

A formação das residências multiprofissionais na APS: competências e as redes de atenção à saúde

The health systems and the challenges for training in multiprofessional residencies in primary health care

Cássia de Andrade Araújo

Nutricionista, mestre em Políticas Públicas em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz Brasília.

E-mail: cassia.araujo@fiocruz.br

ORCID: 0000-0002-0796-9477

Francini Lube Guizardi

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz Brasília.

E-mail: francini.guizardi@fiocruz.br

ORCID: 0000-0002-5086-4128

Resumo

O artigo discute como a Residência Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolve as competências para atuação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A metodologia foi composta por uma pesquisa documental e por um *survey* eletrônico com 182 residentes e 10 coordenadores dos 24 programas incluídos no estudo. Os dados foram analisados a partir dos referenciais teóricos de Schwartz e Perrenoud sobre competência profissional. Os resultados indicaram avanços na relação campo e núcleo profissional; na dimensão política da formação; na compreensão e humanização do processo de trabalho, e na forma como o profissional apreende a interação entre os determinantes sociais da saúde. Foi constatado que a relação de articulação, coordenação e ordenação de cuidado do usuário da APS junto aos demais níveis de atenção, no âmbito da formação, embora apresente avanços, ainda é baixa e possui inúmeros desafios. Concluímos que a inserção do residente em cenários de práticas diversificados demonstra ser um fator determinante para que se desenvolva competências para a coordenação do cuidado a partir da APS. No entanto, coexistem questões estruturais que extrapolam o eixo formação e limitam a construção linhas e fluxos de cuidado compartilhados no âmbito das RAS.

Palavras chaves: Sistemas de Saúde, Capacitação Profissional, Competência profissional; Internato e Residência; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The article analyzes how the multiprofessional residencies in primary health care works the competencies to perform in the health systems. A documentary analysis and a field research were carried out through an electronic survey with residents and coordinators. The data were analyzed from the theoretical references Schuwartz and Perrenoud on competence. The results point to advances in teamwork, induced in this formation, and in the relation theory and practice, however,

the articulation, coordination and ordering of care of the primary care user along with the other levels of health systems services is still low. We conclude that the insertion of the resident into scenarios of diversified practices is a determining factor for the development of skills to compose, know and promote actions along the existing network of health care in line with public policies.

Key words: Health Systems; Professional Training; Professional Competence; Internship and Residency; Unified Health System.

Introdução

Paulo. Em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279¹ que estabelece o atual modelo de organização da gestão do SUS a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituadas como arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos e de apoio. Para Mendes², as RAS compreendem organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. O Decreto nº 7.508³, em 2011, foi um reforço a esse movimento nas regiões de saúde. Nesse contexto, do ponto de vista normativo, afirmava-se um modelo de atenção à saúde que tem a Atenção Primária à Saúde (APS) fortalecida e potente, com destaque para a Estratégia Saúde da Família⁴. No entanto, o papel de centro de comunicação e de coordenação do cuidado não é exercido pela APS, pois não ocorre a comunicação com os demais níveis da rede e com os sistemas de apoio, devido à carência de sistemas de informações verticais e a falta de legitimação frente aos demais pontos de atenção^{4,5}.

O modelo assistencial que compõe as RAS propõe a superação da lógica piramidal e fragmentada, a qual possui o hospital no “topo” hierárquico e em sua base a APS, pela lógica de redes que estabelecem relações horizontais entre seus pontos, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, em cujo centro estaria a atenção primária^{5,6}. Cecílio⁷ defende que tal modelo deve possibilitar múltiplas alternativas de entrada e saída do usuário no sistema de saúde, considerando as necessidades e fluxos reais das pessoas no sistema. Contudo, o cotidiano evidencia inúmeros desafios para sua efetivação no que tange à operacionalização, organização, resolubilidade e, principalmente, à formação de trabalhadores para o SUS.

Nesta pesquisa abordamos, especificamente, esta questão sob o enfoque da formação profissional da Residência Multiprofissional em APS, que representa uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a formação em serviço, com supervisão docente-assistencial, destinada às profissões que integram a área de saúde, com exceção da medicina, cuja modalidade constitui a residência médica.

Apesar de as primeiras experiências de residências multiprofissionais terem surgido na década de 1970⁹, apenas em 2005 foi instituído seu marco legal, através da Lei 11.129, que também criou, no mesmo ato, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), instância colegiada responsável pela regulação, supervisão e avaliação dessa modalidade de formação profissional em saúde¹⁰.

As características da residência multiprofissional favorecem alguns aspectos caros à formação profissional em saúde: a articulação entre teoria e prática; a problematização do processo de trabalho; a imersão no território, e a construção de vínculo com a comunidade e com a equipe de saúde¹¹. Por esse motivo, pode ser considerada uma estratégia relevante no caminho de reorientação do modelo assistencial do SUS e de construção de um novo perfil profissional, capaz de gerar mudanças nas práticas, com vistas à resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

As reflexões de Yves Schwartz e Philippe Perrenoud sobre competência profissional orientaram nossa investigação^{12,13}. Com base no entendimento desses autores, compreendemos que a competência possui três dimensões: uma dimensão individual, concretizada a partir da mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes, juntamente com aspectos subjetivos e éticos que consubstancializam a ação singular dos sujeitos em situação concreta; e uma segunda dimensão, de natureza coletiva, alinhada ao conceito de trabalho em equipe e à interdependência constitutiva das ações e do trabalho humano, como desenvolvido por Schwartz nos ingredientes por ele sistematizados. E, por fim, uma terceira dimensão que expressa a relação entre as duas dimensões anteriores, e evidencia a conexão entre a competência e o resultado da ação.

Desde 2013, o Ministério da Saúde tem fomentado a perspectiva de uma formação para atuação nas redes de atenção no âmbito das Residências em Saúde, sob o referencial de Mendes^{2,5,8}, com intuito de orientar que a formação do residente percorra todos os serviços e os equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde, na perspectiva de favorecer a coordenação do cuidado a partir da APS. O objetivo deste artigo é analisar como a formação de especialistas em Residência Multiprofissional na APS desenvolve competências profissionais para atuação nas referidas redes. A partir da vivência de residentes e coordenadores de instituições formadoras, pretende-se compreender se essa formação favorece que o residente compreenda, articule e coordene processos de cuidado do usuário junto aos demais serviços das RAS.

Métodos

A produção dos dados primários ocorreu por meio de um *survey*, preenchido por residentes e coordenadores, e também com a análise documental dos projetos pedagógicos dos programas de Residências Multiprofissionais da APS, vinculados ao Ministério da Saúde (MS), produzidos em 2017. O acesso aos dados quantitativos dos programas e aos projetos pedagógicos foi obtido mediante autorização do MS e do MEC. A pesquisa foi aprovada pelas instâncias de ética em pesquisa, seguindo as normas das legislações vigentes[1].

Os critérios de inclusão do *survey* foram: programas vinculados ao Pró-Residências/MS, entre 2010 e 2015; que estavam em atividade há no mínimo um ano; que possuíam residentes cursando o segundo ano de formação (R2) e cujos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) propunham estabelecer relação com as RAS na formação. Excluiu-se os programas uniprofissionais, dado o interesse em analisarmos o desenvolvimento de competências coletivas, relativas ao trabalho em equipe multiprofissional.

A análise documental dos PPP possibilitou pré-selecionar os programas que estariam aptos a participar da pesquisa, e foi norteada pelas seguintes questões: cenários de práticas ofertados aos residentes, pactuações de apoio à residência realizadas com o gestor local, diretrizes pedagógicas que norteiam esta formação e perfil de egresso desejado. A análise e o tratamento dos dados documentais foram ordenados em uma matriz analítica, resguardando as categorias e os enunciados descritivos. Para que fossem incluídos na pesquisa, os projetos pedagógicos precisavam apresentar cenários de práticas em outros pontos da rede, além da APS, e descrever, em pelo menos um dos itens seguintes, estratégias ou intencionalidades de articulação da formação dos residentes

1 Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa comprovado pelo parecer consubstanciado n.º 56196116.8.0000.8027.

nestes serviços. Dos 43 PPP analisados, 24 foram incluídos na pesquisa, conforme critérios adotados. A Tabela 1 apresenta os programas que participaram do estudo.

Em sequência, foi enviado um questionário eletrônico, via e-mail, através do *software* Formsus, ao universo de 551 residentes R2, pertencentes aos programas selecionados. Foram obtidos 194 retornos, sendo que, destes, 12 residentes não participaram da pesquisa (11 por estarem no primeiro ano de formação e um por não aceitar participar). Dessa forma, tivemos uma taxa de retorno de 182 questionários, que representa um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%.

A pesquisa com os coordenadores seguiu o mesmo método, no entanto, foi constatado que dois coordenadores coordenam, simultaneamente, dois programas. Assim, foram convidados 22 coordenadores ao total, dos quais 10 responderam à pesquisa. Não foi considerada a taxa de confiabilidade, em razão do tamanho da amostra, e da taxa de retorno, aspectos que inviabilizam generalizar os resultados, mas permitem a formulação de hipóteses e um aprofundamento analítico qualitativo no tratamento dos dados produzidos.

Os questionários dos residentes e dos coordenadores visam destacar características sociodemográficas, de formação e de trajetória profissional, além de questões acerca da atuação dos programas e dos residentes nas RAS. Os dados do *survey* foram tratados e analisados por estatística descritiva e os resultados de frequência foram apresentados na forma de gráficos com respectivos percentuais, sendo utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0* para processamento das informações.

O estudo apresenta como limitação a ausência da abordagem étnico-racial, o baixo percentual de retorno dos coordenadores e o baixo número de respostas às perguntas abertas, em ambos os questionários, que nos fizeram optar por uma análise descritiva dos resultados.

Resultados e Discussão

A modalidade de ensino das residências multiprofissionais inclui 15 profissões, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde¹⁴. No recorte das Residências Multiprofissionais da APS, vinculadas ao MS, a composição multiprofissional contempla as seguintes proporções: Enfermagem (32%), Nutrição (12%), Fisioterapia (12%), Psicologia (11%), Odontologia (11%), Serviço Social (7%), Educação Física (5%), Farmácia (5%), Fonoaudiologia (3%), Terapia ocupacional (2%) e Saúde Coletiva, Ciências Biológicas e Medicina veterinária, que juntas somam 1%.

Nas 24 Residências estudadas, existem aproximadamente 1.200 residentes ativos, incluindo R1 e R2, conforme dados do SigResidências/MS, 2015. As unidades federativas consideradas polos de formação, por possuírem um maior proporção de residentes nesta especialidade, são Ceará (23,2%) e Bahia (20,1%), seguido de Santa Catarina (15%) e São Paulo (10%). É interessante perceber que as residências que mais formam profissionais para a APS concentram-se na região Nordeste.

1 Perfil dos residentes da Atenção Primária à Saúde

A análise dos dados demonstrou que os programas pesquisados atraíram, principalmente, residentes mulheres (85%), com faixa etária predominante de até 30 anos (79%) e com nenhuma (79%) experiência na APS. Dentre os entrevistados que possuíam tal experiência, 37% apresentavam até um ano, 37% possuíam de 1 a 3 anos e outros 26% possuíam mais de três anos de atuação na área. Vale ressaltar que a maioria dos participantes teve experiência na APS durante a graduação

(57%), sendo 67% desta originada de atividades extracurriculares (56% curriculares e extracurriculares e 10% apenas extracurriculares). Estes achados apontam que, apesar de haver avanços significativos na indução de mudanças na formação em saúde, desde anos 2000, a aproximação com a APS na graduação parece não estar ainda incorporada aos currículos^{15,16}. O fato desses residentes terem vivenciado este nível de atenção, a partir de atividades extracurriculares, demonstra uma busca proativa pela experiência nesta área de atuação.

2 Competência e Redes de Atenção à Saúde

A pesquisa buscou analisar as competências de campo da APS em sua relação com as RAS. Referenciamos Campos¹⁷, que compreende o conceito como um espaço de limites imprecisos, onde cada profissão buscaria em outras o apoio necessário para cumprir suas tarefas teóricas e práticas comuns ou confluentes. Scherer¹⁸ acrescenta que tal noção permite evidenciar os processos de cooperação e de mutação das profissões frente às exigências do trabalho.

O contato dos residentes com outros pontos da rede, além da APS, ocorre mediante o direcionamento proposto pelo PPP do programa. Considerando a visão dos coordenadores, todos os programas afirmam ter as unidades básicas de saúde como local central de atuação, sendo ofertados de forma complementar e em menor intensidade os serviços da rede especializada, que engloba serviços como Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e centro de reabilitação, policlínicas; a rede hospitalar e de urgência como hospitais, UPAS e demais serviços; o controle social através do conselho local/municipal de saúde e a vigilância em saúde, que envolve a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

A Resolução CNRMS/MEC nº 5/2014¹⁹ orienta que 80% da carga horária total da residência (4608 horas), nos dois anos de formação, destina-se às atividades práticas. Nesse sentido, para sete dos dez coordenadores, o percentual aproximado de atividades práticas desenvolvidas em outros serviços da rede varia entre 10 a 20% da carga horária. Os demais referem que seus programas seguem formatos diferenciados, com variações que vão desde a ausência dessa vivência até a imersão de 70% da carga horária em serviços da RAS.

Tal descompasso também foi percebido entre os residentes. Todos afirmam conhecer a Rede do SUS local, porém 26% a conhecem ainda parcialmente, mesmo ao final dos dois anos da residência. Segundo os profissionais, os serviços e equipamentos sociais mais vivenciados na residência, além da APS, são os Centros Especializados (71%), a Vigilância em Saúde (64%) e o controle social (64%). Também foram citados, em menor proporção, a rede hospitalar e de urgência e emergência (45%), a Secretaria de Saúde ou Coordenação da Atenção Primária (24%) e outros serviços de âmbito intersetorial (9%). Estes dados demonstram uma contradição com as propostas apresentadas nos PPP analisados. Em geral, os PPP sugeriram uma vivência em todos os pontos da RAS, porém foi observado um quantitativo expressivo de residentes que deixaram de vivenciar a rede hospitalar e de urgência e emergência (55%). Acredita-se que para a APS desempenhar o seu papel de coordenação é necessário que os residentes conheçam os serviços e os profissionais da RAS e construam estratégias de comunicação e compartilhamento do cuidado⁸. Assim, a ausência dessa vivência traz potenciais prejuízos quanto ao entendimento do funcionamento dos serviços e da rede, impactando na capacidade dos profissionais de propor ações junto aos demais serviços e componentes das RAS.

Ainda sobre a relação com a RAS, Aguiar et al.²⁰ apontaram que as residências em Medicina de Família e Comunidade e a Multiprofissional em Saúde da Família, que possuem a APS como principal *locus* de formação, pouco incluem a atuação dos residentes nas RAS, já que 53% e 55% dos

respondentes, respectivamente, não reconheceram sua participação nesse contexto. De forma comparativa, a participação nas RAS entre os programas da atenção primária e os da atenção hospitalar revelou que os programas da atenção hospitalar (quase 60%) identificam melhor sua participação nas redes quando comparados com os da atenção primária (menos de 50%).

Embora tenha sido observada a existência de pactuação com a gestão local para a disponibilidade dos serviços do SUS, como cenário de prática na formação de residência, existem dificuldades ou fatores que impactam a articulação concreta com esses espaços. Para os coordenadores, tais fatores permeiam desde a resistência dos profissionais do serviço em atuarem como preceptores, tendo em vista a não remuneração e ausência de capacitação para preceptoria no SUS, até questões estruturais como espaço físico, transporte, disponibilidade de carga horária dos trabalhadores para reuniões clínicas, de núcleo, de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), e mesmo resistências da gerência dos serviços da RAS e a má compreensão sobre o papel da residência.

Destacamos, ainda, que conhecer a RAS não significa ser competente para atuar no contexto das redes. Pode-se conhecer a estrutura, a organização e os fluxos de cada serviço e não saber aplicar esse conhecimento, no momento oportuno. Logo, a competência parte da mobilização de saberes que acontece em meio a uma situação complexa do território, a qual demanda conhecimentos prévios específicos, habilidades já adquiridas e atitudes que culminam em um determinado resultado da ação¹³.

A comunicação com a RAS local requer ações que dependem de iniciativas do residente, o que pode ser situado no componente atitudinal da competência profissional. Foi observado que 79% dos residentes entrevistados referem fazer contato com diferentes serviços/equipamentos da RAS local, porém, parte significativa dos respondentes afirmou, em outras questões, raramente ou nunca ter articulado ações conjuntas com profissionais/atores de outros níveis de atenção (50%) e que raramente ou nunca propõem atividades que integrem o nível de atenção primário e os demais serviços/equipamentos da Rede SUS local (45%), Figura 1.

Nas ações realizadas junto com os serviços e atores da RAS local, as atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde foram as mais frequentes (71%). Também foram apontados, em menor proporção, o matriciamento e os atendimentos compartilhados (59%), as discussões de casos do território (53%) e as visitas domiciliares compartilhadas (52%). A atividade considerada menos frequente foi o acompanhamento do usuário em outros serviços, atividade nunca ou raramente realizada por 68% dos entrevistados, o que demonstra fragilidades na coordenação, continuidade e longitudinalidade do cuidado pela APS²¹. Isso indica a necessidade de aprimorar o trabalho interdisciplinar e propiciar que ocorra em pontos distintos da rede, já que os resultados encontrados revelam um avanço na formação para o trabalho interprofissional, mas que ainda fica restrito à equipe do próprio serviço.

O trabalho em equipe representa uma dimensão importante das competências estudadas, pois propicia a flexibilidade da divisão do trabalho e maior autonomia técnica, com interdependência, mediante a construção de uma integração por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, um horizonte ético²². Ele possui grande relevância para o que Schwartz considera como "competência coletiva", ou seja, um ingrediente da competência que é expresso pelo bom grau de êxito da qualidade sinérgica do trabalho, resultado da combinação fecunda de diferentes elementos e valores que conseguem cooperar de forma complementar em uma situação de trabalho.

Os coordenadores apresentaram algumas estratégias institucionais utilizadas para favorecer a articulação entre os residentes e os profissionais/atores da RAS local, como a participação dos profissionais da rede nas discussões teóricas da residência, visitas institucionais e articulação com os gestores dos serviços para dialogar sobre a proposta da formação, a definição de parcerias, além dos estágios de vivência em diferentes serviços da rede com carga horária pré-estabelecida, de acordo com a realidade de cada programa.

Nesta mesma direção, algumas experiências bem sucedidas demonstraram a importância da participação da gestão local no processo formativo da residência. Dentre elas, destaca-se a composição e atuação junto à comissão local de residência multiprofissional (COREMU); o pagamento de gratificação para os preceptores; a parceria em iniciativas e ações pontuais, em projetos de extensão/pesquisa e na sensibilização dos gerentes e profissionais para receber os residentes. Ressaltaram ainda que ações como a qualificação dos preceptores, a ampliação dos canais de diálogo com a gestão, a pactuação para o cumprimento da carga horária de funcionamento dos serviços, bem como a viabilização de transporte para as visitas aos profissionais, poderiam fortalecer ainda mais a formação da residência nos serviços das redes de atenção. Corroborando com esses achados, um estudo realizado por Izecksohn et al.²³, apontou que, além da garantia da inserção no cenário da APS, o apoio de docentes e preceptores qualificados com experiência no âmbito da atenção primária são fatores determinantes para o desenvolvimento de profissionais de saúde aptos a atuar nesse nível da atenção.

A relação intrínseca entre teoria e prática representa um desafio para o desenvolvimento de competências e aprendizagem significativa na formação em saúde. Neste sentido, os programas estudados buscam estratégias pedagógicas para desenvolver o senso crítico e a proatividade dos seus formandos. As estratégias mais utilizadas para essa finalidade incluem: momentos teóricos organizados em debates, oficinas e seminários; matriciamento entre os serviços; grupos de estudo multiprofissionais; vivências de extensão e visitas técnicas em cenários de práticas complementares à formação, além de estudo dirigido/estudo de caso e projetos de intervenção, como atividade de ensino e pesquisa. Também foram ressaltados o portfólio e o grupo terapêutico, como ferramentas potenciais ao processo de ensino-aprendizagem.

Schwartz¹² compreende que a competência abrange o domínio dos protocolos formais, ou seja, conhecimentos e linguagens teóricas e técnicas; o manejo dos aspectos históricos e contextuais de uma situação de trabalho, e a relação dialética entre ambos, na perspectiva da ação profissional. Em razão disso, consideramos importante a compreensão da relação teoria e prática na residência multiprofissional da APS.

No instrumento endereçado aos residentes foi inserida uma questão específica sobre o tema, que buscou aferir a qualidade dos momentos teóricos e a aplicabilidade desses sobre a prática em serviço. Encontramos um dado bastante favorável, de que 65% dos residentes consideram que as aulas teóricas são problematizadoras e que fazem relação com sua vivência no território. No entanto, um conjunto ainda significativo de 20% expressa descontentamento com a relação teoria e prática na formação. Destes, 12% consideram que as aulas são problematizadoras, mas pouco fazem relação com sua prática, sendo que outros 8% referem que as aulas não são problematizadoras e pouco fazem essa relação. Esses dados sinalizam um cenário favorável, quando comparados às características históricas da formação de caráter flexneriano na saúde, indicando uma tentativa de construção de elos entre teórica e prática que tendem a propiciar a construção de competências alinhadas às necessidades do SUS.

Foram realizados dois cruzamentos estatísticos para observar a relação entre duas variáveis distintas. O primeiro cruzamento considerou o grau de conhecimento da RAS local e a frequência da realização de ações voltadas à comunicação com a rede. O segundo cruzamento trouxe a relação entre o perceber-se preparado para atuação nas redes e a frequência das ações realizadas junto à rede local. Todas as relações apresentaram-se significativas, considerando o nível de 5%, tanto no teste de independência (qui-quadrado) quanto na correlação V de Cramer.

O primeiro cruzamento evidenciou que, quanto mais o residente conhece a rede local, mais a sua comunicação com os serviços acontece. Oitenta e quatro por cento dos residentes que conhecem toda a rede local fazem, frequentemente, contato com diferentes serviços e equipamentos da RAS; já entre os que conhecem parcialmente, apenas 66% realizam tal contato com frequência. Quanto às ações conjuntas com profissionais de outros níveis de atenção, foi observado que 59% dos residentes que conhecem a rede realizam essas atividades com frequência, entretanto, essa taxa cai para 23% entre aqueles que conhecem apenas parcialmente a RAS. Sessenta e dois por cento dos residentes que conhecem a rede propõem com frequência atividades que integrem a atenção básica e os demais serviços rede local, enquanto 36% que conhecem parcialmente realizam a atividade com frequência.

No segundo cruzamento foi observado que, quanto mais os residentes desenvolvem ações em articulação com outros serviços da Rede SUS, mais eles se dizem preparados para atuar neste contexto. Dentre as ações mais frequentes, estiveram o matriciamento ou atendimento compartilhado com profissionais da rede, em que 62% dos residentes realizam com frequência e se dizem preparados; a discussão clínica de casos do território, realizada com frequência por 58% dos entrevistados que se dizem preparados; as atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde, representadas por 76% dos pesquisados que se dizem preparados e as visitas domiciliares compartilhadas com outros profissionais da rede, realizadas por 57% desse público. A atividade menos frequente foi o acompanhamento do usuário em outros serviços da rede, frequente apenas para 36% dos respondentes que se sentem preparados. Esses dados demonstram um avanço do ponto de vista do trabalho em equipe, embora ainda seja notória a dificuldade de comunicação entre os serviços da RAS, o que possivelmente gera prejuízos ao desenvolvimento de competências necessárias para o acompanhamento do usuário em outros serviços de saúde.

A interação entre os níveis assistenciais no cotidiano de suas práticas propicia a coordenação comum, visando estabelecer a continuidade na oferta do cuidado²⁴. Evangelista et al.²⁵ referem que a aproximação entre a APS e os serviços especializados no compartilhamento do cuidado gerou impactos positivos, sobretudo, na satisfação das equipes de saúde e dos usuários; na melhoria nos indicadores de mortalidade materna e infantil e no controle de glicemia em diabéticos; e o aumento de cerca de 50% na avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas, por meio do instrumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC).

O perfil de egresso almejado pelos coordenadores compreende profissionais competentes em sua área de atuação, que possuam olhar crítico, e prestem um atendimento qualificado de acordo com as necessidades dos usuários. Esse profissional deve ser capaz de realizar trabalho em equipe, de forma cooperativa e interdisciplinar, atuando na perspectiva da integralidade das ações, com conhecimento da rede de atenção à saúde existente e das políticas públicas.

Sobre as contribuições que a residência trouxe para a formação profissional, os residentes ressaltaram ganhos nos seguintes aspectos: aperfeiçoamento do conhecimento de campo e núcleo de formação; conhecimento teórico sobre a prática; formação política; organização do processo de trabalho a partir de uma estratificação de risco e das necessidades em saúde; ampliação da visão

sobre o sujeito; prática humanizada; olhar sensível sobre a interação entre os determinantes sociais da saúde; aprendizado em políticas públicas; formação de trabalho em equipe; colaboração interprofissional e intersetorial. Também foram citados acréscimos pessoais como o amadurecimento profissional e social, bem como o despertar de um olhar/senso/postura crítica-reflexiva-criativa. Tais relatos evidenciam o potencial do processo formativo da residência para a formação de competências profissionais de forma coerente às necessidades do SUS, tendo em vista sua proposta de integração ensino-serviço-comunidade.

Considerações Finais

As Redes de Atenção à Saúde estão diretamente associadas à mudança do modelo de atenção que ainda mantém estruturas historicamente hegemônicas. A APS, apesar de ter tido diversos avanços no que se refere à cobertura populacional, a expansão e a qualidade dos serviços nas últimas décadas, pouco avançou na resolutividade esperada de 90% dos problemas de saúde, na atenção contínua e integral à população, e na coordenação do cuidado – prestada em tempo oportuno, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade. A formação de trabalhadores de saúde, por meio das residências multiprofissionais em APS, configurou-se como estratégico nesse processo. Nesse sentido, a presente pesquisa iniciou um debate acerca das competências e dos processos de trabalho dos residentes no contexto das RAS.

Foi constatado que a relação de articulação, coordenação e ordenação de cuidado do usuário da atenção primária, junto aos demais níveis de serviços da RAS, no âmbito das residências multiprofissionais, embora apresente avanços, ainda é baixa e possui inúmeros desafios. Os principais avanços foram em relação ao conhecimento de campo e núcleo profissional; na dimensão política da formação; na compreensão e humanização do processo de trabalho, e na forma como o profissional apreende a interação entre os determinantes sociais da saúde. Destacamos, principalmente, a relação intrínseca entre teoria e prática observada na formação, e seu impacto no trabalho em equipe, com a colaboração interprofissional e intersetorial.

Entre os desafios mapeados, encontramos: baixa disponibilidade dos profissionais do serviço para participar do planejamento/acompanhamento das atividades de ensino; problemas de infraestrutura e estruturação da RAS nos municípios; alta rotatividade de profissionais e gestores de saúde, devido ao vínculo empregatício frágil e questões político-partidárias. Outro achado importante foi a dificuldade de articulação inter e intrassetorial das residências, devido à burocracia percebida para articulação com a gestão e os profissionais dos serviços.

O trabalho em equipe revela-se como dispositivo potencial dessa articulação, com impactos profícuos nos resultados da ação. A inserção do residente em cenários diversificados de práticas demonstra ser fator determinante para que se desenvolva ao longo da residência multiprofissional da APS, dentre outras, competências para compor, conhecer e promover ações junto as RAS, em consonância com as políticas públicas. No entanto, coexistem questões estruturais que extrapolam o eixo formação e limitam a construção linhas e fluxos de cuidado compartilhados no âmbito das RAS.

Referências

¹Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Diário Oficial da União. 2010 [Acesso em 16 abr 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

- ²Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(5): 2297-2305.
- ³Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [Internet]. 2011 [Acesso em 16 abr 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
- ⁴Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate* 2014; 52:15-37.
- ⁵Mendes EV. A Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. In: Mendes EV, editor. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
- ⁶Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde : desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadoras. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p 27-41.
- ⁷Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde : da pirâmide ao círculo , uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(3):469–78.
- ⁸Mendes, E.V. A Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. In: *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2015.
- ⁹Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. Educ. Saúde* 2010; 7(3):479–98.
- ¹⁰Brasil. Lei 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 da Juventude; e dá outras providências. [Internet]. 2005 [Acesso em 30 abr 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
- ¹¹Nascimento DDG do, Oliveira MAC de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Reme Rev Min Enf.* 2006; 10(4):435-439.
- ¹²Schwartz Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc* 1998; 19(65):1–17.
- ¹³Perrenoud P. Construir Competências é Virar as Costas aos Saberes? *Pátio – Revista Pedagógica* 1999; 11:15–9.
- ¹⁴Brasil. Ministérios de Estado da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial N. 16, de 22 de dezembro de 2014. 2014.
- ¹⁵Carácio FCC. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* 19 (7) Jul 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n7/2133-2142/>
- ¹⁶Vieira SP et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde *Saúde debate* 42 (spe1) Set 2018 <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/189-207/>

¹⁷Campos GWDS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5(2):219–30. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(1):103–9.

¹⁸Scherer MDDA, Pires DEP De, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva 2013; 18(11): 3203–12.

¹⁹CNRMS. Resolução N° 5, de 7 de Novembro de 2014 [Internet]. 2014 [Acesso em 16 abr 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>

²⁰Aguiar AC, et al. Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2017.

²¹Mendes, E.V. As situações das condições de saúde e os Sistemas de Atenção à Saúde. In: As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

²²Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(1):103–9.

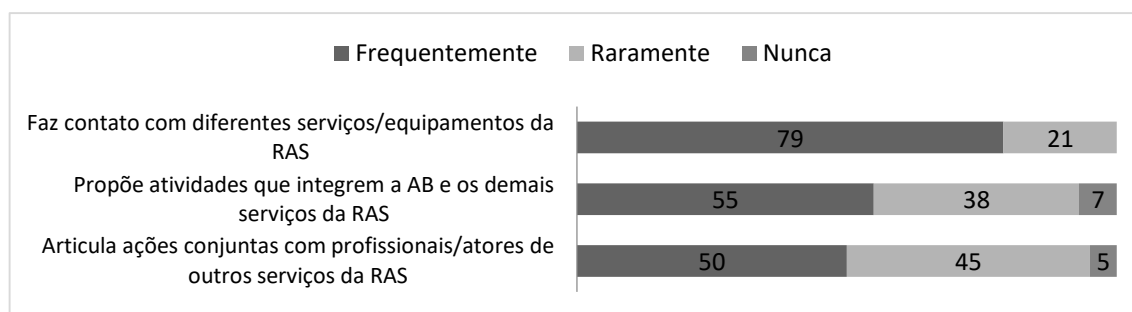
²³Izacksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Ciênc Saúde Colet. 2017; 22(3):737-746.

²⁴Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004

²⁵Evangelista MJO et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil Ciência & Saúde Coletiva, 24(6):2115-2124, 201

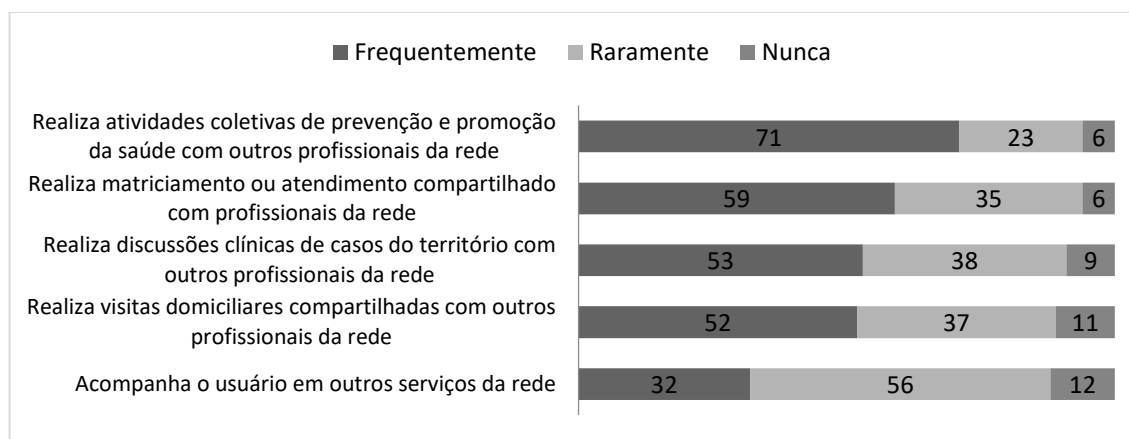
Apêndice

Figura 1. Ações voltadas à comunicação do residente junto à RAS local



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2. Ações realizadas pelo residente junto à RAS local



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 1. Lista de Programas de Residências Multiprofissionais da APS participantes do estudo

N.	INSTITUIÇÕES PROPONENTES	UF	MUNICIPIO
1.	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RPUSP	SP	RIBEIRAO PRETO
2.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	PE	RECIFE
3.	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI	SP	CAMPINAS
4.	UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA	BA	SALVADOR
5.	FUNDACAO DE INTEGRACAO, DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – FIDENE	RS	IJUI
6.	FUNDACAO DAS ESCOLAS UNIDAS DO PLANALTO CATARINENSE	SC	LAGES
7.	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS	MG	MONTES CLAROS
8.	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS - UNCISAL	AL	MACEIO
9.	MUNICIPIO DE SOBRAL	CE	SOBRAL
10.	UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA	BA	SALVADOR
11.	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS – HOB	MG	BELO HORIZONTE
12.	ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO CEARA	CE	FORTALEZA
13.	SECRETARIA DE SAUDE	PB	JOAO PESSOA
14.	ASSOCIACAO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL – AELBRA	RS	CANOAS
15.	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE – FMS	TO	PALMAS
16.	FUNDACAO SAO PAULO	SP	SAO PAULO
17.	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	AM	MANAUS
18.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	PE	RECIFE
19.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI	SC	ITAJAI
20.	MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	MG	BELO HORIZONTE

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Comparação entre o grau de conhecimento da RAS local e comunicação com os serviços

Variável	Sim		Parcialmente		X ² (p-valor)	Cramer (p-valor)
	n	%	n	%		
Em minha atuação na residência, eu faço contato com diferentes serviços/equipamentos da Rede SUS local.						
Nunca	0	0	0	0	6,646 (0,010)	0,191 (0,010)
Raramente	22	16	16	34		
Frequentemente	113	84	31	66		
Eu articulo ações conjuntas com profissionais/atores de outros níveis de atenção						
Nunca	3	2	6	13	21,759 (0,000)	0,346 (0,000)
Raramente	52	39	30	64		
Frequentemente	80	59	11	24		
Proponho atividades que integrem a atenção básica e os demais serviços/equipamentos da Rede SUS local						
Nunca	6	4	6	13	10,343 (0,006)	0,238 (0,006)
Raramente	46	34	24	51		
Frequentemente	83	62	17	36		

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3. Comparação entre o grau de preparo e o desenvolvimento de ações junto às RAS

Variável	Não, a formação o deixa a desejar		Talvez, não me sinto seguro		Sim, me sinto preparado		X ² (p-valor)	Cramer (p-valor)
	n	%	n	%	n	%		
	Acompanhamento do usuário em outros serviços							
Nunca	5	62	4	27	13	8	30,158 (0,000)	0,288 (0,000)
Raramente	2	25	11	73	89	56		
Frequentemente	1	13	0	0	57	36		
Matriciamento/Atendimento compartilhado com profissionais da rede								
Nunca	2	25	3	20	6	4	12,928 (0,012)	0,188 (0,012)
Raramente	3	37	6	40	54	34		
Frequentemente	3	38	6	40	99	62		
Discussão clínica de casos do território (ex. estudo de caso, projeto terapêutico singular) com profissionais da rede								
Nunca	4	50	4	27	8	5	29,726 (0,000)	0,286 (0,000)
Raramente	2	25	8	53	59	37		
Frequentemente	2	25	3	20	92	58		
Atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde (ex. grupos, campanhas socioeducativas) com outros profissionais da rede.								
Nunca	1	12	1	7	9	6		

Raramente	6	75	6	40	30	19	18,000	0,222
Frequentemente	1	13	8	53	120	75	(0,001)	(0,001)
Visitas domiciliares compartilhadas com outros profissionais da rede (ex. atenção domiciliar, saúde mental).								
Nunca	3	38	3	20	14	9	18,794	0,227
Raramente	4	50	10	67	54	34	(0,001)	(0,001)
Frequentemente	1	12	2	13	91	57		

Fonte: Dados da pesquisa.

Submissão: 07/08/2020

Aceite: 15/03/2021