

## Avaliação de um programa de residência multiprofissional como tecnologia educativa para consolidação do quadrilátero da formação em saúde

EVALUATION OF A MULTI-SPECIALTY RESIDENCY PROGRAM AS EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR THE CONSOLIDATION OF A FOUR-WAY APPROACH TO TRAINING IN THE HEALTH FIELD

### Janini Cristina Paiz

Enfermeira, residente na ênfase Saúde da Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

**E-mail:** janinicpaiz@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** Discutir a formação em residências multiprofissionais como tecnologia educativa que se orienta pelo quadrilátero da formação em saúde. **Métodos:** Foram analisados questionários de avaliação da ênfase Saúde da Família e Comunidade. As informações foram categorizadas pela análise de conteúdo. **Resultados:** A análise das avaliações permitiu a identificação de: elevada heterogeneidade entre os campos de formação; enfraquecimento dos espaços de controle social; pouca adesão da equipe na realização de atividades de educação em saúde; crítica acerca da “clínica tradicional”, centrada na doença e necessidade de reorganização da atenção por micro-áreas para proporcionar aos residentes o exercício da vigilância do território. **Conclusões:** A atenção à saúde constitui-se no elemento com maior organização e qualidade. O controle social mostra-se como elemento bastante fragilizado, espaço em que os residentes e preceptores têm empreendido energia para qualifica-lo. A educação em saúde é espaço de intensa participação da residência, mas fragilizado devido à pouca adesão da equipe. A gestão em saúde não foi estudada com profundidade devido à inexistência de um eixo de avaliação específico.

### Daniela Dallegrave

Doutora em Educação – UFRGS. Docente na Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

**E-mail:** danielad@ghc.com.br

**Palavras-chave:** Educação Profissional em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Residência em Saúde.

### Abstract

**Purpose:** Discuss the training provided in multi-specialty residencies as an educational technology steered by the healthcare training quadrangle. **Methods:** Questionnaires meant to assess family and community healthcare were analyzed. The information was categorized after its contents were analyzed. **Results:** By analyzing the assessments, we found: high heterogeneity between training fields; weakened society oversight; lack of engagement by the team in the health education activities carried out; criticism about the “conventional practice” focused on disease, and need to reorganize healthcare services per micro areas to allow residents to survey the territory. **Conclusions:** Healthcare is the most organized, higher quality element. Society oversight has been quite weakened, and residents and instructors have been putting in efforts to improve it. Residents intensely participate in health education, but it has dwindled owing to the team’s lack of engagement. Healthcare management was not studied in depth because there is no specific evaluation track.

**Key words:** Professional Education in Public Healthcare; Basic Healthcare; Healthcare Residency.

### Introdução

Esse artigo tem como objetivo discutir a perspectiva metodológica da formação em residência multiprofissional como tecnologia educativa orientada pelo quadrilátero da formação em saúde.<sup>1</sup> Constitui-se em um estudo envolvendo o programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC, entretanto seus achados podem ser úteis para outras realidades, uma vez identificada a similaridade entre as fragilidades dos programas em discussões realizadas pelo coletivo nacional de residentes.

Com potencial transformador, inovador e reflexivo, a residência multiprofissional apresenta-se como ferramenta para a construção de saberes significativos.<sup>2-3</sup> Dessa forma, pode ser considerada uma tecnologia educativa em saúde, capaz de orientar a formação de profissionais de saúde para o SUS.<sup>4</sup> Pela possibilidade de vivência em serviço, fundamentada e refletida nos espaços de preceptoria, supervisão e momentos teóricos, a residência permite, além da experimentação da situação, a discussão, a reflexão e a problematização da realidade nos serviços de saúde.<sup>5,6</sup>

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto principal porta de acesso ao sistema de saúde, exige do trabalhador diferentes habilidades, tais como: conhecimento da heterogeneidade da população; atuação frente as diferentes realidades do território e seus perfis epidemiológicos, bem como a trabalho interdisciplinar.<sup>7-8</sup> Nesse cenário, a inserção dos residentes é uma ferramenta capaz de promover aprendizado vinculado às necessidades de saúde da comunidade e de propiciar percepção do processo saúde-doença, que passa a ser permeado por questões sociais, econômicas e culturais.<sup>8</sup>

Nesse contexto, a formação em saúde para atuação na APS exige que os trabalhadores estejam instrumentalizados para desenvolver atividades de: educação em saúde; atenção à saúde, envolvendo a promoção, prevenção, cura e reabilitação; gestão do serviço e do sistema e; controle social, constituído na participação ativa na construção do SUS.<sup>1</sup>

### Métodos

Essa pesquisa caracteriza-se como de delineamento qualitativo, transversal e descritivo. Foram analisadas as avaliações semestrais de campo (cenário de inserção dos residentes), que consistem em informações sistematizadas em planilhas eletrônicas oriundas de questionários eletrônicos aplicados pela secretaria da ênfase Saúde da Família e Comunidade (RIS/GHC/SFC) aos residentes, preceptores e orientadores da ênfase em dois momentos – primeiro e segundo semestre de 2015.

Foi facultado em ambos os semestres a possibilidade de responder ao instrumento. Foram utilizadas, desse instrumento, questões que dizem respeito ao exercício da atenção (acolhimento, ambulatório e visita domiciliar), da educação, da gestão (vigilância em saúde) e do controle social nos cenários de prática.

Responderam ao questionário de avaliação, no primeiro semestre de 2015, 113 atores da residência (41 preceptores/orientadores e 72 residentes) atuantes em 11 campos de prática (Unidades Básicas de Saúde - UBS). No segundo semestre de 2015 foram obtidas 58 avaliações (35 residentes e 13 preceptores/orientadores), lotados em 10 UBS.

Para análise dos dados sistematizados foi utilizado o método de análise de conteúdo.<sup>9</sup> O qual consiste em: a) pré-análise (composta nesse estudo pela escolha dos documentos a serem submetidos à análise e pela formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final); b) exploração do

material e; tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (15290/2016), considerando a legislação ética em pesquisa vigente.<sup>10</sup>

### Resultados

Os resultados desse estudo descrevem as percepções dos residentes acerca da possibilidade de exercício e da qualidade que o campo oferece às atividades de atenção, educação, controle social e de gestão. A forma como os resultados são organizados constitui-se em uma maneira de apresentação, entretanto a dinâmica de produção de cuidado no território, essência da APS, prevê a comunicação constante entre os diferentes pilares da formação em saúde, permitindo a geração de movimentos sinérgicos, a fim de potencializar o cuidado aos sujeitos singulares.

No primeiro semestre de 2015, 16 residentes (14%) consideraram não estarem exercitando o acolhimento nos seus campos de atuação (acolhimento como processo de trabalho e forma de acesso ao serviço de saúde). Esse número foi de seis residentes (10%) no segundo semestre. Os principais aspectos apontados na avaliação do acolhimento descritos no primeiro semestre de 2015 dizem respeito ao espaço físico inadequado para a escuta, a resistência da equipe, a elevada população adscrita no serviço, a falta de compreensão do que é acolhimento pela equipe e pelos usuários e a ausência de implicação da equipe multiprofissional nesse processo.

No segundo semestre de 2015, além das questões citadas acima, foram pontuados a limitação do espaço de acolhimento para demandas clínicas e a centralização do processo nos profissionais médico e enfermeiro. Entretanto, há alguns potenciais em movimento, tais como a disposição da

equipe em discutir a proposta e a observação pelos sujeitos envolvidos, desse espaço como potência para desenvolvimento de habilidades clínicas e interpessoais.

Em relação ao ambulatório, apenas dois residentes (1,7%) no primeiro semestre responderam não ser possibilitado no campo a realização, conforme as orientações da matriz curricular. Apesar das fragilidades, em especial relacionadas ao espaço físico, o ambulatório é visto como de grande qualidade pela maioria dos residentes.

Os sujeitos apontam para as possibilidades de atuação para além do consultório individual: interconsultas, discussão de casos, consultas conjuntas, sequenciais, atendimento individual, entre outros. Por outro lado, há críticas em relação à forma de operacionalização desse espaço na APS.

“...há um desejo de que se faça clínica tradicional [de psicologia] no SUS. É importante sempre conseguir fazer essa discussão para que se desacomodem algumas posições e imposições mais rígidas” (residente)

Em relação à visita domiciliar, em ambos os semestres, todos os sujeitos responderam que o campo possibilita a realização dessa atividade. Os sujeitos citam o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como profissional que proporciona maior qualidade na realização das visitas e o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) como elemento de organização do cuidado, assim como as áreas de vigilância. Destacam a possibilidade de realização de atendimentos multiprofissionais, com vinculação entre os membros da equipe.

Em relação ao controle social, na primeira avaliação de campo, apenas seis sujeitos (5%) relataram que o campo não proporcionava atividades, de acordo com a matriz curricular. Os sujeitos apontaram que em algumas Unidades o controle social era restrito à participação no Conselho Local de Saúde (CLS),

o qual estava muito fragilizado devido ao número reduzido de participantes da comunidade. Enquanto outras apoiam a participação do residente no Conselho Municipal de Saúde, Conferências de Saúde, Conselho Gestor, entre outros espaços. Os sujeitos destacam o empenho da equipe e da residência para qualificar o CLS.

No segundo semestre de 2015, apenas um sujeito respondeu não estar vivenciando espaço de controle social previsto na matriz curricular. As descrições realizadas revelam grandes fragilidades no CLS da maioria das UBS, em relação à participação da comunidade e da equipe nesse espaço. Há reconhecimento pelos sujeitos que realizaram a avaliação, do incentivo da equipe para a experimentação de outros espaços de controle social.

“O campo proporciona que seja realizado, porém a maior parte da equipe não se envolve nas atividades de controle social. O próprio CLS conta apenas com a participação de alguns ACS e de residentes. Observo que os demais trabalhadores não só não participam como não entendem a relevância do controle social. O enfraquecimento do CLS é apenas debatido por residentes e alguns profissionais, não sendo uma demanda da equipe.” (residente)

Em relação à Educação em Saúde (ES), no primeiro semestre de 2015, seis sujeitos (5%) responderam ainda não terem vivenciado esse espaço. Os atores (de algumas unidades) enfatizam a falta de envolvimento da equipe em compor junto com os residentes esses espaços e a ausência de Educação Permanente em Saúde (EPS) no serviço.

“Por iniciativa dos residentes (que organizam e desenvolvem a maioria das atividades de ES) algumas experiências interessantes de ES vêm sendo desenvolvidas, mas com participação restrita de profissionais da equipe contratados” (residente)

Por outro lado, há equipes muito envolvidas na organização dessas atividades, com grande

participação dos usuários. Alguns serviços realizam atividades educativas em diferentes ambientes, tais como campanhas de vacina, salas de espera, grupos de convivência terapêutica, o que é visto pelos sujeitos como de grande potencial para a formação e qualidade do serviço.

Os atores descrevem em diversas avaliações experiências de grupos, os quais referem-se a atividades coletivas desenvolvidas para diferentes seguimentos da comunidade. Esses seguimentos são segregados por similaridade nas condições crônicas, nas faixas etárias e nas atividades que desempenham na comunidade (cuidadores, donas de casa, etc.).

No segundo semestre de 2015, apenas três sujeitos (2%) responderam que o campo não proporciona a realização de ES. Como aspectos citados, chama a atenção o reconhecimento pelos sujeitos da baixa adesão da comunidade nas atividades coletivas. Por outro lado, os sujeitos apontam para a autonomia dos residentes no planejamento e na execução das ações e reconhecem o Programa Saúde na Escola (PSE) como ferramenta para desenvolvimento de educação em saúde.

O formulário de avaliação dos campos da RIS/GHC/SFC não possuía questão com o objetivo de avaliar o exercício da habilidade de gestão no campo. Entretanto, esse pilar da formação em saúde foi problematizado a partir do item vigilância em saúde. Uma vez que, a direção das respostas obtidas no questionário está intimamente ligada à maneira de gerir um serviço de APS.

Os sujeitos que responderam ao questionário destacam a potencialidade do trabalho em área de vigilância, pela possibilidade de identificar, no território dinâmico, as necessidades e problemas de saúde e organizar as práticas de maneira regulada pelo território. Percebe-se o movimento das equipes que ainda não estão organizadas por área de vigilância em reorganizar-se para qualificar o trabalho no território.

“Acompanhar o processo de mudança de área de vigilância para equipe de referência tem sido um aprendizado único. Poder pensar processo de trabalho e gestão em uma Unidade é algo que será aproveitado em outros momentos da vida profissional.” (residente)

Por outro lado, há críticas por diversos sujeitos, os quais afirmam que o modelo de vigilância em saúde do serviço é baseado em indicadores que não possuem a sensibilidade de priorizar as demandas do território.

“Acho o modelo de vigilância em saúde limitado e não problematizador dos determinantes sociais e culturais da saúde. Ações programáticas burocratizadas.” (residente)

Percebe-se a fragilidade na concepção de vigilância do território por parte de alguns sujeitos, que restringem a vigilância em saúde à participação em ações programáticas.

### Discussão

Identifica-se a sensibilidade em alguns cenários em manter as premissas orientadoras do programa. Nas avaliações, os residentes citam a dificuldade da equipe multiprofissional em compor com a residência espaços para ES. A falta de trabalhadores, de interesse por parte do gestor e de perfil profissional para o desenvolvimento da educação em saúde refletem na dificuldade de desenvolver essas ações no território.<sup>11</sup>

A residência, nesse sentido, tem papel importante na construção coletiva com a equipe e a comunidade de espaços de grupos (terapêuticos, de convivência, oficinas, etc.) que ultrapassam o encontro por categorização de patologias, transformando a educação em saúde em um espaço de construção de saberes e de práticas que melhorem a qualidade de vida. Que tragam para a discussão as singularidades e não somente a similaridade da doença.

Em relação à assistência, a necessidade de reinvenção do ambulatório para espaços de consultas sequencial e coletiva é uma discussão presente nos programas de residência. Essa transição é descrita como vigente em alguns cenários de formação avaliados nesse estudo, entretanto em outros há a predominância da chamada “clínica tradicional”, em que a assistência é individualizada e centrada na relação entre profissional e usuário. A possibilidade de reinvenção da clínica nem sempre é tarefa fácil, exige vencer barreiras de resistência na equipe e na comunidade, entretanto tem potencial para construir processos solidários, autônomos e autogestionados de produção de cuidado.

As dificuldades em relação à prática do acolhimento citadas nas avaliações são descritas nas diferentes publicações sobre a temática. A falta de espaço físico adequado, a não aceitação do acolhimento/resistência dos usuários, as dificuldade para conciliar as atividades da unidade com atividades externas, a sobrecarga de trabalho, a falta de preparo dos profissionais, a sensação de impotência e falta de comunicação, são situações comuns nas realidades das Unidades de Saúde.<sup>12</sup> Refletem a sensação de impotência das equipes em lidar com essa postura e processo de trabalho que constitui-se atualmente na principal porta de acesso dos usuários para atendimento de suas demandas agudas.

A visita domiciliar parece ser um dos processos de trabalho mais organizados e preservados nas práticas dos residentes, uma das estratégias corresponde ao PAD. Este refere-se à modalidade de atenção domiciliar realizada pela APS aos usuários com limitações na mobilidade e que necessitem atendimento domiciliar. O PAD da APS representa um espaço importante de inserção do residente e necessário para sua formação, entretanto, não deve ocupar todo o espaço de visitas domiciliares do residente. Assim, demandas dos territórios que não atendam aos critérios de inclusão de atendimento domiciliar,

segundo a portaria do Ministério da Saúde – Melhor em Casa, também podem e devem fazer parte das agendas dos residentes.<sup>13</sup>

As visitas domiciliares podem e devem ser realizadas para famílias em vulnerabilidades, gestantes, puérperas, crianças e demais ciclos vitais, seja para acompanhamento da saúde, seja para busca ativa por falta de seguimento do cuidado no serviço de saúde. A visita domiciliar é uma ferramenta de trabalho importante do profissional da APS, para tanto deve ser realizada para além dos usuários com limitações físicas que os impossibilitem de buscar o serviço.

Em relação ao controle social, o CLS é tido por grande parte dos sujeitos que responderam a avaliação como espaço enfraquecido, não apenas no seguimento dos usuários, mas também dos trabalhadores de saúde. A crítica e o movimento coletivo para reformular esse espaço mostra a preocupação dos sujeitos em qualifica-lo e de tê-lo como ferramenta de controle social. Percebe-se nas avaliações, a preocupação dos preceptores e orientadores em proporcionar outras vivências de controle social para os residentes, tais como as conferências em saúde, os conselhos distrital e municipal, entre outros.

O enfraquecimento do controle social no âmbito do SUS e nesse contexto, no cenário de formação em residência é atribuído ao caráter meramente consultivo atribuído pelos gestores aos conselhos de saúde, que pouco constroem e deliberam sobre a política de saúde.<sup>14</sup> Outro aspecto que provoca enfraquecimento no controle social é a forma como os conselhos de saúde foram introduzidos no país, para dar conta de uma exigência legal.<sup>14</sup>

A vigilância em saúde, discutida nesse texto na perspectiva da gestão da atenção e do serviço de saúde, representa uma forma de organização de processo de trabalho baseado na constituição de indicadores capazes de refletir as situações de saúde da população e de

subsidiarem os trabalhadores em relação às necessidades da comunidade.

A vigilância em saúde, por vezes, é tida pelos sujeitos, como a simples divisão do território e da força de trabalho em áreas de vigilância, entretanto, trabalhar no modelo de vigilância é muito maior do que ter territórios subdivididos em áreas de abrangência menores com uma equipe responsável por essa área neoformada. Para melhor entendimento, inicialmente faz-se necessária à compreensão do termo “área de vigilância”. Esse termo equivale ao utilizado pela PNAB para designar a área de abrangência das equipes de ESF, entretanto há algumas particularidades, entre estas a presença de profissionais além da equipe mínima prevista na PNAB.<sup>15</sup>

A vigilância em saúde consiste em um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde.<sup>16</sup> Assim, na atuação de acordo com esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. No modelo de vigilância em saúde consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença, assim a territorialidade é a principal premissa da vigilância em saúde.<sup>16</sup>

No eixo gestão, há ainda a vivência de gerenciamento da UBS, um estágio em que o residente acompanha o assistente de coordenação (gestão local) do serviço pelo período de quatro meses além de desenvolver leituras sobre temáticas pré-definidas e ter um turno da semana para discussão coletiva com um mediador da instituição que atua na gestão. Entretanto, esse estágio não foi citado, visto que o questionário de avaliação referia-se especificamente à vigilância em saúde.

A melhoria do modelo de atenção requer mudanças no modelo de gestão em saúde, de modo que os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores da saúde e usuários – assumam

papéis de relevância.<sup>17</sup> Dentre os entraves mais importantes nesse processo, estão os modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas e na produção de saúde.<sup>17</sup> Nesse cenário, instrumentalizar os residentes para a gestão em saúde é um aspecto necessário para a qualificação da atenção no SUS.

A análise dos dados remete à necessidade da ênfase em acrescentar em suas avaliações semestrais questões direcionadas especificamente à possibilidade do residente vivenciar nos cenários de prática a gestão/gerenciamento do serviço. Para esse estudo, a análise da possibilidade e da qualidade com que se vivenciam ações de vigilância do território permitiu parcialmente a análise do pilar gestão.

A similaridade entre os problemas dos diversos programas de residência profissional, característica evidenciada em estudos progressos, reflete a necessidade de uma busca coletiva para qualificação dos programas e garantia de efetivação de algumas premissas para superação das fragilidades citadas nesse texto.<sup>18</sup> Assim, propõem-se que esse estudo represente um diagnóstico para constituição de estratégias para qualificação deste e de outros programas.

### Considerações finais

Há elevada heterogeneidade entre os diferentes campos de formação em relação à possibilidade de exercício dos elementos constituintes do quadrilátero da formação em saúde. De maneira geral todos os campos possibilitam o exercício da assistência, da educação e do controle social, entretanto com níveis de qualidade heterogêneos. Em relação à gestão a saúde, mesmo não havendo um questionamento específico para esse pilar, as respostas obtidas em relação à vigilância em

saúde e a realização do estágio de gerenciamento em todos os núcleos profissionais, pressupõe que a ênfase preocupa-se e oferece possibilidade de vivência nesse eixo.

O acolhimento constitui-se no processo de trabalho com elevado número de críticas, isso possivelmente decorre do fato de ser uma prática em saúde ainda recente, pouco consolidada nos serviços e que envolve uma série de características e habilidades para ser desenvolvida com qualidade. A elevada demanda atrelada aos serviços de saúde, também torna a eficácia da prática diminuída, uma vez que, as necessidades de saúde muitas vezes não podem ser respondidas no primeiro momento de busca pelo serviço. As práticas de ambulatório e de visita domiciliar têm organização bastante consolidada nos serviços avaliados, isso garante aos residentes uma vivência bastante rica e organizada.

A educação em saúde e o controle social, são os pilares de maior concentração de energia por parte da residência. Esses espaços, fundamentais na prática da saúde coletiva, ainda encontram-se bastante fragilizados nos contextos dos serviços de saúde, seja pela baixa adesão por parte dos profissionais da equipe, seja pelo não reconhecimento, por parte dos usuários, desse espaço como produtor de saúde e autonomia. Na ênfase, esses dois pilares merecem o esforço e comprometimento que a residência está dedicando, a fim de fortalecer a identidade da APS e de sua estrutura preventiva e produtora de autonomia, reguladora na rede de atenção.

A fim de avaliar todos os pilares da formação em saúde, identifica-se a necessidade de revisão do formulário de avaliação da ênfase, com vistas a acrescentar questionamento específico para avaliar as atividades proporcionadas pelo campo para exercício da gestão em saúde.

Esse estudo, apesar de constituir-se de uma avaliação de um programa de residência em

específico pode fornecer subsídios para a identificação de nós críticos, proposição de intervenções e por consequência qualificação

de outros programas de residência distribuídos pelo país.

### Referências

- <sup>1</sup> Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41–65.
- <sup>2</sup> Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2006. 415 p.
- <sup>3</sup> Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL. Residências em Saúde fazeres e saberes na formação em saúde. 1ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. 260 p.
- <sup>4</sup> Demarco EA. Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grando do Sul; 2011.
- <sup>5</sup> Melo MC, Queluci GDC, Gouvêa MV. Problematizing the multidisciplinary residency in oncology: a practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. *Rev da Esc Enferm USP*. 2014; 48(4):706–14.
- <sup>6</sup> Carvalho SBDO, Duarte LR, Guerrero JMA. Parceria ensino e serviço em Unidade Básica de Saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saúde*. 2015; 13(1):123–44.
- <sup>7</sup> Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado em jan 2017]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/downloads/2012/04/RedesdeAtencaocondicoescronicas.pdf>
- <sup>8</sup> Massote AW, Belisário SA, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):445–53.
- <sup>9</sup> Bardin L. Análise de Conteúdo. 70th ed. Lisboa: LDA; 2009.
- <sup>10</sup> Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil; 2012.
- <sup>11</sup> Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto Context Enferm*. 2013; 22(1):157–65.
- <sup>12</sup> Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos ML de M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*. 2014; 38(105):514–24.
- <sup>13</sup> Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar: melhor em casa [Internet]. 1ª ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2012 [citado em 20 jan 2017]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)
- <sup>14</sup> Silveira LR, Vargas TM de. O Controle Social como Experiência de Ensino-Aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde. In: Fajardo AP, Dallegrave D, editors. RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde [Internet]. Porto Alegre(RS): Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2014 [citado em 20 jan 2017]. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/Publicacao/residnciasemsade2014.pdf>
- <sup>15</sup> Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 20 jan 2017]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- <sup>16</sup> Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(2):569–84.



<sup>17</sup>Hennington ÉA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde : reflexões a partir da ergologia. Rev Saude Publica. 2008; 42(3):555–61.

<sup>18</sup>Dallegrave D. Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no País das Maravilhas [tese]. Porto Alegre Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.