. Tive oportunidade de trabalhar e aprender com profissionais extremamente capacitados. Não consigo mensurar a quantidade de aprendizado que tive tanto observando, quanto agindo. Ensino através do compartilhamento de conhecimentos em atendimento em conjunto, elaboração de projetos desenvolvimento de atividades em grupos. Ensino da mesma forma que aprendo com as demais profissões, ensino o que sei e o que está dentro da realidade dos pacientes e profissionais.</i></p>
<p>Comunidade</p> <p>(16,5%)</p>	<p><i>Em relação a ensinar, acredito que estou conseguindo transmitir para a população coisas básicas por meio da educação em sala de espera, nas escolas com os projetos, nas visitas domiciliares, por meio da educação em saúde, participando dos grupos, palestras. Ensino para os pacientes por exemplo quais as medidas devem ser tomadas com relação a uma medicação errada. Ensino quando me preocupo com o outro, preciso ter conhecimento maior, não somente o empírico, mas o conhecimento científico. Ensino que o humano é além do físico diferença entre uma palestra e um grupo terapêutico, ensino através de cada ação que é realizada na comunidade. Também tenho aprendido e ensinado com a comunidade através da troca de realidades e conhecimento, principalmente com os pacientes, aprendizado de vida, com a vivência de vida deles, aprendido muito sobre o paciente enquanto indivíduo e não como doença.</i></p>

Quadro 9 - Discurso do Sujeito Coletivo segundo residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e representações quantitativas (valores percentuais), para a pergunta: “Como você tem aprendido e ensinado nesta residência?”.

(conclusão)

Ensino-aprendizado Ideias Centrais e representações quantitativas (%)	Discurso do Sujeito Coletivo de residentes
Aulas (8,9%)	<i>Através das aulas de eixos específicos e algumas dos eixos comuns e claro os eventos e cursos nos fornecem um grande aprendizado. E quando não sei ou não tenho certeza busco na literatura. No geral, busco os horários de folgas e de descanso, porque sinto falta da teoria na prática, porque nos sugerem vários questionamentos e poucas vezes podemos dispensar tempo para a pesquisa/estudo. E é com base em tudo isso que eu consigo atender um paciente que esteja precisando de cuidados ou não repassando a ele meus conhecimentos e orientando quando necessário.</i>
Curiosidade (7,6%)	<i>Acredito que consegui passar um pouco de meu conhecimento para os paciente e colegas, a maioria das informações trocadas foi através de curiosidade e dúvidas dos pacientes. Busco informações, pergunto para enfermeiros mais experientes, as aulas também nos ensinam muito, quase todo dia aprendo algo novo, percebo que necessitei sair da zona de conforto, cada lugar que passei e tive várias experiências boas sempre tento conversar e aprender o máximo, vendo, indo atrás e tirando dúvidas. Ensinado com o pouco que podemos contribuir em todos os setores, uma informação a mais uma dúvida que ninguém havia pensado.</i>
Visão de Mundo (3,8%)	<i>Tenho ensinado com meu posicionamento em defesa dos direitos dos usuários, através da prática profissional individual e atividades em grupo. É possível levar para os profissionais que estamos envolvidos uma nova visão sobre o serviço de saúde, seja pela recente formação universitária ou pelo conhecimento adquirido na residência, agora consigo olhar de uma forma mais integral proporcionando um atendimento muito melhor tenha ensinado meus colegas de trabalho a partir de ações de educação em saúde e atendimento SUS compartilhados.</i>
Diálogo (2,5%)	<i>Tenho aprendido ouvindo diariamente os profissionais com os quais convivo, falar menos e escutar mais diante disso, criar um novo direcionamento [...]</i>
Humildade (2,5%)	<i>Com muita paciência! Sempre temos a oportunidade de ensinar algo. E aprendemos algo, basta sermos humildes ou suficiente para entendermos as situações, com respeito aos preceptores que estão repassando seus ensinamentos, ter a humildade de ouvir mais do que falar.</i>
Não realizo ensino (1,2%)	<i>[...] já na questão do ensino não tenho realizado.</i>

Fonte: A autora.

As ideias centrais para os residentes foram as vivências da realidade (30,4%), educação interprofissional (26,6%), comunidade (16,5%), aulas (8,9%), curiosidade (7,6%), visão de mundo (3,8%), humildade (2,5%), diálogo (2,5%) e não realizo ensino (1,2%) (Quadro 9).

4.3 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o processo pedagógico no PRMSC de um município do Sul do Brasil, segundo os preceptores e residentes. O processo pedagógico neste estudo é entendido como sendo mais do que o decurso metodológico ou do que o modo como acontece a construção do conhecimento. Assim, refere-se à prática educativa como componente intrínseco à atividade humana e traz o caráter reflexivo e sistemático sobre tais práticas e onde a educação envolve uma prática intencional de produção e interiorização de significados (LIBÂNEO, 2001).

Os sujeitos da pesquisa apresentaram diversidade de categorias profissionais, corroborando com a multiprofissionalidade. A maioria eram são mulheres e que trabalhavam para se sustentar e/ou sustentar ou ajudar a família. Desse modo, os dados analisados convocam a refletir sobre o perfil socioeconômico de residentes e preceptores, especialmente a participação na vida financeira familiar e o fato de 100% dos preceptores não receberem nenhum valor financeiro para atuar na preceptoria.

A valorização é uma das características mais desejadas por eles (ARNEMANN, 2017), envolvendo tanto as questões financeiras, essenciais para o desenvolvimento da prática em preceptoria, pois em geral os preceptores acumulam a atividade de preceptoria e assistência (SILVA, 2018), mas também de valorização das atividades, conhecimentos e atuação enquanto preceptores e residentes. Essa desvalorização afeta significativamente o desenvolvimento das práticas que envolvem a RMS, no tocante a questão de “reconhecer as práticas desenvolvidas pelos profissionais é imperioso em um cenário que apresenta tantas dificuldades” (ARNEMANN, 2017, p.195).

O PRMSC foi analisado utilizando-se a Escala de Avaliação e Conhecimento, composta por perguntas distribuídas em cinco eixos.

O Eixo 1 “condições de infraestrutura”, como um todo, foi o pior eixo avaliado tanto pelos residentes como pelos preceptores, o que pode indicar as más condições estruturais dos cenários de prática e sucateamento da saúde, trazendo desafios na formação de qualidade. (TORRES, 2019; CASTRO, 2018, BRASIL, 2017). As duas questões deste eixo com os menores escores médios foram sobre a disponibilização de locais de repouso para todos os residentes e a disponibilidade de periódicos especializados. Este eixo apresentou diferença significativa entre preceptores e residentes, sendo melhor avaliado na percepção dos preceptores. A pior avaliação

pelos residentes pode ter ocorrido pelo fato deles percorrerem toda a Rede de Atenção em Saúde, oportunidade que o preceptor não possui. Desta forma os residentes conseguem ter uma visão ampliada dos serviços de saúde, percebendo com maior facilidade os pontos positivos e negativos da Rede.

O Eixo 2 “Conhecimento do projeto pedagógico”, como um todo, também apresentou diferença significativa entre preceptores e residentes, com pior avaliação pelos residentes. Esse resultado pode indicar um maior conhecimento dos preceptores acerca do projeto pedagógico do PRMSC e ressalta um tema fragilizado do processo pedagógico do programa. Veiga (2013) indica que o projeto pedagógico, além de ser um documento que fica nas gavetas das instituições, é a própria ação intencional do ato pedagógico, e deve ser definido de forma coletiva e vivenciado pelos sujeitos envolvidos. Nesse sentido é essencial que residentes e preceptores além de conhecer, devem colocar em prática o que está posto no projeto pedagógico. Considerando as questões desse eixo, apresentaram escores significativamente menores pelos residentes em relação aos preceptores: apresentação e discussão do projeto pedagógico, número de preceptores corresponde plenamente aos objetivos do programa, os cenários de prática são adequados para a formação dos residentes, os cenários de prática conseguem absorver o total de residentes R1 e R2, e a organização didático-pedagógica da matriz curricular do eixo transversal apresenta coerência com o perfil geral do egresso.

O Eixo 3 “Qualificação do corpo docente”, como um todo, não apresentou diferença significativa nos escores médios entre preceptores e residentes. Mas duas perguntas apresentaram diferença significativa, com pior avaliação dos preceptores. As perguntas eram se o PRMSC tinha representantes coordenadores, preceptores e tutores e representantes de residentes na COREMU. Esta comissão é responsável pela “coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da instituição proponente” (BRASIL, 2015, p.16-16). A pior avaliação dos preceptores para essas duas perguntas vai ao encontro dos achados de Silva e Natal (2019), que indicaram que a baixa institucionalização da COREMU ocorre devido a estrutura física e recursos humanos. Há semelhança com as condições do PRMSC, onde os preceptores são profissionais que atuam na assistência, atividades “priorizadas” diante desse contexto.

Nesse mesmo eixo, a questão com os menores escores médios, tanto para

preceptores como para os residentes, foi “Mais de 2/3 (dois terços) dos preceptores do PRMSC tem titulação reconhecida pelo MEC de mestrado e/ou doutorado”. Não há ensino sem formação docente, pois “o preceptor precisa dispor de um repertório que o ajude a tornar o conhecimento acessível ao profissional aprendiz – o residente- e promover uma práxis em saúde que mobilize a um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo” (MACHADO, 2017, p.58).

O Eixo 4 “Integração do projeto pedagógico com o SUS”, como um todo, apresentou diferença significativa entre os grupos, com melhor avaliação dos preceptores. A pergunta com menores escores médios, tanto por parte dos preceptores como pelos residentes, foi se o projeto e a dinâmica de funcionamento apresentam elementos que demonstram articulação com outros programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde (incluindo residência médica). Para Menezes e Escóssia (2018) ao cartografarem a atuação multiprofissional de residentes em um hospital, perceberam que as ações da Residência Multiprofissional em Saúde produzem interferências no ambiente institucional. Considerando que eles são corresponsáveis pelo cuidado ao usuário e que, mesmo com os desafios da integração com os profissionais médicos, a proposta está afinada com a Política de Humanização. Em um estudo semelhante, Dos Santos *et al.* (2019) reforçam que a RMS fortalece o trabalho na saúde em diferentes âmbitos, pois cria rotinas institucionais, espaço para a comunicação, amplia o processo de cuidado, transforma as rotinas tecnoassistenciais e potencializa a formação de futuros profissionais do SUS.

O Eixo 5 “Incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino”, como um todo, apresentou o melhor escore médio de avaliação dentre os 5 eixos avaliados e não apresentou diferença significativa nos escores médios entre preceptores e residentes. Apenas uma pergunta apresentou diferença significativa, com melhor avaliação pelos preceptores que se referia a desenvolver atividades práticas em colaboração interdisciplinar. Esse eixo está relacionado às utilizações de metodologias ativas de ensino e as oportunidades de aprender com a prática.

Com a análise qualitativa das respostas às três perguntas realizadas, foi possível analisar os discursos dos preceptores e residentes sobre o processo pedagógico do PRMSC.

Sobre a primeira pergunta “Quais as suas considerações sobre a Residência

Multiprofissional em Saúde Coletiva?”, os sujeitos evidenciaram as categorias “potencialidades” e “fragilidades”. Pelos preceptores, destacaram-se como potencialidades pelos preceptores as ideias centrais do ensino-serviço e o trabalho interprofissional, interdisciplinar e as consequências desta organização para o SUS. Pelos residentes destacaram-se o conhecimento teórico-prático e a residência em construção.

O Ensino-serviço se refere à aproximação da academia com os serviços de saúde, que possibilita a formação tanto dos servidores quanto dos residentes e a melhoria dos cenários de prática. Os residentes ressaltam a importância de passar por toda a Rede de Atenção em Saúde, o que aproxima a academia da realidade dos diversos serviços. O trabalho interprofissional, interdisciplinar e as consequências desta organização para o SUS destacam a relevância que o PRMSC tem para as práticas de assistência e de fortalecimento do SUS, que beneficia tanto os envolvidos quanto a população com mais acesso e qualidade nos serviços. O conhecimento teórico-prático é um dos benefícios do programa que beneficia o processo de formação dos preceptores e, para os residentes, é o que estabelece a relação do PRMSC com a aprendizagem. A residência em processo de construção diz respeito à organização com que o PRMSC acontece pouco a pouco e, na percepção dos residentes, o programa é avaliado positivamente e está em busca de melhoria.

Percebeu-se um alinhamento nas ideias centrais mencionadas nos discursos dos preceptores e residentes. Os dois grupos citaram a relação de ensino-serviço, conhecimento teórico-prático e residência em processo de construção quando questionados sobre suas considerações sobre a PRMSC.

Analisando as categorias conseguimos correlacionar as ideias centrais, percebendo interdependência entre elas. Quando se fala do conhecimento teórico-prático, são citadas a troca de conhecimento e a vivência da realidade do serviço com os demais profissionais das diversas áreas integrantes de uma equipe. Isso só se torna possível a partir do trabalho interprofissional e interdisciplinar, que, por sua vez, acaba por acarretar consequências no cuidado integral oferecido ao usuário e na mudança da realidade do serviço experimentada pelo profissional de carreira, pelo residente e pela população.

Quanto às fragilidades, os preceptores referiram mais frequentemente as ideias centrais de imposição da atividade de preceptoria e os residentes o desconhecimento dos trabalhadores da saúde e a predominância da demanda do processo de trabalho

da categoria profissional. Apesar da educação interprofissional ter sido destacada como uma potencialidade, o trabalho uniprofissional foi percebido por alguns residentes que não conseguiram desenvolver o trabalho com outras profissões como realmente desejavam. Isso pode ter ocorrido devido à alta demanda para determinadas profissões.

Pela análise das fragilidades, foi possível destacar quais foram as principais necessidades do programa, que perpassam por diversos campos, seja institucional, pedagógico ou de práticas em saúde.

É notável a diferença entre os apontamentos dos preceptores e residentes. O primeiro grupo demonstrou descontentamentos pontuais ligados de certa maneira à própria atuação, sendo eles: imposição da preceptoria, desvalorização profissional e dificuldades para inserir os residentes nos campos de trabalho. Os residentes apresentaram insatisfação com o trabalho que lhes é apresentado. Essa insatisfação ocorre por diversos fatores, como o direcionamento indevido de suas atividades, a dificuldade de inserção nos locais de atuação, o desconhecimento dos servidores quanto a residência, a falta de conteúdos teóricos que tenham relação com a prática vivenciada, exaustiva carga horária, dentre outras.

Uma questão que deve ser considerada é o fato de os residentes receberem remuneração pelas suas atividades na residência, enquanto os preceptores não recebem remuneração pelas suas atividades na preceptoria. Os preceptores passam a ensinar, orientar e vivenciar uma nova realidade com os residentes em seus locais de trabalho. De certa forma, esse novo contexto pode alterar a rotina de trabalho e suas funções habituais, sem nenhuma compensação financeira por isso.

Foi notável que a inserção dos residentes no espaço de trabalho trouxe vários benefícios ao serviço fornecendo mão de obra capacitada sem custos para o Município. Este benefício, após vencidas as barreiras iniciais de recepção dos profissionais nos pontos de atenção, apresentou diversos frutos, tanto na melhoria do serviço como na aplicação da experiência acadêmica dos residentes nos espaços de prática. Porém a falta de remuneração específica aos preceptores/tutores mostra-se como uma fragilidade pois é necessário ao preceptor mobilização de tempo e esforços para atuar no planejamento de ações e direcionamento dos residentes dentro do serviço, assim como realizar a orientação e ensino prático dos profissionais residentes.

Para muitos não é possível realizar essas atividades durante o horário de serviço sem que sua própria atividade seja prejudicada. Dessa forma uma maior

valorização deste profissional se faz necessária, evitando a desmotivação profissional e/ou prejuízos ao serviço prestado à população.

Também podemos mencionar uma postura que pode ser assumida, consciente ou inconscientemente, pelos preceptores e residentes, gerando uma relação verticalizada. Pode haver uma “superioridade” por parte do profissional de carreira, que trabalha há mais tempo naquele serviço, em detrimento do residente, profissional temporário, muitas vezes recém-formado e sem experiência ocupacional.

Paulo Freire refende o ensino horizontalizado, no qual não há posições de hierarquia, onde o diálogo, a troca de conhecimentos e a valorização de todos os profissionais envolvidos no processo contribuem para uma construção conjunta do aprendizado (FREIRE, 1982). Vistas por essa ótica, algumas fragilidades elencadas pelos residentes podem ser relacionadas à postura do preceptor e de outros profissionais envolvidos no processo, seja pelo direcionamento às atividades uniprofissionais, como por falta de entendimento do papel do residente naquele local de trabalho, dificuldade do residente em se inserir na equipe, entre outros fatores. Essa situação poderia ser evitada caso ambos os lados reconhecessem a necessidade e importância do trabalho em conjunto tanto para ensinar como para aprender.

Considerando as potencialidades e fragilidades, destaca-se que o programa contribuiu para a formação em serviço. Ensinar e aprender por meio da relação entre academia e serviço e a oportunidade de atuar nos cenários são os grandes diferenciais do processo pedagógico.

A segunda pergunta “Tendo como base suas experiências anteriores de formação, a residência multiprofissional se assemelha ou difere? Explique sua resposta”. Tanto os preceptores como os residentes destacaram as ideias centrais da residência multiprofissional diferir das experiências anteriores de formação. Ambos os grupos abordaram a diferenciação com outras experiências formativas, e apontaram a residência como uma experiência única por diversos motivos, como a possibilidade de aprender na prática e as estratégias dos preceptores. Torres (2019), ao realizar um estudo da arte, identificou a potencialidade formativa que os programas de residência possuem pela sua característica de ensino-serviço.

O diferencial do programa de residência é oferecer à grande parte das profissões contempladas no programa, a oportunidade de vivenciar os desafios da saúde no âmbito do município. E neste processo identificar os problemas nesse

cenário e as também soluções práticas e os problemas neste cenário, auxiliando no aprendizado a partir da problematização das situações vivenciadas. Este fato por si só oferece oportunidade de ação e reação ao fato prático, e oportuniza aos profissionais residentes liberdade e formas de atuar oferecendo além de um ponto de vista diverso ao dos profissionais, novas formas de enfrentar problemas cotidianos da saúde do município.

Sobre a terceira pergunta “Como você tem aprendido e ensinado nesta residência? a experiência prática dos profissionais aliada à bagagem atualizada e teórica dos profissionais residentes possibilita uma interação ensino-serviço, que muitas vezes torna profissionais em alunos e vice-versa, e o conjunto de vivências, somado ao bom planejamento por parte dos profissionais da saúde, promove um saber único que pode se tornar uma ação permanente promovendo uma mudança no ambiente e na prática de trabalho.

Neste estudo, a análise do processo pedagógico na RMS considerada a perspectiva da práxis transformadora de Paulo Freire, onde a ação e reflexão sobre as práticas em seu contexto se tornam formas de superação para ações já cristalizadas, indo ao encontro do foco central da Educação Permanente em Saúde. Seria a utilização das próprias práticas no cotidiano do trabalho para análise, reflexão e superação de problemas, caracterizando-se como potente geradora de “reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e mudanças das práticas em serviço” (BRASIL, 2018).

Entende-se a importância sobre ensino, aprender e serviço nos preceptores e residentes nesse espaço educativo, contudo não se faz qualificação profissional sem investir também no processo formativo de quem educa, ou seja, por mais que o preceptor ou residente seja comprometido com a sua prática é imprescindível também investir na sua formação com relação aos processos pedagógicos e na valorização profissional, para que de fato haja um processo de ensino-aprendizagem na relação preceptor-residente.

Do ponto de vista educacional, ambos os grupos (preceptores e residentes) estão participando de um processo de Educação Permanente em uma relação de educador-educando, ou seja, faz-se necessária a valorização pessoal e profissional com condições de trabalho e remuneração adequada para ambos os grupos.

Por isso, é de suma importância a discussão do processo pedagógico, tanto no campo teórico como na prática, tendo em vista que tais profissionais devem

compreender a importância de promover intencionalmente seus conhecimentos, bem como a ampla discussão sobre as suas áreas de atuação, alinhando teoria e prática. Ou seja, unir teoria e prática, estudo e intervenção clínica, gestão e dispositivo de coprodução, visando a (trans)formação dos profissionais em saúde e do trabalho. O aprender em serviço ou a formação em serviço, portanto, é uma forma de construir conhecimentos e práticas, incentivar a criação e desenvolver uma cultura científica atravessada pela realidade (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018).

Essa relação entre teoria e prática, é o que refere a *práxis* em saúde. Paulo Freire em suas produções já trazia a importância do fazer que parte da ação-reflexão, transformando as possibilidades. Para ele, teoria sem prática é verbalismo e prática sem teoria é ativismo (FREIRE, 1982). Nesse sentido, a residência é uma oportunidade de educandos e educadores de se fazerem sujeitos na ação-reflexão-transformação.

O processo de ensinar e aprender no PRMSC, destaca-se como um processo de relação com o outro, que envolve vários elementos como vivências práticas, interprofissionalidade, diálogo, construção de saberes, entre outros, já descritos na literatura nacional e internacional (ALQADERI; TAVARES; RIEDY, 2019; MELLO *et al.*, 2019; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; OLSON-SITKI; WENDLER; FORBES, 2012).

Diante do exposto, foi possível perceber que o PRMSC está em processo de construção com destaques positivos e com aspectos negativos, relacionados com todo o processo pedagógico. Os itens avaliados são suficientes conforme estabelecido nas orientações nacionais (BRASIL, 2005), e geram indicativos para melhoria e qualificação do programa.

Este estudo apresentou limitações, como a realização da pesquisa em apenas dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, o que não permite a generalização dos resultados. Além disso, o campo de atuação dos residentes e dos preceptores mostra diversificação dentre os programas de residência multiprofissional existentes no Brasil, bem como dos professores, tutores, coordenadores e trabalhadores em saúde. Acredita-se que, apesar dessas limitações, este estudo trouxe importantes contribuições para o entendimento da pedagogia, ou seja, ensino- aprendizagem na perspectiva do profissional em saúde.

4.4 CONCLUSÃO

Para a Escala de Avaliação do Conhecimento observou-se, de modo geral, melhor avaliação por parte dos preceptores em comparação com os residentes. O pior escore médio foi para o Eixo 1 (Condições de infraestrutura), tanto para os preceptores quanto para os residentes. O melhor escore médio na avaliação dos preceptores foi o Eixo 5 (Incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino) e para os residentes foi o Eixo 3 (Qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores).

Conforme as ideias centrais do Discurso do Sujeito Coletivo, destacaram-se como potencialidades do PRMSC pelos preceptores: ensino-serviço, o trabalho interprofissional e interdisciplinar, e as consequências desta organização para o SUS. Para os residentes, foram ressaltados o conhecimento teórico-prático e a residência em processo de construção. Quanto às fragilidades, os preceptores destacaram a imposição da atividade de preceptoria e os residentes predominância do uniprofissional processo de trabalho da categoria profissional em detrimento do multiprofissional.

Com relação ao Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional é importante que o PP não seja apenas um caderno e seja guardado, pois, os RMS precisam organizar e reorganizar da SUS e implica fazer ruptura existente e avançar, seja residente, preceptor, tutor, gestão e comunidade. Ainda a construção, execução e a avaliação, do projeto político-pedagógico das práticas, coletiva do processo de tomada de decisões de uma sistemática de avaliação de cunho emancipada.

Ambos os grupos destacaram que a residência multiprofissional diferiu das experiências anteriores de formação. Sobre o aprendizado e ensino na residência, ambos os grupos destacaram como vivendo a realidade e a educação interprofissional.

Os cenários de práticas dos residentes são distintos e dependem da instituição de ensino formadora na qual eles se inserem, mostrando-se como importantes locais para troca de vivências. Nesta perspectiva a pedagógica na residência multiprofissional destaca-se por contribuir no processo de ensino-aprendizagem entre residentes e preceptores, e com outros profissionais que trabalham no campo de atuação da residência.

REFERÊNCIAS

- ALQADERI, H.; TAVARES, M. A.; RIEDY, C. Residents' Perspectives on and Application of Dental Public Health Competencies Using Case-Based Methods. **Journal of Dental Education**, v. 83, n. 12, p. 1445–1451, 2019.
- ARIAS, A.; PETERS, O. A.; BROYLES, I. L. New curricular design in biostatistics to prepare residents for an evidence-based practice and lifelong learning education: a pilot approach. **International Endodontic Journal**, v. 50, n. 10, p. 999–1010, 2017.
- ARNEMANN, C. T. **Educação Permanente em Saúde no contexto da residência multiprofissional**: estudo apreciativo crítico. 223 f. Doutorado em Enfermagem, Escola Enfermagem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- BEZERRA, T. C. A. *et al.* Avaliação de Programas De Formação Profissional em Saúde: construção e validação de indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 445–472, 2016.
- BRAGA, L. A. V. *et al.* (2018). Rede – Escola: um diálogo necessário. IN: **Formação de formadores para residência em saúde**: corpo docente assistência em experiência viva. [recurso eletrônico] / CECCIM, R. B. *et al.* Organizadores – 1 ed. - Porto alegre, Rede Unida, 2018.
- BRATT, M. M. Nurse residency program: Best practices for optimizing organizational success. **Journal for Nurses in Professional Development**, v. 29, n. 3, p. 102–110, 2013.
- BRASIL, C. C. **Formação e Trabalho em Saúde**: análise das residências multiprofissionais em saúde da família e comunidade. 125 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social, Trabalho e Questão Social Instituição de Ensino) - Universidade Estadual Do Ceará, Fortaleza, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014. Acesso em: 02 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1ª Edição revisada, Brasília-DF. Editora MS/CGDI, 2018, 9p.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 20, 1990.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jun. 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF., 13 fev. 2004. Seção 1, p.37-41, 13 fev. 2004.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Revoga a portaria interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007 alterada pela portaria interministerial MEC/MS nº 1.224, de 03-10-2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., 13 nov. 2009. Seção I, p.7.

BRASIL. Portaria Interministerial, MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Atualiza o processo de designação dos membros da CNRMS e inclui áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2015. **Diário Oficial da União**, 23 dez. 2014, Seção I, Brasília, DF., p.21. 22 dez. 2014.

BRASIL. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, 13 abr. 2012, Seção 1, Brasília, DF., p.24-25, 16 abr. 2012.

BRASIL. Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. **Diário Oficial da União**, 22 jul. 2015, Seção 1, Brasília, DF., p.16, 22 jul. 2015.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Interprofessional education and shared practice in multiprofessional health residency programs. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, p. 1325–1337, 2018.

CASTRO, Marina M. As residências multiprofissionais em saúde e o serviço social. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 2, n. Esp., p. 473-484, 2018.

CAVALLET, L. H. R. Formação e (m) serviço: a residência multiprofissional em atenção hospitalar no discurso de egressos. 2016. 144 f. (Mestre em Psicologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COOKE, A.; SMITH, D.; BOOTH, A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. **Qualitative health research**, v. 22, n. 10, p. 1435-1443, 2012.
CUNNINGHAM, S. *et al.* Barriers and facilitators for a collaborative international physical therapist residency program in Nairobi, Kenya. **Frontiers in Public Health**, v. 6, n. OCT, p. 1–8, 2018.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Learning meetings and singular pedagogical projects in health residency programs. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 66, p. 877–887, 2018.

DOS SANTOS, F. O. P. *et al.* Residência multiprofissional: um dispositivo para o fortalecimento das políticas de saúde no contexto hospitalar. **Gep News**, v. 2, n. 2, p. 252-260, 2019.

FARLAND, M. Z. *et al.* Pharmacy resident teaching and learning curriculum program outcomes: Student performance and quality assessment. **Currents in Pharmacy Teaching and Learning**, v. 10, n. 6, p. 680–686, 2018.

FERNANDES, M. N. da S. *et al.* Satisfação e Insatisfação de Residentes Multiprofissionais em Saúde na perspectiva da formação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 1–10, 2017.

FRANCO, M. A. do R. S. Prática pedagógica e docência: um olhar a partir da epistemologia do conceito. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 97, n. 247, p. 534-551, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 49. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GARRISON, G. D. *et al.* An asynchronous learning approach for the instructional component of a dual-campus pharmacy resident teaching program. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 2, 2015.

HOBO, K. *et al.* Effects of an interactive simulation material for clinical dentistry on knowledge acquisition and memory retention in dental residents. **Journal of Medical and Dental Sciences**, v. 64, p. 43–52, 2017.

HOWARD, M. L. *et al.* Pharmacy residents as primary educators within a professional pharmacy elective. **Currents in Pharmacy Teaching and Learning**, v. 9, n. 5, p. 862–868, 2017.

JAGGI, L. M. de A. *et al.* Strategic management promoting teaching and service integration: Multidisciplinary residency deployment in onco-hematology. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 66, p. 939–949, 2018.

KUNIN, M.; J.; K. N.; RODRIGUEZ, T. E. Comparing Face-to-Face, Synchronous, and Asynchronous Learning: Postgraduate Dental Resident Preferences. **Journal of Dental Education**, v. 78, n. 6, p. 856–866, 2014.

LEFEVRE F.; LEFEVRE A. M. C. **Pesquisa de Representação Social. Um enfoque quali-quantitativo**. Brasília (DF): Liberlivro, 2012.

LIBÂNEO, J. C. Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas. **Educar em Revista**, n. 17, p. 153-176, 2001.

MACHADO, L. G. F. **Preceptoria: formação e competência**. 78 f. Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

MACHADO, L. D. S. *et al.* Representações de profissionais residentes acerca das estratégias pedagógicas utilizadas no processo formativo da residência multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, p. 1–8, 2018.

MENEZES, A. A.; ESCÓSSIA, L. da. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 322-329, 2018.

MELLO, A. de L. *et al.* Teaching-service integration in the training of health residents: the teacher's perspective. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. 1–12, 2019.

MNATZAGANIAN, C. L. *et al.* Development of a community-academic collaborative pharmacy residency program. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 76, n. 14, p. 1079–1086, 2019.

OLSON-SITKI, K.; WENDLER, M. C.; FORBES, G. Evaluating the impact of a nurse residency program for newly graduated registered nurses. **Journal for Nurses in Staff Development**, v. 28, n. 4, p. 156–162, 2012.

PAGANI, R.; De ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: O estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. SUPPL. 1, p. 94–106, 2012.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J. L.; RESENDE, L. M. Methodi Ordinatio: a proposed methodology to select and rank relevant scientific papers encompassing the impact factor, number of citation, and year of publication. **Scientometrics**, v. 105, n. 3, p. 2109-2135, 2015.

PEREIRA, C. S. F.; TAVARES, C. M. M. Significado da modalidade de preceptoria no âmbito da residência multiprofissional em saúde num Hospital Universitário. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016.

PERSONETT, H. A. *et al.* Road Map for Research Training in the Residency Learning Experience. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 31, n. 5, p. 489–496, 2018.

RAMOS-GOMEZ, F. J. *et al.* Creating a new generation of pediatric dentists: A paradigm shift in training. **Journal of Dental Education**, v. 78, n. 12, p. 1593–1603, 2014.

RAMOS, T. M.; RENNÓ, H. M. S. Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família sob a ótica dos egressos. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 39, p. e20180017, 2018.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 21, n. 2, p. 637–660, 2016.

ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1011-1031, 2015.

SILVA, A. de S. da. **Percepção de residentes e preceptores sobre a residência multiprofissional integrada em saúde com ênfase em onco- hematologia**. 2017. 108 f. Mestrado em Ensino na Saúde: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2017.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, 2019.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018.

TORRECILLA-ABRIL, M. *et al.* Community health training for Family and Community Health Nursing residents in a Multiprofessional Teaching Unit. Three years of experience. **Enfermería Clínica (English Edition)**, v. 29, n. 6, p. 336–343, 2019.

TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170691, 2019.

VASCONCELOS, A. C. F. DE; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: Com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 56, p. 147–158, 2016.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Papirus Editora, 2013.

VESSEY, J. A. *et al.* Teaching patient-centered care through the veterans history project. **Nurse Educator**, v. 43, n. 6, p. 322–325, 2018.

**APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E PROFISSIONAL PARA
RESIDENTES**

Idade:..... **Gênero:**

Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a) ou vivendo como casado (a)
- Viúvo (a)
- Separado (a) / Divorciado (a)
- Outro.....

Número de dependentes:.....

Com relação à cor da pele, você se considera:

- Branco
- Pardo
- Preto
- Amarelo/Oriental
- Vermelho/Indígena
- Prefiro não declarar
- Outro.....

Qual a sua participação na vida econômica do grupo familiar?

- Não trabalho e sou sustentado por minha família ou outras pessoas
- Trabalho e sou sustentado parcialmente por minha família ou outras pessoas
- Trabalho e sou responsável apenas por meu próprio sustento
- Trabalho, sou responsável por meu próprio sustento e ainda contribuo parcialmente para o sustento da família
- Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família
- Outra situação.....

Profissão:

- Enfermagem
- Farmácia
- Odontologia
- Medicina veterinária
- Fisioterapia
- Nutrição
- Psicologia
- Serviço Social
- Educação Física

Nível de Instrução:

- residência. Qual?
- pós-graduação Lato sensu. Qual (is)?
- mestrado
- doutorado

Tempo de experiência profissional:

Tempo de atuação no Programa de Residência:..... Meses

Qual sua maior motivação para cursar esta residência?

- Incentivo de amigos
- Realização Pessoal
- Possibilidade de convivência com diferentes pessoas
- Orientação/ Sugestão institucional
- Possibilidade de ingressar em um curso de especialização com bolsa
- Realização Profissional
- Ascensão Profissional
- Incentivo da família
- Formação técnica – Científica
- Outro:

**APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SOBRE A RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Por favor, responda as seguintes perguntas:

- 1) Quais as suas considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?

- 2) Tendo como base suas experiências anteriores de formação, a residência multiprofissional se assemelha ou difere? Explique sua resposta

- 3) Como você tem aprendido e ensinado nesta residência?

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E PROFISSIONAL PARA
PRECEPTORES**

Idade:..... **Gênero:**

Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a) ou vivendo como casado (a)
- Viúvo (a)
- Separado (a) / Divorciado (a)
- Outro.....

Número de dependentes:.....

Com relação à cor da pele, você se considera:

- Branco
- Pardo
- Preto
- Amarelo/Oriental
- Vermelho/Indígena
- Prefiro não declarar
- Outro.....

Qual a sua participação na vida econômica do grupo familiar?

- Não trabalho e sou sustentado por minha família ou outras pessoas
- Trabalho e sou sustentado parcialmente por minha família ou outras pessoas
- Trabalho e sou responsável apenas por meu próprio sustento
- Trabalho, sou responsável por meu próprio sustento e ainda contribuo parcialmente para o sustento da família
- Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família
- Outra situação.....

Profissão:

- Enfermagem
- Farmácia
- Odontologia
- Medicina veterinária
- Fisioterapia
- Nutrição
- Psicologia
- Serviço Social
- Educação Física

Nível de Instrução:

- Graduação. Qual(is)?
- Residência. Qual?
- Pós-graduação Lato sensu. Qual (is)?
- Mestrado
- Doutorado

Tempo de experiência profissional:

Tempo de atuação no Programa de Residência: meses

Possui formação/ capacitação/ cursos sobre educação?

- Sim. Qual?
- Não

Recebe algum incentivo financeiro para atuar na residência?

- Sim
- Não

Qual sua motivação para participar na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva?

- Convite
- Interesse próprio
- Possibilidade de Convivência com diferentes pessoas
- Orientação/ Sugestão institucional
- Currículo
- Realização Pessoal
- Ascensão Profissional
- Incentivos de profissionais do serviço
- Formação técnico- científica
- Outro(s):

**ANEXO A- ESCALA DE AVALIAÇÃO E CONHECIMENTO (ADAPTADO DE
SILVA, 2017)**

(PARA RESIDENTES E PRECEPTORES)**Respondente:**

() Residente () Instituição A () Instituição B

() Preceptor

Instruções: Leia as afirmações descritas nos quadros abaixo. Todas elas dizem respeito ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da Fundação Municipal de Saúde. Marque um "X" na possibilidade de resposta que mais representa sua opinião (variando de 1 a 5). Por favor, responda a todos os itens. Muito obrigado!

	1	2	3	4	5
O corpo docente-assistencial (docentes, tutores e preceptores) conta com instalações (salas de professores, de reuniões e gabinetes de trabalho) equipadas adequadamente para a finalidade de ensino.					
O programa disponibiliza salas de aula equipadas, com espaço físico e disponibilidade adequados para o ensino na residência multiprofissional.					
O programa disponibiliza locais de repouso para todos os seus residentes em quantidade suficiente e atendendo aos requisitos de conforto considerados adequados.					
O programa disponibiliza locais de convivência, estudo e reuniões de residentes.					
O programa disponibiliza acesso à internet a todos os residentes.					
O programa disponibiliza periódicos especializados em todas as áreas do conhecimento, de forma impressa ou eletrônica.					
Os cenários de prática possuem o mobiliário e equipamentos em quantidade e estado de conservação adequados para as diferentes áreas profissionais.					

Categoria de análise 2: conhecimento do projeto pedagógico do PRMSC.

Escala:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Nem concordo, nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
Conhecimento geral do projeto pedagógico: o projeto pedagógico foi apresentado e discutido (com preceptores e/ou residentes).					
Perfil do egresso: o perfil do egresso e suas competências profissionais estão plenamente definidos.					
Objetivos do PRMSC: os objetivos do curso estão plenamente definidos, indicando os compromissos institucionais em relação ao ensino, à pesquisa e ao perfil dos egressos.					
Proporção entre número de residentes e número de preceptores: o número de preceptores corresponde plenamente aos objetivos do programa.					
Cenários de prática:					
Os cenários de prática são adequados para a formação do(a) residente, considerando o perfil dos egressos e os objetivos do programa.					
Os cenários de prática do programa conseguem absorver o total de residentes (R1 e R2).					
A relação do número de profissionais de saúde/ residentes é suficiente para a realização das atividades propostas no cenário prático.					
Organização didático-pedagógica:					
A organização didático-pedagógica da matriz curricular do eixo transversal do programa apresenta coerência com o perfil geral do egresso.					
A carga horária contempla atividades na comunidade e nos serviços de saúde, incluindo todos os níveis de atenção em saúde.					
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em atenção à saúde. "(...) os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (...)." (DCNs, 2014).					
A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em tomada de decisões. "(...) o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas" (...) (DCNs, 2014).					

<p>A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em comunicação. “(...) os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura (...)” (DCNs, 2014).</p>					
<p>A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em liderança. “(...) no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz”. (DCNs, 2014).</p>					
<p>A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em administração e gerenciamento os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.” (DCNs, 2014).</p>					
<p>A organização didático-pedagógica da matriz curricular propicia o desenvolvimento de competências em educação permanente. “(...) os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais (...)” (DCNs, 2014).</p>					
<p>A metodologia explicita como serão desenvolvidos os núcleos e campos comuns de competência dos diferentes núcleos profissionais no PRMSC, propiciando a interdisciplinaridade e o desenvolvimento do trabalho em equipes multiprofissionais.</p>					
<p>O processo de avaliação dos residentes é um processo contínuo e a avaliação é formativa e focada em competências, conhecimentos, habilidades e atitudes.</p>					
<p>O processo de avaliação dos residentes inclui processos de autoavaliação e mecanismos de recuperação do residente.</p>					
<p>O PRMSC autoavaliação e a mesma está prevista tanto no projeto quanto no regimento interno.</p>					

Categoria de análise 3: qualificação do corpo docente, coordenadores, preceptores e tutores do PRMSC

Escala:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Nem concordo, nem discordo.

4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

	1	2	3	4	5
O PRMSC tem representantes (docente, coordenadores, preceptores e tutores) na Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU).					
O PRMSC tem representantes de residentes na Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU).					
O corpo docente-assistencial (preceptores, tutores e docentes) possui formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular do PRMSC.					
O Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) contempla representantes do PRMSC.					
O (A) coordenador (a) do PRMSC possui graduação em um dos núcleos profissionais do programa, título de doutor e experiência como preceptor/tutor de programa de residência ou experiência de gestão acadêmica ou assistencial.					
Mais de 2/3 (dois terços) dos preceptores do PRMSC lação reconhecida pelo MEC de mestrado e/ou doutorado.					
Mais de 2/3 (dois terços) dos docentes do PRMSC têm titulação reconhecida pelo MEC de mestrado e/ou doutorado.					
Mais da metade dos preceptores do PRMSC já participaram de ao menos uma formação de preceptoria/tutoria após o início do programa.					

Categoria de análise 4: integração do projeto pedagógico do PRMSC com o SUS.

Escala:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Nem concordo, nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

	1	2	3	4	5
O projeto e a dinâmica de funcionamento demonstram integração com o sistema local e regional de saúde e com o SUS.					
O projeto e a dinâmica de funcionamento indicam parcerias do programa com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino e serviço.					

O projeto e a dinâmica de funcionamento apresentam elementos que demonstram articulação com diferentes níveis de formação com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde.					
O projeto e a dinâmica de funcionamento apresentam elementos que demonstram articulação com outros programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde (incluindo residência médica).					

Categoria de análise 5: incorporação de novas tecnologias e inovações em práticas em serviço e ensino, no PRMSC.

Escala:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Nem concordo, nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

O PRMSC tem	1	2	3	4	5
Auxiliado no desenvolvimento e/ou adaptação de novos protocolos de cuidados.					
Desenvolvido metodologias ativas no processo de formação dos residentes.					
Apresentado inovações didáticas e uso de tecnologias da informação.					
Desenvolvido atividades práticas em colaboração interdisciplinar.					
Das atividades práticas em colaboração interprofissional.					

Fonte: SILVA, A. de S. da. **Percepção de residentes e preceptores sobre a residência multiprofissional integrada em saúde com ênfase em onco- hematologia**. 2017. 108 f. Mestrado em Ensino na Saúde: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2017.

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:

Título do projeto: Residência Multiprofissional em Saúde: um olhar sobre o pedagógico.

Nome: Sexo: M() F() Idade: RG: Telefones: /
Endereço Residencial: Rua: Número: Bairro: Cidade: CEP: Complemento:
Nome de outra pessoa para contato: Grau de parentesco: Telefones: /

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde: um olhar sobre o pedagógico” que tem como objetivo geral: Analisar o processo pedagógico no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa- PR. A pesquisa faz-se necessária para compreender como ocorre o processo pedagógico nos espaços da saúde, visando colaborar com discussões em relação ao tema. Descrição dos procedimentos: Serão convidados a participar da pesquisa os residentes e preceptores da referida residência. A sua participação consiste em responder, por escrito, três questionários. O primeiro é sobre dados socioeconômicos e profissionais. O segundo é a Escala de Avaliação e Conhecimento, que avalia a infraestrutura; a organização e o projeto pedagógico; qualificação dos docentes, coordenadores, preceptores e tutores; a integração com as políticas do SUS e a incorporação de novas tecnologias e inovações. O terceiro consta de três perguntas sobre os desafios e como se desenvolve a residência, como se desenvolve o processo pedagógico e a relação entre o processo pedagógico e o ensino- aprendizagem no programa. Você poderá ser sorteado para participar de uma entrevista coletiva para aprofundar os aspectos relacionados ao desenvolvimento do processo pedagógico na residência.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Fundação Municipal de Saúde. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o Pesquisador Responsável:

Jéssica Cristiane Martins: (42) 99925-0349, email:jessimartins02@gmail.com

ou com a Comissão de Ética em Pesquisa:

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

(Jéssica Cristiane Martins)

.....
Sujeito da pesquisa
Concordo/autorizo a participação na pesquisa
Ponta Grossa, DATA __/__/__

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde: um olhar para sobre o pedagógico

Pesquisador: JESSICA CRISTIANE MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21584319.3.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.663.527

Apresentação do Projeto:

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) teve início no ano de 2018 no município de Ponta Grossa- PR. Atualmente a Fundação

Municipal de Saúde desenvolve dois Programas, um em parceria com a Universidade Estadual de Ponta Grossa e um com o Centro de Ensino

Superior dos Campos Gerais, no entanto, em ambos os programas o lócus de formação são os serviços públicos de saúde, caracterizada como uma formação ensino-serviço. O programa é uma modalidade de ensino de pós-graduação com características interdisciplinares e multiprofissionais

abrangendo diversas profissões da área da saúde. Sendo assim, o objetivo da pesquisa é analisar o processo pedagógico do Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do município. Para tanto, a pesquisa será do tipo estudo de caso, descritivo, de abordagem quantiquantitativo, realizado com preceptores e residentes, com aplicação de quatro maneiras, que serão respondidos por escrito: a) Questionário

socioeconômico e profissional; b) Escala de Avaliação e Conhecimento; c) Questionário com 3 questões abertas sobre os avanços e desafios e

como de desenvolve o processo pedagógico na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e a relação desse processo com e o ensinoaprendizagem no programa, d) Entrevista Coletiva com preceptores e residentes. Os dados quantitativos serão apresentados por estatística

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900

UF: PR **Município:** PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.663.527

penalização ou prejuízo.

MANTER SIGILO EM TODAS AS ETAPAS DA PESQUISA

Benefícios:

A pesquisa irá contribuir como resultado de um trabalho coletivo entre pesquisador e pesquisados, podendo os sujeitos participarem de forma ativa na pesquisa, deixando a sua visão de mundo, contribuindo com outras pesquisas a respeito da temática pesquisada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se bem justificada e fundamentada, com a metodologia condizente com os objetivos propostos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão corretamente anexados

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Verificar os prazos futuros para entrega de relatórios para não gerar pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1397353.pdf	15/07/2019 21:33:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao.pdf	15/07/2019 21:27:02	JESSICA CRISTIANE MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/07/2019 21:25:48	JESSICA CRISTIANE MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	15/07/2019 21:24:16	JESSICA CRISTIANE MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/07/2019 21:23:10	JESSICA CRISTIANE	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.663.527

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 25 de Outubro de 2019

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

ANEXO D- CARTA DE AUTORIZAÇÃO FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

11/07/2019

SEI/PMPG - 0176318 - Carta de Autorização-NEP



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, CARLOS EDUARDO CORADASSI, coordenador do NEP-SMS, autorizo a realização do projeto: Residência Multiprofissional em Saúde: um olhar sobre o pedagógico, realizada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, que será desenvolvida pela pesquisadora **Jéssica Cristiane Martins**, sob orientação do **Prof. Dra. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Klutcovski**.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 11 julho
de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **CARLOS EDUARDO CORADASSI, Coordenador**, em 11/07/2019, às 13:57, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de 03/05/2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.pontagrossa.pr.gov.br/validar> informando o código verificador **0176318** e o código CRC **6E95344C**.

Link de acesso externo: [SEI00396/2019](https://sei00396/2019)

RUA ALFREDO GUIMARÃES VILELA 383- JARDIM CARVALHO – PONTA GROSSA- PR CEP 84015-680
TELEFONE (42) 3226-8566