

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

CHRISTINY REGINA LOPES

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA: VIVÊNCIA DE EGRESSOS EM RELAÇÃO AO
PROCESSO FORMATIVO**

FLORIANÓPOLIS
2016
CHRISTINY REGINA LOPES

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA: VIVÊNCIA DE EGRESSOS EM RELAÇÃO AO
PROCESSO FORMATIVO**

Trabalho de Conclusão de Residência,
submetido ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da
Família, da Universidade Federal de
Santa Catarina, para obtenção do grau
de especialista em saúde da família em
modalidade residência.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise
do Prado

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniela
Lemos Carcereri.

FLORIANÓPOLIS
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Regina Lopes, Christiny

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA : VIVÊNCIA DE
EGRESSOS EM RELAÇÃO AO PROCESSO FORMATIVO / Christiny
Regina Lopes ; orientadora, Marta Lenise do Prado ;
coorientadora, Daniela Lemos Carcereri. - Florianópolis,
SC, 2016.

58 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Ciências da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4.
Recursos Humanos em Saúde. 5. Educação em Saúde. 6.
Internato Não Médico. I. do Prado, Marta Lenise. II.
Carcereri, Daniela Lemos. III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da
Família. IV. Título.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de
Conclusão de Residência

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:
VIVÊNCIA DE EGRESSOS EM RELAÇÃO AO PROCESSO
FORMATIVO

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.
Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina –
UFSC.

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2016

BANCA EXAMNADORA

Marta Lenise do Prado – Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina – Professora Doutora do
Departamento de Enfermagem

Jussara Gue Martini – Membro
Universidade Federal de Santa Catarina – Professora Doutora do
Departamento de Enfermagem

Silvana Silveira Kempfer – Membro
Universidade Federal de Santa Catarina – Professora Doutora do
Departamento de Enfermagem

AGRADECIMENTOS

A Deus,

pelo dom da vida, por iluminar e abençoar minha caminhada.

Aos meus pais,

Margareth Regina Rebelo e Ircelino Estevão Lopes, pelo amor e educação dedicados e por serem meus maiores incentivadores. Amo muito vocês!

A minha avó,

Maria Pereira Rebelo, agradeço de todo o coração pelos seus ensinamentos e dedicação em minha criação, além das orações destinadas a mim. Amo você!

Aos meus irmãos,

Christian Ircelino Lopes e Keven Stephan Lopes, pelo companheirismo, apoio e amizade permanentes. Amo vocês!

Ao meu namorado,

Eduardo dos Anjos Inacio, por compartilhar os momentos da vida comigo, me incentivando e apoiando sempre. Agradeço também pelo amor, carinho e paciência despendidos. Amor, amo muito você!

Aos familiares,

que de alguma forma, contribuíram para esta conquista. Obrigada!

Aos meus amigos,

cada um que encontrei em minha vida e nesta caminhada, que certamente deixaram um pouquinho de si e levaram um pouquinho de mim, tornando-se inesquecíveis.

A minha amiga,

Indiara Sartori Dalmolin, pela amizade sincera presente em todos os momentos desta caminhada (bons e ruins) e além dela. Obrigada pela paciência, compreensão, carinho e apoio!

Ao grupo REMULTISF/UFSC,

por todos os momentos de reflexão, de compartilhamento e reinvenção de saberes e fazeres em saúde, que promoveram o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos profissionais dos Centros de Saúde Campeche, Agronômica e Armação,
que me acolheram em seus espaços e processos de trabalho, contribuindo para esta formação.

A minha preceptora,
Elenice Oliveira Loch, que me acolheu em seu cotidiano profissional disposta a compartilhar conhecimentos, habilidades e atitudes e se deixar “contaminar”, inquietar e transformar por este processo. Você é um ser humano incrível!

Aos “pacientes”,
que me ensinaram muito em cada contato, contribuíram para a minha qualificação e confiaram no meu cuidado, (re)significando a minha escolha profissional diariamente.

A minha orientadora,
Professora Marta Lenise do Prado, pela presença, apoio e contribuição em diferentes momentos da minha formação profissional e por ter aceitado participar do desenvolvimento deste estudo.

A minha co-orientadora,
Professora Daniela Lemos Carcereri, por ter participado e colaborado com o desenvolvimento deste estudo, mas especialmente, por ter feito parte deste processo formativo, me apoiando em momentos decisivos e inspirando com sua perseverança, amorosidade e luta.

Aos membros da banca,
Professoras Jussara Gue Martini e Silvana Silveira Kempfer, por aceitarem o convite de conhecer e analisar o presente estudo, contribuindo para o seu fortalecimento.

“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.”
(Paulo Freire, 1996)

LOPES, Christiny Regina. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: vivência de egressos em relação ao processo formativo.** 2016. 58f. Trabalho de Conclusão de Residência - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri

RESUMO

Introdução: A partir da criação do Sistema Único de Saúde foi preciso repensar a formação e qualificação dos profissionais de saúde. Neste sentido, foram instituídas algumas estratégias com esta finalidade, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que indica a Residência Multiprofissional em Saúde como eixo de ação. Considerando isto, a Residência é reconhecida em legislação nacional e regulamentações e; portanto, tem-se sua implantação e expansão pelo país. Em Florianópolis, embora a Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde já trabalhassem com a Residência, em 2010 ocorrem alterações estruturais decorrentes destes marcos, passando a ser reconhecida por Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ingresso anual de profissionais de educação física, enfermagem, odontologia, farmácia, serviço social e nutrição. **Objetivo:** Conhecer a vivência de egressos das turmas de 2010 a 2013 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina em relação ao seu processo formativo, considerando o marco de referência e as diretrizes pedagógicas do referido Programa. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, realizada com egressos de turmas de 2010 a 2013 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu entre 09 e 23 de dezembro de 2015 por meio de formulário semiaberto e sua análise de acordo com a proposta de Minayo. O estudo respeitou os aspectos éticos em pesquisa, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e obtendo aprovação. **Resultados:** Encontram-se nas categorias temáticas: *Desvelando o SUS no Contexto da ESF* - apontam que o processo formativo permite o desvelamento do Sistema Único de Saúde pelo desenvolvimento de uma concepção e atenção ampliada e integral da saúde, assim como o alcance das competências profissionais da

Estratégia Saúde da Família pautadas na vigilância e planejamento em saúde, educação em saúde, participação e controle social. Embora alguns elementos ainda se configurem como desafios na prática profissional, precisando ser mais discutidos, difundidos e compartilhados no cotidiano dos serviços com os demais profissionais; *Promovendo a Educação Permanente em Saúde* – demonstram que o processo formativo promove constante educação permanente em saúde por meio de diversos espaços/atividades compartilhados e de reflexão, ocorridos no ambiente de trabalho e de ensino, que utilizam de metodologias ativas para a construção do processo ensino-aprendizagem; e, *Impressões do Processo Formativo da REMULTISF/UFSC* - os egressos conferiram ao conjunto de espaços/atividades estruturadas no modelo pedagógico o fomento às vivências expressas em relação ao processo formativo, afirmando que o mesmo contribui para a construção e qualificação da prática profissional. **Considerações Finais:** Em geral, o processo formativo desenvolvido no referido Programa evidencia coerência entre o marco de referência, diretrizes pedagógicas e vivências dos egressos e assim atende ao seu objetivo de formação e qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde com base nas competências da Estratégia Saúde da Família. Sendo que os seus aspectos multiprofissional e interdisciplinar são ressaltados em vários momentos como potencializadores desta formação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Educação em Saúde. Internato Não Médico.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	OBJETIVO GERAL.....	19
3.	MARCO REFERENCIAL.....	20
3.1.	Conceitos.....	20
3.1.1.	Saúde	20
3.1.2.	Ser Humano	20
3.1.3.	Família	20
3.1.4.	Sociedade	21
3.1.5.	Cotidiano	21
3.1.6.	Atenção à saúde	21
3.1.7.	Trabalho em saúde	21
3.1.7.1.	Integralidade	21
3.1.7.2.	Interdisciplinaridade	22
3.1.7.3.	Intersetorialidade	22
3.1.8.	Humanização.....	22
3.1.9.	Acolhimento	22
3.1.10.	Estratégia Saúde da Família	23
3.1.10.1.	Promoção da saúde	23
3.1.10.2.	Prevenção de doenças	23
3.1.10.3.	Atenção curativa	23
3.1.10.4.	Planejamento local de saúde	24
3.1.10.5.	Participação e controle social	24
3.1.10.6.	Educação em saúde	24
3.1.11.	Educação permanente	24
3.1.11.1.	Aprender fazendo	24
3.1.11.2.	Metodologias ativas	25
4.	METODOLOGIA	26
4.1.	Tipo de estudo	26
4.2.	Participantes	26
4.3.	Coleta de dados	26
4.4.	Análise dos dados.....	26
4.5.	Considerações éticas	27
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1.	Caracterização dos sujeitos de pesquisa	28
5.2.	Categorias temáticas	30
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE PESQUISA	56

1. INTRODUÇÃO

O interesse em realizar esse estudo foi motivado, a princípio, pela afinidade da residente com a linha de pesquisa Formação e Desenvolvimento Profissional em Saúde desde o Curso de Graduação em Enfermagem por meio de participação no Grupo de Pesquisa de Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN) e em projetos com este foco. Ao ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (REMULTISF/UFSC), se aproximar de sua construção histórico-política e vivenciar cotidianamente essa estratégia de formação e qualificação profissional para o SUS, elaborou-se o problema de pesquisa a ser apresentado e respondido, com vistas a contribuir para o reconhecimento e/ou aperfeiçoamento do Programa em relação ao seu processo formativo.

Resgatando o contexto histórico-político da década de 1980, o Brasil apresentava um cenário sócio-econômico desfavorável, provocado pelo regime de ditadura militar instalado desde 1964, responsável por realizar “obras faraônicas” mediante empréstimos internacionais e financiar o complexo médico-industrial (incentivo a hospitais, equipamentos e medicamentos) à custa de dinheiro público do Ministério da Previdência e Assistência Social (DA ROS, 2006; BRASIL, 2006).

Esse cenário crítico mobilizou representantes de diferentes movimentos sociais que se uniram em torno de causas comuns: a redemocratização do Estado e a luta por um novo Sistema de Saúde. Esse grupo, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, ganhou consistência e com isso tomou as ruas do país e ocupou espaços de discussão, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 que teve representatividade inédita e maciça da sociedade reivindicando a saúde enquanto direito da população e dever do Estado, um sistema de saúde com acesso para todos e que oferecesse serviços além de curativos e hospitalares (DA ROS, 2006; BRASIL, 2006).

Como resultado dessas discussões e reivindicações, foi promulgada a nova Constituição Federal Brasileira no ano de 1988, que apresenta uma seção sobre a saúde, afirmando-a como direito de todos e dever do Estado e apontando um sistema de saúde único, público, de rede regionalizada e hierarquizada. Esse marco cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê ações e serviços desde a promoção até a recuperação da saúde, delineando minimamente seus princípios de universalidade, integralidade, igualdade (mais tarde reformulado para

equidade) e diretrizes de regionalização e hierarquização, descentralização e participação da comunidade, o que fica mais evidente nas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990.

Diante desse olhar ampliado sobre a saúde e seus determinantes, torna-se imprescindível o desenvolvimento da Atenção Básica (AB), entendida como porta de entrada principal do sistema, caracterizada por um conjunto de ações que contemplam a promoção e proteção da saúde, prevenção de incidentes, diagnóstico e tratamento, reabilitação, redução de agravos e preservação da saúde dos indivíduos e coletividades, devendo apresentar alto grau de capilaridade e descentralização por meio de trabalho em equipe com utilização de tecnologias de cuidado complexas e distintas para atender às demandas e necessidades da população de um território delimitado, pelo qual possui responsabilidade sanitária. Para isso, necessitava-se de um modelo de atenção que atendesse a essas atribuições (BRASIL, 2012).

Assim, após resgate de experiências exitosas nacionais e internacionais, no ano de 1993 surge o Programa Saúde da Família (mais tarde redefinido como Estratégia Saúde da Família – ESF), modelo de atenção com o intuito de reorganizar, expandir, qualificar e consolidar a AB, favorecendo a reorientação do processo de trabalho, ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde. Essa estratégia conta com equipe multiprofissional composta minimamente por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ainda conter 1 cirurgião-dentista e 1 técnico ou auxiliar em saúde bucal, sendo responsável por um máximo de 4000 pessoas de um determinado território (BRASIL, 2012).

Mesmo com essas conquistas conceituais e estruturais em relação ao SUS, era preciso repensar a formação e qualificação dos profissionais de saúde para atuarem nesse sistema, de forma efetiva e de acordo com os seus pressupostos (CAMPOS, Gastão Wagner, 2006). Essa necessidade é apontada desde a Constituição Federal de 1988 que já indicava como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, porém somente a partir de 2001 são estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde em relação aos cursos de graduação, de modo a construir um novo perfil acadêmico e profissional baseado em competências para atuação com qualidade, resolutividade e eficiência no modelo preconizado pelo SUS.

Nesse sentido, em 2003 é fundada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e em 2004 é instituída a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (PNEPS), como proposta de operação estratégica que visa contribuir com a transformação e a qualificação da atenção à saúde, da organização das ações e serviços, dos processos de formação, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, direcionadas para o desenvolvimento do SUS nos diferentes níveis e modalidades de formação profissional (CAMPOS, Francisco Eduardo de et al., 2006; BRASIL, 2009). No que tange a linha de educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para a clínica ampliada, a Residência Multiprofissional em Saúde surge como eixo de ação considerando sua implantação ou expansão (BRASIL, 2009).

Considerando isto; posteriormente, com a Lei n. 11.129 de 2005, institui-se a Residência em Área Profissional da Saúde, com exceção da médica e, cria-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A partir dessas bases legais, têm-se uma infinidade de regulamentações complementares, com especial destaque para as Portarias Interministerial MEC/MS n. 1.077/2009 e n. 16/2014 e Resolução n. 5/2014, que definem a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde como modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob forma de curso de especialização, caracterizadas por ensino em serviço, estando reservadas às profissões da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica) em regime de dedicação exclusiva, com carga horária de 60 horas semanais (80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de atividades teóricas) e duração mínima de dois anos, sendo de responsabilidade mútua do campo da educação e da saúde.

Ainda, afirmam que esses Programas devem ser orientados pelos princípios e diretrizes da política nacional de saúde – SUS, com base nas necessidades e realidades loco-regionais, contemplando os seguintes eixos norteadores: a) cenários de educação em serviço que representem a realidade social e epidemiológica do país; b) conceito ampliado de saúde que respeite as diferenças, considere o sujeito como ator social, responsável pelo seu processo de vida, inserido em um ambiente sócio-político-cultural; c) política nacional de gestão do ensino na saúde para o SUS; d) abordagem pedagógica que conceba os envolvidos como sujeitos e protagonistas sociais do processo ensino-aprendizagem-trabalho; e) estratégias pedagógicas capazes de usar e promover cenários de aprendizagem conformados em itinerários de linhas de cuidado, de modo a garantir formação integral e interdisciplinar; f) articulação

ensino-serviço-comunidade por meio de parcerias dos programas com gestores, trabalhadores e usuários; g) integração de saberes e práticas que permitam elaborar competências compartilhadas para a afirmação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de transformações nos processos de formação, trabalho e gestão na saúde; h) articulação dos Programas de Residência com a graduação, a pós-graduação e a educação profissional na área da saúde; i) integração com a Residência Médica; j) regionalização e descentralização, contemplando as necessidades loco-regionais e nacionais de saúde; l) implementação de sistema de avaliação formativa, com participação dos diversos sujeitos envolvidos, objetivando o desenvolvimento de atitude crítico-reflexiva do profissional, visando sua contribuição para o aperfeiçoamento do SUS; m) integralidade que abranja todos os níveis de atenção à saúde e gestão do sistema. Destacam também que cabe a CNRMS sua avaliação, supervisão e regulação (BRASIL, 2014; BRASIL, 2009).

Embora os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde apresentem estes princípios comuns, há muitas diferenças entre os Programas relacionadas ao cenário de prática, qualificação da preceptoria, metodologia, participação dos atores, financiamento, entre outros, o que acaba por gerar uma identidade para cada Programa (MARTINS et al., 2010).

No Brasil, embora a primeira experiência de Residência Multiprofissional tenha ocorrido na década de 1970, na Unidade Sanitária São José do Murialdo no estado do Rio Grande do Sul, foi a partir de 2002 que se retomou fortemente essa experiência (DA ROS et al., 2006; BRASIL, 2006).

Em Florianópolis; a primeira experiência multiprofissional em saúde ocorreu no final da década de 1970 na UFSC, quando se iniciou um trabalho com estudantes voluntários na comunidade da Costeira do Pirajubaé, primeiramente pelos Departamentos de Saúde Pública e de Enfermagem e mais tarde pelos de Farmácia, Nutrição e Odontologia, mediante apoio da Pró-Reitoria de Extensão (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

No ano de 1992 houve um Fórum Interdisciplinar no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC para discutir uma proposta de Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, contando com a participação dos Cursos da área da saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006). Sendo que em 1997 foi constituído o Programa de Articulação Docente Assistencial (mais tarde redefinido para Rede Docente Assistencial –

RDA) entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, de modo a promover um espaço de articulação ensino-serviço com a finalidade de proporcionar mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, de forma permanente e em todos os níveis de ensino, direcionadas pelo processo de implantação das DCN para os cursos de graduação da área da saúde e também ao incentivo à formação de pós-graduação pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF), entre outros (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

Desta forma, o PRISF se estruturou como um projeto de extensão desenvolvido por um grupo de docentes de diferentes departamentos da área da saúde da UFSC, que formavam o quadro de tutores, articulados com a SMS de Florianópolis, que concedeu o quadro de preceptores de medicina e enfermagem e os campos de atuação aos residentes. Já os demais preceptores das áreas de farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social foram disponibilizados pela UFSC por meio do projeto de extensão (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2002).

O ingresso da primeira turma do PRISF ocorreu em 2002, mediante contemplação em edital de financiamento pelo MS, sendo composta por profissionais residentes: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico, assistente social e nutricionista, que foram distribuídos em dois Centros de Saúde (CS) do município de Florianópolis, compondo equipe básica (ESF) e de apoio (mais tarde reconhecida como Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006). Na sequência, houve ingresso de novas turmas nos anos de 2004, 2006, 2007 e 2008, seguindo basicamente as mesmas características.

No entanto, o movimento social em prol da formação na modalidade Residência Multiprofissional teve importantes conquistas ao longo do tempo, ao passo que a formação médica foi se distanciando desta modalidade, o que culminou na regulamentação pelo MS e MEC da Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, excetuando a categoria médica. Este movimento antagônico entre a área médica e “multiprofissional”, também provocou mudanças no processo de formação multiprofissional na UFSC. O processo que, desde sua origem, foi integrado à área médica, acabou se desmembrando em dois novos Programas, o de Residência

Multiprofissional em Saúde da Família e o de Residência de Medicina, Família e Comunidade, com corpo docente e direcionalidades distintas.

Desta forma, a REMULTISF teve início no ano de 2010, apresentando caráter de atividade de ensino regular na UFSC, com garantia de ingresso anual e concessão de 9 bolsas para residentes. A primeira turma da REMULTISF reuniu 5 áreas profissionais que já participavam do PRISF (enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e serviço social) e ainda agregou a área de educação física. Tendo em vista o período de 2010 a 2015, o Programa possui um histórico de 23 egressos.

A REMULTISF configura-se teórica e metodologicamente, em atendimento às diretrizes da PNEPS, como uma estratégia e oferece aprendizagem em equipe multiprofissional imersa na realidade concreta dos serviços de saúde, em que o processo de trabalho pode ser potencialmente (re)formulado no cotidiano da ESF, em busca da articulação do conhecimento interdisciplinar, da prática multiprofissional e intersetorial. Objetiva formar profissionais de saúde por intermédio da educação em serviço, pretendendo qualificá-los para o desenvolvimento de suas atividades no SUS, vislumbrando o alcance das competências política, técnica e ética da ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010).

O modelo pedagógico-assistencial está sustentado pelo marco de referência e diretrizes pedagógicas, que visam orientar o desenvolvimento do Programa, proporcionando direção à assistência, educação e pesquisa (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010).

A estrutura deste modelo está amparada por dois módulos interrelacionados, que contemplam tanto atividades de natureza específica para cada área do conhecimento como de natureza compartilhada entre todas as áreas, estando de acordo com a distribuição da carga horária estabelecida nacionalmente. No Módulo de Reflexão Teórico-Prática conta-se com: aulas presenciais, estudos independentes, projetos integrados, desenvolvimento de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e produção científica. No Módulo de Educação no Trabalho têm-se: processo pedagógico-assistencial na ESF, supervisão de grupo, supervisão específica e momento de integração (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010).

Frete a esse cenário, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde surgiram como estratégia para (re)construir os processos de trabalho e formativos na área da saúde mediante qualificação profissional pautada nos princípios

e diretrizes do SUS e da PNEPS, de modo a transformar as práticas de compreensão e atenção à saúde da população.

Partindo deste pressuposto, os Programas de Residência não se concretizam apenas na prática e nem somente na teoria, mas na sua integração, para o alcance da práxis cotidiana do trabalho em saúde (DA ROS et al., 2011).

Por fim, percebe-se como fundamental a investigação dos impactos dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde na qualificação profissional, de maneira especial, constatando seu reflexo na trajetória de egressos (BRASIL, 2006). Assim, a questão norteadora do estudo é: Como egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina vivenciaram seu processo formativo, considerando o marco de referência e as diretrizes pedagógicas do referido Programa?

2. OBJETIVO GERAL

Conhecer a vivência de egressos das turmas de 2010 a 2013 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina em relação ao seu processo formativo, considerando o marco de referência e as diretrizes pedagógicas do referido Programa.

3. MARCO REFERENCIAL

De acordo com o objetivo geral, o marco de referência e as diretrizes pedagógicas da REMULTISF/UFSC serão considerados na interpretação dos dados, assim o marco referencial do estudo é constituído pelos conceitos expressos nestes componentes do seu modelo pedagógico-assistencial, cuja fundamentação está pautada nos princípios da Reforma Sanitária, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e considerando o modelo de atenção da ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

3.1. Conceitos

3.1.1. Saúde

É um direito de todos e dever do Estado, sendo resultado de um processo de produção social, expresso pela qualidade de vida da população como condição de existência das pessoas no seu viver cotidiano coletivo, familiar e individual.

3.1.2. Ser Humano

Deve ser visto em sua singularidade, diversidade, complexidade e integralidade simultâneas como um ser social e crítico-criativo, estando em constante mudança com significativo potencial para transformar o processo de viver coletivo e individual.

3.1.3. Família

É complexa, multidimensional, plural, singular e dinâmica, constituída por pessoas que se reconhecem como família, convivendo por determinado espaço de tempo com certa estrutura e organização para alcançar objetivos comuns e construir uma história de vida.

3.1.4. Sociedade

Compreendida como um processo envolvendo diversas relações dos seres humanos consigo mesmos e com o ambiente, que sofre influências históricas, culturais, políticas e econômicas, havendo possibilidade de transformação em relação as desigualdades, injustiças e discriminação através da cooperação e solidariedade.

3.1.5. Cotidiano

Espaço geográfico, social e humano, expresso por interações, símbolos, significados, cultura, crenças, valores e atitudes do modo de viver dos indivíduos no seu processo de viver societal, coletivo, familiar e individual no decorrer do ciclo de vida, que possibilita através de sua análise a identificação do conhecimento da realidade, apontando alternativas de ações contextualizadas para promover a qualidade de vida.

3.1.6. Atenção à saúde

Conjunto de ações e serviços de saúde direcionados pelas diretrizes básicas de descentralização dos serviços, integralidade da assistência e participação popular, bem como por princípios de universalidade e equidade na atenção à saúde, autonomia dos indivíduos, resolutividade dos serviços, entre outros, em consonância com a política nacional de saúde - SUS.

3.1.7. Trabalho em saúde

Seu desenvolvimento precisa se embasar no cotidiano da realidade local, foco da prática profissional, pautada na relação entre humanização, competência técnica e atitude ética, fundamentada na integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, reconhecendo e valorizando o saber popular e a cultura.

3.1.7.1. Integralidade

Princípio polissêmico, na medida em que contempla tanto a abordagem do indivíduo em sua totalidade, enquanto ente de um contexto familiar e sociopolítico, quanto a disponibilização de práticas de saúde que integrem ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e atenção curativa, assim como garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, oferecendo respostas ao rol de necessidades de saúde de determinada população.

3.1.7.2. Interdisciplinaridade

Desenvolvimento de postura profissional que proporcione um olhar ampliado das especificidades que se apresentam em uma equipe, com o intuito de compartilhar saberes e práticas, aceitando diferenças e construindo novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

3.1.7.3. Intersetorialidade

Articulação entre pessoas de diferentes setores sociais, consequentemente com distintos poderes, desejos e saberes, para o enfrentamento de problemas complexos, sendo assim uma forma inovadora de elaborar políticas públicas, governar e trabalhar, objetivando superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para a produção de efeitos significativos na saúde das pessoas.

3.1.8. Humanização

Entendida como política transversal nas ações em diversos serviços e níveis de gestão, a qual expressa os princípios e diretrizes do SUS em modos de agir que considerem os aspectos subjetivos e sociais em todas as práticas de atenção, refletidos em construção coletiva de trocas e vínculos entre gestores, trabalhadores e usuários, ampliando a sua co-responsabilidade de modo a propiciar transformações nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, que tem como foco a produção de saúde e necessidades dos cidadãos.

3.1.9. Acolhimento

Ocorre no encontro entre profissional-usuário e sua rede social, esperando mudanças nessa relação que reconhece o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. Baseia-se em três dimensões interrelacionadas, sendo: relacional – que se refere ao

vínculo estabelecido nas trocas entre usuários-famílias-comunidade e profissionais de saúde –; organizacional – que diz respeito à reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde para efetivar a universalidade e resolubilidade das demandas de saúde, pautando-se na intersetorialidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade –; e, postura ética, que busca a humanização do atendimento, responsabilização e respostas às necessidades de saúde para a satisfação da população.

3.1.10. Estratégia Saúde da Família

Configura-se como meio de organização da atenção básica no SUS, buscando reordenar o sistema e articular os seus distintos níveis de atenção. Esse modelo de atenção tem como alicerce a concepção de vigilância da saúde como resposta social estruturada aos processos de saúde-doença em todas as suas dimensões e se estabelece através da articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa enquanto estratégias de intervenção. A prática em saúde da família leva em conta a complexidade do ser humano, inserido em uma rede de interações (intra e extra familiares), respeitando assim o seu crescimento e desenvolvimento tanto no âmbito individual quanto no grupal, comunitário e societal e relativizando os contextos micro e macro sociais envolvidos.

3.1.10.1. Promoção da saúde

Intervenção por meio de ações articuladas entre vários setores da sociedade (comunitários, produtivos, sociais) para gerar melhores condições de vida e de saúde individual e coletivamente, a partir de políticas públicas comprometidas com a saúde e o meio ambiente, fortalecimento das ações da comunidade (empoderamento) e desenvolvimento de habilidades e atitudes positivas à saúde.

3.1.10.2. Prevenção de doenças

Lógica de antecipação a eventos, atuando sobre problemas específicos ou gerais para atender integralmente indivíduos ou grupos com risco de adoecimento ou acidentes.

3.1.10.3. Atenção curativa

Prática clínica e de cuidados integrais que visam o restabelecimento da saúde, a diminuição das dores, do sofrimento, a cura, a reabilitação, dirigindo-se a indivíduos ou grupos humanos.

3.1.10.4. Planejamento local de saúde

O planejamento pode ser compreendido como instrumento de gestão de instituições e seus processos de trabalho, método de ação governamental, bem como prática social de transformação. Assim, o planejamento local de saúde é um instrumento básico para direcionar as ações das equipes de ESF em uma lógica processual e com potencial criativo para modificar determinada situação de saúde, porém deve ser entendido como um jogo em que seus atores possuem distintos interesses ou planos em relação à situação comum, em que conseqüentemente haverá conflitos e incertezas. Esse processo considera a dinâmica interrelacionada dos seguintes passos: levantamento dos problemas de saúde (territorialização, identificação e análise de indicadores), proposição de ações e reflexão sobre a sua viabilidade, implementação, acompanhamento e avaliação contínuos do plano de intervenções.

3.1.10.5. Participação e controle social

Fomentada a partir da contribuição técnica de profissionais para o fortalecimento das iniciativas da população em relação ao processo de produção social da saúde e da vida, por meio de interações sociais, junto a lideranças comunitárias locais e movimentos populares, de modo a compartilhar de seus interesses, condições de vida, cultura e formas de luta.

3.1.10.6. Educação em saúde

Trata-se de prática política, histórica e social, intimamente relacionada ao processo de trabalho em saúde, sendo seu objeto a práxis cotidiana, que transformada em práxis emancipatória, crítica e reflexiva atinge sua finalidade.

3.1.11. Educação permanente

3.1.11.1. Aprender fazendo

Considera o ensino em serviço para construção das competências profissionais.

3.1.11.2. Metodologias ativas

Valoriza a relação dos educandos e educadores enquanto sujeitos construtores do processo de ensino-aprendizagem.

Este conjunto de conceitos advindos do marco de referência e das diretrizes pedagógicas da REMULTISF/UFSC visa orientar o desenvolvimento da Residência, proporcionando direção à assistência, educação e pesquisa. Portanto, relacionar a proposta teórica do Programa com as vivências de egressos permite o delineamento do seu processo formativo.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa.

4.2. Participantes

Os participantes do estudo são egressos do Programa REMULTISF/UFSC de turmas de 2010 a 2013.

Estes participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter concluído a REMULTISF/UFSC, por ter vivenciado o processo formativo em sua totalidade;
- Ser egresso das turmas de 2010 a 2013, de modo a respeitar o recorte estabelecido;
- Haver possibilidade de contato eletrônico para realização da coleta de dados.

Assim, consideraram-se como critérios de exclusão:

- Não ter concluído a REMULTISF/UFSC;
- Ser egresso de turmas anteriores a 2010;
- Não haver possibilidade de contato eletrônico para participação na pesquisa.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 09 a 23 de dezembro de 2015.

Primeiramente, realizou-se contato eletrônico com os egressos da REMULTISF/UFSC de turmas de 2010 a 2013 por mensagem privada em rede social, apresentando o estudo e seu objetivo. Em seguida, foi enviada novamente a mensagem para o endereço eletrônico dos egressos contendo em anexo o TCLE (Apêndice A) e o Formulário de Pesquisa (Apêndice B) a serem preenchidos e devolvidos em prazo estabelecido, se aceite de participação no estudo. Assim, os dados foram obtidos por meio de formulário semiaberto e o registro ocorreu pelo preenchimento do mesmo pelos participantes.

4.4. Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com a proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo (2010), por meio das seguintes etapas:

- Ordenação dos dados: leitura dos formulários de pesquisa preenchidos e organização dos relatos na ordem em que foram descritos;
- Categorização inicial: leitura exaustiva dos registros contidos nos formulários, apreendendo as estruturas de relevância e as ideias centrais descritas;
- Reordenação dos dados empíricos: agrupamento das categorias iniciais de forma a abranger as expressões mais significativas, originando as categorias temáticas;
- Análise final: os registros foram articulados com o marco referencial, buscando-se resposta à questão de pesquisa pautada no objetivo proposto. Por fim, os resultados foram vinculados estrategicamente com a realidade.

4.5. Considerações éticas

O presente estudo respeitou os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e obteve aprovação sob número de parecer 1.355.571/2015.

Para tanto, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa por meio de TCLE (Apêndice A), o qual foi assinado em duas vias, uma que ficou com o participante e outra que ficou com as pesquisadoras. Ainda, foi assegurado aos participantes que teriam liberdade de desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem que ocorresse qualquer tipo de prejuízo e que os seus dados pessoais não seriam identificados. De modo a atender a este último aspecto, os participantes foram identificados por código alfa numérico, em que a letra corresponde ao núcleo profissional e o número à ordem de participação no estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados se encontram divididos em duas sessões, a primeira conta com a caracterização dos sujeitos de pesquisa e a segunda com as categorias temáticas de análise.

5.1. Caracterização dos sujeitos de pesquisa

De um total de 23 egressos do Programa REMULTISF/UFSC de turmas de 2010 a 2013, participaram da pesquisa 7 egressos, sendo 2 da turma 2012-2014 e 5 da turma 2013-2015, não havendo portanto nenhum egresso da turma 2010-2012. Em relação aos núcleos profissionais representados, têm-se 2 participantes da enfermagem de distintas turmas, 2 da odontologia também de distintas turmas, 2 da farmácia e 1 da nutrição da turma 2013-2015. Desta forma, não está representada a totalidade dos núcleos profissionais que compõem as equipes de residentes da REMULTISF/UFSC, pois não houve participação de egressos do serviço social e da educação física, embora estejam contemplados os processos de trabalho de equipes de residentes no âmbito da ESF e do NASF, objeto deste Programa de Residência.

No que se refere às informações acerca da trajetória profissional após a conclusão da residência, obtidas a partir do preenchimento dos dados gerais do formulário de pesquisa, que estão elencadas no **Quadro 1**, ao considerar atividades de formação 3 egressos deram continuidade a este aspecto seja na condição *lato sensu* ou *stricto sensu*. Ao considerar atividades profissionais, há diversidade no campo de trabalho (desde assistência à docência), na natureza (pública e privada) e ainda no foco de atuação (vigilância, atenção básica, especializada e hospitalar, saúde coletiva, saúde-educação, formação de técnicos), parecendo algumas vezes temporárias pelo curto tempo de duração. Contudo; atualmente, 4 participantes desenvolvem atividades profissionais que vão ao encontro da titulação de Especialista em Saúde da Família em modalidade residência. Cabe destacar que os sujeitos de pesquisa possuem apenas entre 1 e 2 anos de atuação desde a formação na residência.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa segundo a titulação, atividades profissionais exercidas após a Residência e atualmente com respectivas durações.

SUJEITOS DE PESQUISA	MAIOR TITULAÇÃO	ATIVIDADES PROFISSIONAIS APÓS RESIDÊNCIA E DURAÇÃO	ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL E DURAÇÃO
E1	Especialista em Saúde da Família em modalidade Residência / Especialista em Saúde Coletiva	Supervisão de Estágio a Nível Técnico (4 meses)	Enfermeiro ESF em Região Metropolitana de Porto Alegre-RS (18 meses) / Especialização em Enfermagem do Trabalho e Especialização em Nefrologia Multidisciplinar
O2	Especialista em Saúde da Família em modalidade Residência	Atendimento em Consultórios Particulares em Florianópolis-SC (6 meses) / Disciplinas Especiais de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva da UFSC	Odontólogo Ambulatorial em Joinville-SC (2 meses)
O3	Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva	Assistência à saúde bucal em Unidade de Saúde da Família em Videira-SC (3 meses) / Assistência à saúde bucal no Centro de Especialidades Odontológicas (pacientes com necessidades especiais) da UFSC (1 ano) / Docente de Curso Técnico em Saúde Bucal (2 anos)	Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva da UFSC

F4	Especialista em Saúde da Família em modalidade Residência	Especialização em Bioquímica	Agente de Fiscalização Sanitária (3 meses)
F5	Especialista em Saúde da Família em modalidade Residência	Aguardando convocação em Concursos Públicos com aprovação	Estudando para novos Concursos Públicos (10 meses)
N6	Especialista em Saúde da Família em modalidade Residência	_1	Nutricionista em empresa, atuando na alimentação escolar em Florianópolis-SC
E7	Especialista em Saúde da Família em modalidade Residência	Enfermeiro em Clínica de Endoscopia (2 meses) / Enfermeiro em Clínica Médica em Hospital Privado (2 meses)	Enfermeiro ESF em São José-SC (6 meses)

Fonte: Elaborado pelas próprias autoras, 2016.

5.2. Categorias temáticas

Após análise das respostas dos participantes às questões do formulário de pesquisa referentes ao processo formativo da REMULTISF/UFSC, emergiram 3 categorias temáticas: *Desvelando o SUS no Contexto da ESF*; *Promovendo a Educação Permanente em Saúde*; e, *Impressões do Processo Formativo da REMULTISF/UFSC*.

Desvelando o SUS no Contexto da ESF

Esta categoria reúne as vivências relatadas em relação à atenção à saúde, RAS, clínica ampliada, saúde da família, promoção da saúde, vigilância em saúde, planejamento em saúde, educação em saúde e participação e controle social, que articuladas com base nas competências da ESF visam contribuir para a formação e qualificação profissional voltada para o SUS.

¹ A atividade profissional exercida após a Residência corresponde à atividade profissional atual.

De acordo com os pressupostos da REMULTISF/UFSC, a saúde é compreendida a partir de um conceito ampliado, ou seja, vai além da ausência de doença, pois resulta de um processo de produção social. Para tanto, considera que a atenção à saúde deve contemplar um conjunto de ações e serviços que alcancem a integralidade da atenção e do sujeito, estando em consonância com o SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

As RAS foram vivenciadas tanto de forma mais ampla no estágio obrigatório em espaços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospital Universitário (HU), como cotidianamente no âmbito da Atenção Básica-ESF por meio da gestão do cuidado, dos atendimentos, das referência-contrarreferências.

Vivenciei a atenção básica durante os dois anos de residência, a rede toda foi vivenciada no momento do estágio final. (N6)

(...) a minha formação foi voltada à atenção primária, pude vivenciar diariamente a organização das redes de atenção à saúde e a gestão do cuidado a partir da atenção primária. (F5)

As vivências de atenção à saúde ocorreram durante todo o período da Residência em ações realizadas, principalmente, no âmbito da ESF, sendo que um dos participantes manifesta que por vezes estas ações estavam focadas na doença. Para a construção e compartilhamento das vivências de atenção à saúde, a qual possui grande relevância para o desenvolvimento das competências profissionais, ressalta-se o papel fundamental da preceptoria e tutoria junto ao residente.

Pude vivenciar a atenção em saúde durante todo o curso de Residência, com a realização de atendimento aos usuários e organização dos serviços em conjunto com a preceptoria. (O2)

(...) fui alocada numa unidade que não estava com uma boa equipe de profissional para receber a residência. Não tive R2, a preceptora foi uma figura folclórica (...) e a tutoria ficou à margem das circunstâncias. (...) (E1)

(...) foi mais desenvolvido atenção à doença. (E7)

A clínica ampliada foi mais vivenciada teoricamente por meio de discussões em aulas, encontros específicos, momentos de integração. Embora tenha sido perseguida na prática durante a escuta nos atendimentos, matriciamento e interações multiprofissionais, buscando compreender melhor o sujeito e suas demandas. Destaca-se a importância de integrar equipe multiprofissional como aspecto facilitador para tal.

A clínica ampliada se manteve como o maior objetivo nos atendimentos. Foi um tema bastante discutido nos momentos teóricos como MI e Encontros Específicos. Além disso, poder atuar como equipe multidisciplinar foi bastante importante. (F4)

Percebe-se que as vivências acima contemplaram a integralidade da atenção ao explorar e acessar serviços da rede de atenção; no entanto, a integralidade do sujeito de forma holística que considera as suas dimensões biopsicossociais ficou prejudicada ao restringi-lo à doença. O profissional de saúde que possui um olhar sistêmico para a compreensão do indivíduo, seu processo de saúde-doença e da sociedade, detém de mais componentes para a tomada de decisão, tornando-a mais assertiva e segura (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Contudo, o conceito ampliado de saúde parece estar presente na concepção dos participantes, pois conseguem apontar criticamente as inadequações na sua prática. Observa-se que momentos teóricos e de discussão contribuem para a reflexão acerca da prática profissional. É de extrema importância que os profissionais de saúde possam repensar suas ferramentas e processo de trabalho para analisar o quanto estão próximos ou distantes da integralidade em saúde (FRACOLLI et al., 2011). A Residência Multiprofissional evidencia a possibilidade de reorganização da atenção e dos serviços fomentando a problematização das práticas, porém quando inserida em uma realidade com predominância do modelo hegemônico e individualista pode acabar reproduzindo o seu arranjo, assim os atores envolvidos nesta formação devem desenvolver um papel ativo e propositivo (PEREIRA; DALLEGRAVE, 2014).

Ainda, o trabalho em equipe multiprofissional se mostra impulsionador para a atenção integral. O trabalho em equipe, considerando a interdisciplinaridade, constitui-se em um investimento

para a efetivação da integralidade, sendo que a sua necessidade e relevância têm sido indicadas pelos profissionais para identificar as diferentes necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e a partir de discussões solucioná-las de forma global (HENCK; FAJARDO, 2014; LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Conforme as concepções da REMULTISF/UFSC, a ESF se configura como modelo de atenção que busca reordenar as ações da AB. Considera o indivíduo em sua complexidade e inserido em uma rede de interações, portanto seu crescimento e desenvolvimento ocorrem no âmbito individual, grupal, comunitário e societal, relacionando-se também com os contextos micro e macro social implicados. Sua prática integra a promoção da saúde, vigilância da saúde, o planejamento local de saúde, a educação em saúde e a participação e controle social (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

A saúde da família foi vivenciada intensa e diariamente na Residência, de forma integrada e compartilhada com as equipes, por meio de reuniões, atendimentos, atividades coletivas, programação e planejamento dos serviços, matriciamento, visitas domiciliares, atendimentos conjuntos, grupos e ações de educação em saúde.

(...) tive a oportunidade de me sentir parte de uma Equipe de Saúde da Família, com participação em reuniões, atendimentos, atividades coletivas, programação e planejamento dos serviços, matriciamento (...) (O2)

As vivências de vigilância em saúde foram reconhecidas durante o estágio obrigatório no setor de Vigilância em Saúde da SMS de Florianópolis. Apenas um dos participantes apontou uma vivência mais abrangente, no cotidiano da Residência, durante a gestão do cuidado e em ações individuais e coletivas para controlar danos e riscos à saúde da população, tais como: atividades na escola, campanhas, educação em saúde.

vivenciada no estágio final da residência, somente alguns dias e não englobou toda vigilância em saúde (N6)

(...) principalmente quando se refere na gestão do cuidado tanto individual quanto coletivo, nas ações que objetivavam controlar determinados

riscos e danos à saúde da população. Como por exemplo as atividade de saúde bucal nas escolas e creches, campanhas de vacinação, busca ativa, atividades de orientação para a população, grupos de tabagismo, hiperdía. (F5)

As vivências de planejamento em saúde aparecem no cotidiano da Residência, contemplando tanto o contexto macro: nível municipal e área de abrangência do CS, quanto o micro: cada área do território do CS e organização do trabalho de cada profissional, de forma compartilhada em reuniões de equipe, reuniões gerais do CS, reuniões de categoria. Também aparecem durante o estágio obrigatório no setor de Planejamento em Saúde da SMS de Florianópolis. Um dos participantes manifesta que no processo de planejamento podem surgir dificuldades no consenso e resistência em relação às mudanças, devido possibilidade de reprovação pela população e maior demanda de trabalho para as equipes.

Ao início do curso realizamos inicialmente a territorialização da área do nosso Centro de Saúde e em sequência montamos a árvore de problemas e o planejamento de ações segundo os problemas e causas elencados. Além disso, conhecemos mais profundamente o setor de Planejamento da SMS de Florianópolis (...) (O2)

As equipes de saúde da família destinavam um período da semana no qual discutiam os casos e faziam o seu planejamento, uma vez por mês os profissionais do centro de saúde reuniam para discutir sobre as demandas do centro de saúde e deliberavam as mudanças a serem feitas, os próprios profissionais da saúde faziam o seu próprio planejamento conforme as suas demandas. (F5)

Diversos projetos dos meus colegas e eu, foram descartados, com a premissa de que a comunidade não aceitaria ou geraria uma demanda a mais para equipe (...) (E1)

No arcabouço da REMULTISF/UFSC, a vigilância da saúde se manifesta como resposta social estruturada aos processos de saúde-

doença, sendo o planejamento um instrumento que direciona as ações de forma processual e criativa para transformar determinada situação de saúde. O planejamento pode ser utilizado na ação governamental, assim como na gestão de instituições e processos de trabalho, interrelacionando as etapas de levantamento dos problemas de saúde (territorialização e indicadores), sugestão de ações e reflexão acerca da viabilidade, execução, acompanhamento e avaliação contínua. Neste processo pode haver conflitos e incertezas, visto que os sujeitos podem possuir distintos interesses e planos para a situação colocada (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

As vivências apontam que a maioria dos participantes não identificou ou não desenvolveu a vigilância em saúde no processo de trabalho da ESF, porém as vivências de planejamento foram experienciadas amplamente, de forma contínua e conjunta com os demais profissionais de saúde, gerando uma contradição e também um questionamento: o planejamento das ações se baseava em que situações e como as mesmas eram evidenciadas?. A vigilância em saúde na ESF pode prover importantes informações em saúde que subsidiem o reconhecimento de problemas e o estabelecimento de prioridades na atenção à saúde da população, servindo assim como base para o planejamento de ações (YAKUWA et al., 2015). O planejamento em saúde deve se pautar em processos dialógicos entre os profissionais da ESF, para que mesmo evidenciando a presença de conflitos, prevaleça a visão estratégica em relação à resolução dos problemas elencados. As equipes realizam o processo de planejamento, mas as suas etapas parecem pouco integradas (CRUZ et al., 2014).

A promoção da saúde foi discutida em aula, mas na prática foi pouco vivenciada, ocorrendo mais expressivamente nos grupos oferecidos à população e em algumas atividades comunitárias. Identifica-se a necessidade de maior exploração desse aspecto, pois apresenta como desafios para a sua efetivação a dependência de outros setores, a sua difícil compreensão e execução no cotidiano do serviço.

O conteúdo foi abordado em aula e buscou-se aplicar na prática a promoção da saúde (...) (O2)

(...) vivenciada, principalmente, pelos grupos disponibilizados à comunidade. (F4)

Pouco vivenciei de promoção de saúde, talvez por ser pouco compreendida ou talvez por ser difícil de ser executada pelos profissionais do centro de saúde. (...) teve um momento, durante esses dois anos de residência, que realmente vivenciei e compreendi a promoção da saúde. Este episódio aconteceu quando participei das atividades do dia das crianças organizada pela própria comunidade. (F5)

(...) Acredito que poucas vezes desenvolvi atividades de promoção, restringindo-se a atividades como dia da beleza durante coletas do preventivo (...) (E7)

(...) precisa ser mais explorada pois depende de outros setores (O3)

A promoção da saúde é visualizada pela REMULTISF/UFSC como uma intervenção intersetorial para estabelecer melhores condições de vida e de saúde à população (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006). Verifica-se a partir das vivências que o entendimento e a prática da promoção da saúde se constituem um desafio no cotidiano profissional, inclusive no cenário da Residência. Há evidências de polissemia e discrepâncias em relação à concepção de promoção da saúde expressa pelos profissionais, sendo muitas vezes confundida com ações preventivas. Assim, é necessário dialogar sobre o seu real conceito, que abrange o compromisso com os indivíduos e se apóia na intersetorialidade. Na mesma medida, deve adentrar na prática e formação dos profissionais e ainda, conceber e fortalecer mecanismos para o enfrentamento da questão social e de seus determinantes (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014, REIS; SILVA; UN, 2014).

A educação em saúde foi vivenciada a todo o momento, seja prestando informações e orientações aos usuários ou planejando e realizando atividades com outros profissionais. Esteve presente, principalmente, em grupos com equipe multiprofissional, mas também em reuniões de equipe, matriciamento, atividade compartilhada, momentos de integração, reunião de categoria e atendimentos individuais, extrapolando os espaços do CS para as escolas, creches, Conselho Local de Saúde (CLS) e locais de referência na comunidade.

Contribuí na programação e prática de diversas atividades de educação em saúde, especialmente de maneira coletiva, com a participação de profissionais de diversas áreas, como por exemplo nas Escolas, creches, Grupos no CS, Conselho Local de Saúde e comunidade. (O2)

(...) todos os profissionais de saúde faziam educação em saúde. Seja prestando uma informação, uma orientação, na organização de um grupo. Desta forma, em item acontecia a todo momento. (F5)

No que se refere às vivências de educação popular em saúde, ocorreram em diferentes graus, visto que alguns participantes relataram que não a vivenciaram ou somente na teoria, ao mesmo passo que outros participantes a vivenciaram em algumas atividades com o foco na troca de saberes por meio da participação ativa dos usuários, respeitando seu conhecimento, cultura e linguagem.

Nas atividades coletivas sempre se buscou adequar as conversas de acordo com os usuários presentes, com a participação de todos e respeitando a cultura e conhecimento de cada um, buscando o compartilhamento de saberes. (O2)

Considera-se no referencial da REMULTISF/UFSC que a educação em saúde é parte intrínseca do processo de trabalho em saúde e no seu cotidiano vislumbra o alcance da práxis libertadora, crítica e reflexiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006). As vivências de educação em saúde demonstram que a mesma esteve presente no dia a dia do processo de trabalho desenvolvido na Residência, porém não expressa claramente a maneira como ocorreu nestes diferentes espaços e momentos. Quanto à educação popular em saúde parece que a mesma não foi trabalhada suficientemente no processo formativo a ponto de produzir sentidos, lembrando que foi reconhecida recentemente e possivelmente a primeira aproximação aconteceu durante a Residência. As práticas educativas pedem inovação e transposição do modelo biomédico que inviabiliza a integralidade, no sentido de abandonar práticas prescritivas, de repasse de informações e ir ao encontro de uma nova proposta, a educação popular em saúde, permeada por postura dialógica e de participação dos

sujeitos, visto que todos possuem saberes que podem contribuir para a análise da realidade e assim disparar transformações na vida cotidiana (CHAVES et al., 2014, OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014, REIS; SILVA; UN, 2014).

As vivências referidas em participação e controle social estão mais restritas à participação em reuniões do CLS com o intuito de fortalecimento, observação, conhecimento. Citam-se alguns episódios de participação em reuniões de outros CLS e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Florianópolis, além de realização de ouvidorias por parte da população.

Principalmente durante o primeiro ano, houve uma tentativa de fortalecimento do Conselho Local de Saúde o que levou a participação em diversas reuniões, inclusive de conselhos de outras comunidades. (F4)

(...) participação nas reuniões do conselho local de saúde, utilização da ouvidoria pela população e uma participação de uma reunião do conselho municipal de saúde. (F5)

Já as vivências relacionadas a movimentos sociais, políticos ou de representação foram pontuais ou ausentes. Alguns participaram de eventos que reuniram número expressivo de residentes de todo o país, do Encontro Nacional de Residências e de reuniões virtuais do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). Outros não vivenciaram esse aspecto, seja por pouco envolvimento com essas questões, desinteresse, desmotivação ou problemas pessoais.

Participação de poucas reuniões virtuais do Fórum Nacional dos Residentes e do Encontro Presencial do Fórum em 2013. (F4)

Não tive participação por desinteresse na época, por desmotivação e problemas de saúde. (E7)

A REMULTISF/UFSC considera a contribuição técnica dos profissionais de saúde, por meio de relações sociais com lideranças comunitárias e movimentos sociais, para o fomento da participação e controle social, reforçando as iniciativas da população referentes ao processo de produção social da vida e da saúde (UNIVERSIDADE

FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006). Observa-se que esse aspecto foi vivenciado na Residência, mas parece que ocorreu de forma tímida, mais voltada à aproximação do que ao engajamento social e político. A participação e o controle social ainda não estão efetivados, contribuindo para esta realidade a falta de informação à população e presença de interesses diversos de que a mesma não tenha conhecimento de seus direitos e da legitimidade de sua exigência. Nesta perspectiva, faz-se necessária a sua concretização na prática da democratização da saúde e para tanto os profissionais de saúde têm papel fundamental nessa construção política (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). No âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde, considera-se que os Programas devem indicar a inserção dos residentes no espaço do controle social, visto que este aspecto pode não estar sendo valorizado suficientemente, porém esta inserção deve ser qualificada com base em um processo de reflexão, fundamentando uma análise histórica e política acerca das forças, relações e lutas existentes, para que se estabeleça protagonismo nesta participação em busca de avanços no SUS (SILVEIRA; VARGAS, 2014).

Promovendo a Educação Permanente em Saúde

Esta categoria reúne as vivências relatadas em relação à educação permanente em saúde, metodologias ativas, produção e divulgação de conhecimento, que reunidas tem o intuito de promover a estratégia de educação permanente em saúde para a qualificação dos profissionais e assim contribuir para o desenvolvimento do SUS.

Conforme o marco de referência e diretrizes pedagógicas da REMULTISF/UFSC é por meio da educação permanente que se efetiva o processo formativo, contando com a integração entre o aprender fazendo e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem para a sua construção. Sendo que o aprender fazendo considera o ensino-serviço para a composição das competências profissionais e as metodologias ativas a valorização da interação entre educandos e educadores para a constituição do processo ensino-aprendizagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006).

As vivências de educação permanente em saúde foram reconhecidas em atividades educativas, aulas, encontros específicos, reuniões de categoria, reuniões do NASF, reuniões gerais, capacitações oferecidas pela SMS de Florianópolis, matriciamento, atividades compartilhadas, momentos de integração, estudos independentes.

Por ser um processo de construção pode ser vivenciado diariamente ao longo da residência e em todos os momentos no centro de saúde (N6)

Em matriciamentos, Atividades compartilhadas, Momentos de Integração, reunião de enfermeiros, estudando em casa, etc. (E7)

As metodologias ativas foram vivenciadas no decorrer do processo formativo, para a construção dos conhecimentos de núcleo e dos conhecimentos de campo, mas também para a realização de atividades com os usuários. Apenas um dos participantes relatou não ter vivenciado este aspecto.

Toda a residência proporciona que sejamos responsáveis pelo nosso aprendizado, compreendendo a vivencia e tendo uma participação ativa ao longo do processo (N6)

Grupos de caminhada, diabéticos, pré-natal, MI, AC. (E7)

Não me recorde de ter vivenciado isto. (F5)

Observa-se que a educação permanente permeou o cotidiano da Residência, sendo desenvolvida em momentos individuais, com outros profissionais e entre residentes, tanto no ambiente de trabalho quanto no de ensino, utilizando de metodologias ativas para a construção do processo ensino-aprendizagem. Mesmo com a elaboração de política nacional, a educação permanente em saúde não se encontra garantida na realidade dos serviços, devido à demanda do cotidiano os profissionais frequentemente priorizam a prática em detrimento de momentos de qualificação e reflexão acerca do processo de trabalho e da atenção destinada à saúde da população (STAHLSCHMIDT, 2012). Nesse sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde é reconhecida como estratégia de educação permanente, por ser uma modalidade de ensino-aprendizagem capaz de proporcionar a análise crítica e reflexiva a partir das vivências, procurando soluções para a sua superação e transformação (SILVEIRA; VARGAS, 2014). Para este fim, faz-se necessária a garantia de espaços dialógicos, em que haja interação entre os indivíduos e construção coletiva (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

A produção de conhecimento foi vivenciada na elaboração de artigos, Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR), resumos e materiais educativos em conjunto com outros atores da Residência e profissionais do serviço e sua divulgação ocorreu em eventos, revistas científicas e na comunidade.

Elaborei com residentes e profissionais do CS alguns trabalhos, inclusive com a publicação de um artigo sobre um trabalho realizado no Centro de Saúde na Revista de Saúde de Florianópolis. Além disso, elaboramos banners e participamos de Congressos e Seminários para sua divulgação. O meu TCC contribuiu para o meu conhecimento e está sendo organizado para a publicação em revista científica. (O2)

Confecção de um jornal mensal de caráter informativo para a população (F5)

Embora a produção e divulgação de conhecimento não apareçam declaradas no marco de referência e diretrizes pedagógicas da REMULTISF/UFSC, apenas como atividades integrantes na estrutura pedagógica do Programa, identificadas como desenvolvimento de TCR e produção científica (participação em eventos, grupos de estudo e produção de artigos), nos interessa conhecer as vivências dos participantes nestes aspectos, pois entendemos que também são elementos importantes para o desenvolvimento dos profissionais e do SUS. Considerando isto, percebe-se que a produção e divulgação de conhecimento foram vivenciadas no processo formativo, tanto com caráter informativo quanto científico, relacionados com as vivências na Residência, sendo apresentados localmente (elaboração e distribuição de jornal para a comunidade, artigo publicado em Revista da SMS de Florianópolis, trabalhos apresentados em eventos da SMS de Florianópolis) e em espaços externos (apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais). É essencial que os profissionais inseridos nos serviços valorizem suas experiências e as transformem em produção de conhecimentos a serem divulgados, pois estas ações devem ser entendidas como compromisso dos profissionais em busca da consolidação do SUS (STAHLSCHMIDT, 2012).

Impressões do Processo Formativo da REMULTISF/UFSC

Esta categoria apresenta uma síntese em relação ao processo formativo vivenciado na REMULTISF/UFSC com base nas reflexões registradas pelos participantes acerca das estratégias/espços/atividades que proporcionaram todas as vivências aqui explicitadas e como as mesmas se relacionam com a sua trajetória profissional.

Os participantes manifestaram que o conjunto de atividades conferidas pelo Programa, tais como: reuniões de equipe, reuniões de planejamento, grupos, atendimentos individuais, matriciamento, ações em espaços da comunidade, projetos integrados, momentos integrados, encontros específicos, estágios obrigatório e optativo, direcionado pelo cronograma com grade bem distribuída e alinhada, é que promoveu estas vivências.

A grade de horários era bem distribuída e “alinhada”, norteando nossa circulação por alguns campos que ora nos permitiam uma vivência, ora nos permitiam uma visão crítica ou uma visita técnica. (...) (E7)

Acredito que o próprio objetivo da residência, de formar profissionais da saúde com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental, saúde pública com perfil humanista e crítico reflexivo e que possa resolver boa parte das demandas de saúde da população, propiciaram essas vivências. (F5)

Estratégias de grupo, principalmente a união que o grupo tinha. Força de vontade de desenvolver atividade. Espaços do CS, da Universidade, da Escola e da Comunidade eram utilizados. Todas atividades praticamente proporcionaram essa vivência, nossa agenda era bem dividida para isso. (E7)

No que tange a relação entre as vivências neste processo formativo e a trajetória profissional, os participantes expressaram que a Residência contribuiu para a construção e qualificação da prática profissional, seja na assistência, docência ou na academia e ainda, na militância para o fortalecimento do SUS. Isto se deve pelo acúmulo de conhecimentos, bagagem cultural, experiência na área, estímulo à criatividade, desenvolvimento de postura crítico-reflexiva frente à realidade, flexibilidade, aprendizagem também nas adversidades,

trabalho multidisciplinar e relação teórico-prática-paradigmas, que o Programa promove. Porém, um participante apontou uma “falha” em seu processo formativo, pois não vivenciou a vigilância em saúde durante a Residência, sendo que no momento atua nesta área.

(...) grandes lições e aprendizados resumem a residência: a oportunidade de um trabalho efetivo multidisciplinar (nem que entre os próprios residentes, num modelo por horas, utópico e aquém da realidade do dia-a-dia; mas igualmente rico e grandioso; repleto de somas de conhecimento, bagagem cultural e discussões para além da categoria profissional) e um aprendizado pessoal (de como se portar, de como enfrentar adversidades, de ter jogo de cintura com uma gestão falha – da academia, do sistema público, do serviço -; de como desempenhar a auto defesa, a auto reflexão, a auto crítica, para se apoderar do que você sabe, de quem você é, do que você acredita e batalhar pelo que você busca; de avaliar e aprender sobre como o meio pode te corromper e aos seus ideais e de como não se tornar um profissional assim – não só reconhecê-lo e criticá-lo, mas de construir um conhecimento para realizar um movimento contrário a ele). (E1)

A Residência com certeza contribui para a minha prática no meu emprego atual (...) justamente na área de saúde pública. A minha prática diária durante o processo de trabalho é de maior qualidade devido à minha formação, onde utilizo todo o conhecimento acumulado durante o curso. (O2)

Elas foram essenciais para minha atual escolha: a formação. Sem elas não seria possível demonstrar durante as atividades de ensino a minha paixão pelo SUS, a importância do dentista na saúde da família, as diferentes possibilidades de atuação, que para um profissional apresentar um olhar e um cuidado ampliado é preciso ser bom no seu núcleo. Enfim, elas contribuíram para a construção do meu ser dentista e contribuem

fortemente na minha trajetória do ser professor. (O3)

A atividade profissional que exerço atualmente está relacionada à vigilância em saúde, que foi pouco vivenciada durante a Residência. (F4)

As vivências da residência corroboram com a minha trajetória de militância pela saúde pública e pelo fortalecimento do SUS (F5)

A residência me proporcionou uma formação profissional voltada para a atenção básica, com um olhar mais humano. Permite conhecer a realidade, e assim, pode criar um paradigma entre a teoria das políticas públicas e o que realmente acontece na prática. (N6)

Contribuíram para que eu me empenhe cada vez mais em ajudar os usuários nas suas necessidades e melhorar a atenção básica desenvolvendo atividades de atenção à saúde. Meu lado criativo melhorou muito após a residência. (E7)

Identifica-se que todos os espaços previstos no modelo pedagógico da REMULTISF/UFSC, pautados na educação permanente, foram apreendidos e aproveitados, viabilizando atividades teóricas e/ou práticas, compartilhadas entre ensino e serviço, o que concretiza um processo formativo de base multiprofissional que possibilita o alcance de competências profissionais (corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes) direcionadas à ESF e ao SUS. Este retrato vai ao encontro do objetivo do Programa de formar profissionais de saúde por meio da educação em serviço com a intenção de qualificá-los para o desenvolvimento de suas atividades no SUS, vislumbrando o alcance das competências técnica, política e ética da ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010; VERDI et al., 2006). Contudo, visto como processo formativo é inacabado e passível de aperfeiçoamento, devendo então ser re(visitado) frequentemente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho foi bastante desafiadora devido relação de proximidade entre a pesquisadora e o objeto de pesquisa e o tempo destinado para a sua execução, mas igualmente gratificante, pois oportunizou imersão na história e desenvolvimento da concepção de saúde, das políticas públicas, das estratégias de formação, da interface entre saúde e educação e da Residência Multiprofissional em Saúde desde o Movimento da Reforma Sanitária e criação do SUS até os dias atuais, bem como possibilitou conhecimento aprofundado, crítico e reflexivo em relação ao processo formativo desenvolvido na REMULTISF/UFSC, contribuindo assim para sua certificação e/ou aprimoramento.

Os resultados do estudo apontaram que o processo formativo da REMULTISF/UFSC permite o desvelamento do SUS a partir do desenvolvimento de uma concepção e atenção ampliada e integral da saúde, assim como permite o alcance das competências profissionais da ESF pautadas na vigilância e planejamento em saúde, educação em saúde, participação e controle social. Embora, alguns elementos ainda se configurem como desafios na prática profissional, tais como: integralidade do sujeito, vigilância em saúde, promoção da saúde, participação e controle social, os quais precisam ser mais discutidos, difundidos e compartilhados no cotidiano dos serviços com os demais profissionais.

Os resultados também demonstraram que o referido processo formativo promove constante educação permanente em saúde por meio de diversos espaços/atividades compartilhados e de reflexão, ocorridos tanto no ambiente de trabalho quanto no de ensino e que utilizam de metodologias ativas para a construção do processo ensino-aprendizagem.

Em síntese, os egressos conferiram a este conjunto de espaços/atividades estruturadas e organizadas no modelo pedagógico do Programa o fomento às vivências expressas em relação ao processo formativo, afirmando que o mesmo contribui para a construção e qualificação da prática profissional seja na assistência, docência ou na academia e ainda, na militância para o fortalecimento do SUS, sendo que a maioria destes egressos está inserida em atividades profissionais que vão ao encontro da formação obtida pela respectiva Residência. Isto se deve pelo acúmulo de conhecimentos, bagagem cultural, experiência

na área, estímulo à criatividade, desenvolvimento de postura crítico-reflexiva frente à realidade, flexibilidade, aprendizagem também nas adversidades, trabalho multidisciplinar e relação teórico-prática-paradigmas, que o Programa proporciona.

Por fim, o processo formativo desenvolvido na REMULTISF/UFSC evidencia coerência entre o marco de referência, as diretrizes pedagógicas e as vivências dos egressos e assim atende ao seu objetivo de formação, desenvolvimento e qualificação de profissionais para o SUS com base nas competências previstas na ESF. Sendo que os seus aspectos multiprofissional e interdisciplinar são ressaltados em vários momentos como potencializadores desta formação.

Entretanto, visto como processo é inacabado e passível de aperfeiçoamento, devendo então ser re(visitado) frequentemente. Desta forma, o presente estudo sugere à REMULTISF/UFSC a apresentação e disponibilização do seu Projeto Político Pedagógico (PPP) aos residentes para a conscientização acerca das bases e intencionalidade do processo formativo. Ainda, recomenda a inclusão dos conceitos aqui explorados: RAS, clínica ampliada, educação popular em saúde e produção e divulgação de conhecimento em seu marco de referência, bem como intensificação no cotidiano da Residência.

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde pode se concretizar como estratégia de educação permanente em saúde para a qualificação dos profissionais de saúde para o SUS, sendo um caminho para a mudança da práxis em saúde. Porém, faz-se necessária a replicação de investigações como esta para se ter um panorama regionalizado e nacional acerca do processo formativo desenvolvido pelos inúmeros Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Resolução n. 5, de 07 de novembro de 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Constituição (5 de outubro de 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei n. 8.080, 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.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais da Área da Saúde. Parecer n. 1.133, de 01 de outubro de 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro

de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Portaria n. 16, de 22 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. 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. Portaria n. 1.077, de 12 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al.. Os desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 39-51.

CAMPOS, Gastão Wagner. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 52-6.

CHAVES, Luciana et al.. Curso “Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde”: uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 2, p. 1507-12, 2014.

CRUZ, Marly Marques da et al.. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38. n. especial, p. 124-39, 2014.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2, p. 47-66.

DA ROS, Marco Aurélio et al.. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 103-11.

DA ROS, Marco Aurélio et al.. Residência Multiprofissional - desafios de implantação. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (org.). **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2011. v. 1, p. 304-328.

FRACOLLI, Lisaine Aparecida et al.. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-59, 2014.

HENCK, Agda; FAJARDO, Ananyr Porto. Supervisão em Atenção Primária à Saúde: experiência interdisciplinar junto a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014, p. 59-76.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins de; CRUZ, Ana Kelly Lima da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 546-53, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MARTINS, Anisia Reginatti et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 75-90.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Formação de Profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento?. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 91-114.

OLIVEIRA, Silvia Regina Gomes de; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129-47, 2014.

PEREIRA, Malviluci Campos; DALLEGRAVE, Daniela. Abram-se as cortinas: a busca pela integralidade na ênfase em Oncologia e Hematologia da RIS/GHC. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014, p. 95-116.

REIS, Inês Nascimento de Carvalho; SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da; UN, Julio Alberto Wong. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 2, p. 1161-74, 2014.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-47, 2013.

SILVEIRA, Lúcia Rublescki; VARGAS, Tatiane Moreira de. O controle social como experiência de ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **RIS/GHC: 10 anos fazendo &**

pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014, p. 259-280.

STAHLSCHMIDT, Ana Paula Melchior. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 2, p. 819-27, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PRISF. **Projeto Político Pedagógico do Curso**. Florianópolis: UFSC, 2002. 50p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - REMULTISF. **Projeto Político Pedagógico do Curso**. Florianópolis: UFSC, 2010. 25p.

VERDI, Marta Inês et al.. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 283-304.

YAKUWA, Sayuri Marina et al.. Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 384-90, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel.: + 55 (48) 3721-2225
Contato: saudedafamilia@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS ACERCA DO PROCESSO FORMATIVO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL**”, elaborada em conjunto pela Profa. Dra. Marta Lenise do Prado, Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri e Enfermeira Residente Christiny Regina Lopes, a qual não possui financiamento por nenhum tipo de órgão de fomento a pesquisa e será desenvolvida de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A Dra. Marta Lenise do Prado atua como docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e como docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), juntamente com uma equipe de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEn) – Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0904970577482875>.

A Dra. Daniela Lemos Carcereri atua como docente do Departamento de Odontologia da UFSC, como docente do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFSC e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (REMULTISF/ UFSC). Atualmente exerce a função de Coordenadora do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. É

líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde.

A Enfermeira Christiny Regina Lopes atua como residente do segundo ano da REMULTISF/ UFSC. É membro do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia EDEn.

O estudo tem como objetivo geral: conhecer a percepção de egressos das turmas de 2010 a 2013 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina em relação ao seu processo formativo e trajetória profissional, considerando o marco de referência e as diretrizes pedagógicas do referido Programa.

Esse estudo possui abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. A coleta de dados ocorrerá por meio de preenchimento de formulário com questões abertas (sem alternativas estruturadas para resposta), a ser enviado e após devolvido; por e-mail, para posterior análise. Após esclarecimentos, caso aceite participar, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

Você é livre para escolher participar ou não dessa pesquisa. O caráter de participação é voluntário e você não receberá nenhum retorno financeiro para isso. Se ocorrer mudança de ideia, você poderá desistir da participação a qualquer momento, sem que sofra quaisquer prejuízos. Para desistência, só é necessário entrar em contato com uma das pesquisadoras. A presente pesquisa não oferece nenhum risco físico. Entretanto, no decorrer do preenchimento do formulário é possível que, como informante, você sinta algum desconforto frente a questões que o leve a compartilhar de opiniões pessoais ou confidenciais, ressalta-se que você tem o direito de optar por não responder qualquer questionamento que não achar conveniente, assim como, as pesquisadoras buscarão diminuir constrangimentos pelo cuidado disposto no tratamento e manuseio dos dados. Garante-se que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos informantes não serão identificados em nenhum momento da pesquisa, respeitando os valores individuais ou institucionais manifestos. Os pesquisadores comprometem-se a fornecer indenização compatível com eventuais danos que o participante venha a sofrer, como por exemplo, em caso de quebra de sigilo intencional ou não-intencional (roubo de dados). Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos. Você não terá nenhuma despesa decorrente da sua participação nesse projeto; eventuais gastos serão quitados pelos pesquisadores envolvidos.

O desenvolvimento desse estudo contribuirá para o aperfeiçoamento e/ou reconhecimento do Programa REMULTISF/UFSC, proporcionará devolutiva ao mesmo em relação aos seus egressos e ao processo formativo proposto a partir do marco de referência e das diretrizes pedagógicas do PPP e permitirá conhecer a percepção de egressos em relação às contribuições do Programa para a qualificação profissional.

Em caso de quaisquer dúvidas relacionadas ao projeto de pesquisa e aspectos éticos implicados e para maiores esclarecimentos entre em contato conosco das seguintes formas:

Pesquisadora responsável: Dra. Marta Lenise do Prado

UFSC – Campus Trindade

Rua Delfino Conti – Centro de Ciências da Saúde (CCS), Bloco I,
Piso térreo, Secretaria do Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (48) 99710717

E-mail: marta.lenise@ufsc.br

Pesquisadora participante: Dra. Daniela Lemos Carcereri

Telefone para contato: (48) 91025328

E-mail: daniela_carcereri@hotmail.com

Pesquisadora participante: Enfermeira Residente Christiny

Regina Lopes

Telefone para contato: (48) 84367250/ 96648220

E-mail: christiny.rl@gmail.com

Se desejar maiores informações, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), através do endereço e telefone abaixo:

CEPSH-UFSC

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 - Prédio Reitoria II, sala
401.

Trindade, Florianópolis.

Telefone para contato: (48) 37216094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Sua participação é muito importante para o desenvolvimento desse estudo. Se concordar em participar, por favor, preencha o campo abaixo:

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro-me esclarecido sobre o objetivo da pesquisa e que estou de acordo com as informações disponibilizadas. Desse modo, consinto minha participação voluntária, resguardando às autoras do projeto os direitos sobre a propriedade intelectual gerada e expressando minha concordância com a divulgação pública dos resultados. Ainda, afirmo que estou recebendo uma cópia deste termo, assinada pela pesquisadora responsável.

Data: ___/___/___

Nome do Participante:

Assinatura do Participante:

Assinatura da Pesquisadora Responsável:

|

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE PESQUISA**FORMULÁRIO DE PESQUISA****RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA: VIVÊNCIA DE EGRESSOS EM RELAÇÃO AO
PROCESSO FORMATIVO****INFORMAÇÕES GERAIS****Nome:****Idade:****Tel.:****Profissão da área da saúde:****Tempo de formação:****Ano de ingresso na Residência:****Residência:****Titulação:****Sexo:****E-mail:****Ano de conclusão da****Atividades profissionais exercidas após a Residência e duração:**

Atividade profissional exercida no momento e duração:

- a) **Como você vivenciou seu processo formativo na Residência, em relação aos seguintes aspectos:**
- **Redes de Atenção à Saúde:**
 - **Vigilância em Saúde:**
 - **Planejamento em Saúde:**
 - **Clínica ampliada:**
 - **Promoção da Saúde:**
 - **Atenção à Saúde:**
 - **Saúde da Família:**
 - **Participação e Controle Social:**
 - **Educação em Saúde:**
 - **Educação Popular em Saúde:**
 - **Educação Permanente em Saúde:**
 - **Metodologias Ativas:**
 - **Produção e Divulgação de Conhecimento:**
 - **Movimentos Sociais/Políticos/Representação:**
- b) **Quais estratégias/espços/atividades que proporcionaram essas vivências?**
- c) **De que forma as vivências da Residência se relacionam com a sua trajetória profissional?**