



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Leandro Augusto Espósito Câmara

**RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E A INTERPROFISSIONALIDADE.
Vivências, percepções e atravessamentos da pandemia da
COVID-19**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientadora: Profa. Dra. Carolina Siqueira Mendonça

**Botucatu
2023**

Leandro Augusto Espósito Câmara

RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E A INTERPROFISSIONALIDADE.
Vivências, percepções e atravessamentos da pandemia
da COVID-19

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientadora: Profa. Dra. Carolina Siqueira Mendonça

Botucatu
2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Câmara, Leandro Augusto Esposito.

Residentes multiprofissionais em saúde da família :
vivências, percepções e atravessamentos da pandemia da
Covid-19 / Leandro Augusto Esposito Câmara. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Coorientador: Carolina Siqueira Mendonça

Capes: 40602001

1. Educação em saúde. 2. Saúde da família. 3. Pandemias.
4. Equipe de assistência ao paciente. 5. COVID-19 (Doença).

Palavras-chave: COVID-19; Educação em saúde; Educação
interprofissional.

LEANDRO AUGUSTO ESPÓSITO CÂMARA

**RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E A INTERPROFISSIONALIDADE.**

Vivências, percepções e atravessamentos da pandemia da COVID-19

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu-SP, como requisito parcial para conclusão de Mestrado do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Banca examinadora:

Prof^a Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^o Dr. Tiago Rocha Pinto
Universidade Federal de Uberlândia

Prof^a Dra. Luciana Cristina Parenti
UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu, 12 de fevereiro de 2023.

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores do SUS, que se desdobram
diariamente para oferecer uma assistência de qualidade, especialmente aos que
mais precisam.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre me apoiou nas minhas decisões. Em especial aos meus avós, Isabel Espósito Câmara e José Vieira Bueno Câmara, por serem minhas maiores referências de ética e humanidade.

À minha mãe, Rita de Cássia Espósito Câmara, por tudo que sempre fez por mim, e por ser o meu porto seguro nos momentos difíceis.

Ao meu tio José Augusto Espósito Câmara, com quem eu sempre pude contar quando necessitei.

À minha orientadora Eliana Goldfarb Cyrino, que com sua afetuosidade e compreensão, teve um papel fundamental para que eu chegasse até aqui.

À minha coorientadora, e amiga, Carolina Siqueira Mendonça, por toda sua dedicação a esse projeto, em especial na condução impecável do Grupo Focal com os residentes.

Aos funcionários do serviço de pós-graduação da FMB, em especial à Luciene de Cássia Jeronimo, pela sua dedicação e apoio aos discentes.

Ao meu estimado amigo Rafael Casali Ribeiro, pelas inúmeras contribuições no meu percurso profissional e pessoal.

Aos amigos que pude fazer em Botucatu, em especial a Vital Walter Oliveira Filho, por seu apoio nos momentos difíceis em que precisei de um ombro amigo.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Desenvolvimento de tecnologia em Atenção Primária à Saúde”, pelas contribuições a essa pesquisa.

Ao Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva, à Faculdade de Medicina de Botucatu e à UNESP, pelos inúmeros aprendizados.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FMB, que permitiu e apoiou essa pesquisa.

À UNIVESP pelos aprendizados e pela concessão da bolsa de estudo.

Aos residentes participantes por seus relatos, sem os quais, este estudo não seria possível.

RESUMO

O presente estudo se debruça sobre a trajetória acadêmica de uma turma de residentes multiprofissionais em saúde da família, que vivenciaram em seu segundo ano desta formação em serviço, o início e prolongamento da pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que a partir da realização de um grupo focal online com os residentes, buscou compreender suas experiências com a interprofissionalidade, e com os atravessamentos da pandemia em suas atividades formativas na residência. Participaram desta pesquisa sete residentes de distintas profissões da área da saúde: Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Após a análise e interpretação das falas, chegou-se em quatro categorias temáticas que respondem aos objetivos da investigação: 1) Formações iniciais: um surto logo de cara; 2) A residência: espaço de luta e construção; 3) Atravessados pela pandemia; 4) Repensando o programa, olhando para a base. Os resultados refletem uma formação inicial ainda pouco efetiva, em se tratando da interprofissionalidade e de outros avanços propostos nas Diretrizes Curriculares Nacionais, havendo relatos de uma total ausência de propostas interprofissionais em alguns cursos, e uma aplicação muitas vezes abrupta, e até traumática, dessa abordagem em outras situações. Na residência, encontramos contradições relacionadas ao que é proposto, e o que de fato se institui nos cenários de prática, já que mesmo percebendo diversas fragilidades no planejamento das ações pedagógicas, os participantes entendem que a formação proporcionou experiências interprofissionais importantes e aprendizados significativos, de conhecimentos e competências, essenciais para o trabalho em equipe no SUS. Sobre os atravessamentos da pandemia, os residentes compreendem que essas contingências fragilizaram ainda mais a organização do programa, não havendo, em suas percepções, sucesso na readequação das atividades ao novo contexto, e às especificidades dos distintos núcleos profissionais. Diante de suas experiências, dentro e fora do contexto da pandemia, os residentes conseguem apontar mudanças que, na visão destes, possibilitariam o avanço do programa em direção aos princípios da EIP.

Palavras-chave: Educação em saúde. Internato e residência. Educação interprofissional. COVID-19.

ABSTRACT

The present study focuses on the academic trajectory of a group of multidisciplinary residents in family health, who, in their second year of this in-service training, experienced the beginning and extension of the COVID-19 pandemic. This is a qualitative research, which, based on an online focus group with residents, sought to understand their experiences with interprofessionality, and with the crossings of the pandemic in their training activities in the residency. Seven residents from different professions in the health area participated in this research: Nursing, Nutrition, Psychology and Social Work. After the analysis and interpretation of the speeches, four thematic categories were arrived at that respond to the research objectives: 1) Initial formations: an outbreak right away; 2) The residence: space of struggle and construction; 3) Crossed by the pandemic; 4) Rethinking the program, looking at the bottom line. The results reflect an initial training that is still not very effective, when it comes to interprofessionality and other advances proposed in the National Curricular Guidelines, with reports of a total absence of interprofessional proposals in some courses, and an often abrupt, and even traumatic, application of this approach in other situations. In the residency, we found contradictions related to what is proposed, and what is actually instituted in the practice scenarios, since even perceiving several weaknesses in the planning of pedagogical actions, the participants understand that the training provided important interprofessional experiences and significant learning, in knowledge and skills, essential for teamwork in the SUS. Regarding the pandemic crossings, the residents understand that these contingencies further weakened the organization of the program, and, in their perceptions, there was no success in readjusting activities to the new context, and to the specificities of the different professional categories. In view of their experiences, inside and outside the context of the pandemic, residents are able to point out changes that, in their view, would enable the program to advance towards the principles of the EIP.

Key words: Health education. Internship and residency. Interprofessional education. COVID-19

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

EIP- Educação Interprofissional

ESF - Estratégias de Saúde da Família E

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

Unesp – Universidade Estadual Paulista

USP – Universidade de São Paulo

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1.INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Formação em Saúde e as Residências Multiprofissionais	12
1.2 Interprofissionalidade.....	14
1.3 A Pandemia da COVID-19 e a Atenção Primária à Saúde	16
2.PERCURSO METODOLÓGICO	18
2.1 Caracterização da pesquisa	18
2.2 Cenário da pesquisa	20
2.3 Sujeitos e coleta de dados	21
2.4 Análise de dados	21
2.5 Questões éticas	22
3.RESULTADOS	23
3.1 Preâmbulo	23
3.2 Formações iniciais. Vários surtos logo de cara.....	23
3.3 A residência. Um espaço de luta, de construção.	28
3.4 Atravessados pela pandemia.	32
3.5 Repensando o programa, olhando para a base.	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
BIBLIOGRAFIA	43
APENDICÊ A.....	47

APRESENTAÇÃO

“Corpo sou eu inteiramente, e nada mais; e alma é apenas uma palavra para algo no corpo. O corpo é uma grande razão, uma multiplicidade com um só sentido, uma guerra e uma paz, um rebanho e um pastor”

– Nietzsche, Assim Falou Zaratustra

Me chamo Leandro, sou de Santos, litoral de São Paulo, e começo a minha trajetória acadêmica no ano de 1999, com a entrada em uma das faculdades mais tradicionais do país, a Escola de Educação Física e Esporte da USP. De lá para cá, percorri um caminho sinuoso, com aproximações e afastamentos do campo da saúde e da minha escolha inicial, a Educação Física.

Nesse percurso, destaco o ano de 2017, quando inicio minha formação-atuação como residente multiprofissional em saúde da família na Faculdade de Medicina de Botucatu, que entre outros significados, demarca um reencontro com a minha formação universitária, mas agora potencializado por conceitos e dispositivos da Atenção Primária à Saúde e da Saúde Coletiva.

Um período de encontros potentes, assim defino essa fase da minha vida. Para o filósofo Espinosa, bons encontros são aqueles que aumentam nossa potência de existir e favorecem nossa capacidade de afetar e ser afetado pelo mundo. E como coloca, Trindade (2022), um dos criadores da página de filosofia Razão Inadequada:

(...) todo bom encontro é então uma conta de soma, onde a força de dentro se soma à força de fora: o ar que compõe com nossos glóbulos vermelhos, os nutrientes que se compõem com o intestino, o calor que esquenta nosso corpo, a música agradável que ouvimos no bar, a conversa gostosa e instigante com alguém, um bom livro, um bom resultado nas eleições.

Foi em Botucatu, mais especificamente no ambiente da Universidade, comumente tão criticado por sua formalidade e aridez, onde pude, de uma forma bem espinosana, vivenciar afetos por teorias, conceitos e pessoas, ao ponto de me perceber totalmente transformado e potencializado por estas experiências.

Nesse contexto, a residência se deu como um agregador e catalisador de fluxos, que me proporcionou diversos encontros e experiências significativas. E à medida que avançava nesse percurso formativo singular, ia tecendo relações e afetos que vão permanecendo até os dias de hoje. Nessa experiência de ser-estar residente, e já atravessado pelo “vírus” da filosofia, começo a investigar essa formação-atuação, por dentro, primeiramente examinando meus pensamentos e ações, e refletindo sobre minha prática, e com o tempo, vou me interessando, também, pelas experiências dos meus colegas de turma. Nesses encontros, de interesses mútuos, de

compartilhamento de experiências e reflexões, vamos nos dando conta e nos aprofundando na dimensão coletiva de nossas atuações e aprendizados.

A partir dessas inquietações, começo a explorar no Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), as experiências interprofissionais em um Grupo de Promoção da Saúde conduzido por residentes em uma unidade de saúde da AB. Ali, foi possível explorar um pouco as singularidades do percurso formativo de uma turma, que dentre outros achados, mostrou que planejar e conduzir uma intervenção interdisciplinar com profissionais de outras formações foi uma experiência significativa e transformadora para os residentes. (CÂMARA, 2019).

Agora no mestrado, sigo explorando e aprofundando a temática da interprofissionalidade no programa de RMSF. Inicialmente, propusemos uma investigação mais ampla, com análises documentais e entrevistas com residentes, tutores e preceptores. Mas após a análise prévia de duas entrevistas piloto realizadas com uma residente e uma tutora, percebemos que assim como os sujeitos, o nosso objeto de estudo havia sido atravessado substancialmente pelo contexto da pandemia da Covid-19, já que praticamente todo o período de R2 dos residentes participantes foram vivenciados nesse cenário atípico.

Com isso, decidimos por acolher o novo contexto e, através de um recorte metodológico, direcionar o estudo para as percepções dos residentes sobre suas experiências com a interprofissionalidade ao longo de suas trajetórias acadêmicas, e sobre os atravessamentos da pandemia em suas formações.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Formação em Saúde e as Residências Multiprofissionais

Uma das maiores conquistas da sociedade brasileira foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), o SUS é resultado de décadas de lutas e esforços empreendidos especialmente entre os anos de 1976 e 1988 por um movimento complexo e plural da sociedade brasileira denominado Movimento da Reforma Sanitária (MRS), e sua idealização está diretamente ligada ao processo de redemocratização pelo qual passava o país. Além de reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a CF/88 estabelece como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, e desde então, em um longo percurso de mais de três décadas, a aproximação das políticas de educação e saúde continua sendo um dos grandes desafios da saúde pública brasileira. (BRASIL, 2006; PAIM, 2015).

Nessa direção, a formação e capacitação dos profissionais para o SUS vem sendo objeto de frequentes reflexões e discussões que visam superar um modelo tradicionalmente tecnicista e descontextualizado de ensino que se mostra pouco efetivo em formar profissionais capazes de atender as reais demandas em saúde da população. Uma das razões dessa inefetividade seria a dificuldade de se compreender, dentro desse modelo extremamente fragmentado, os diversos determinantes sociais e culturais que produzem a saúde e o adoecimento nas coletividades humanas. (FEUERWERKER, 1998; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006).

A despeito da hegemonia desse modelo reducionista de formação, já se observava, mesmo antes da criação do SUS, iniciativas locais que buscavam contrapor essa forma limitada de se pensar o ensino e a saúde. Nesse sentido, é criada no estado do Rio Grande do Sul, no ano de 1976, a primeira Residência em Medicina Comunitária do país, com a proposta de formar profissionais médicos com perfil humanista e crítico, e que fossem capazes de responder às demandas de saúde da comunidade. O programa buscava integrar visões da clínica, da epidemiologia, da saúde mental e da saúde pública, e dois anos após sua implantação,³ passou a incorporar outras profissões da saúde além da médica, sinalizando uma tendência, na ocasião ainda incipiente, de se apostar em desenhos multiprofissionais na formação e na capacitação dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2006).

No fim da década de 1990 e início dos anos 2000 surgem diversas iniciativas governamentais que buscaram ofertar vagas em programas multiprofissionais, com o objetivo de consolidar o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado na formação de trabalhadores

para o SUS (BRASIL, 2006; TORRES et al., 2019). Nesse panorama, destacam-se os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), destinados a diversas categorias profissionais, e tendo a formação em serviço e a supervisão como estratégias formativas. Essa modalidade de especialização contribui na qualificação do profissional da saúde, proporcionando mudanças no modelo técnico-assistencial e uma maior valorização do trabalho em equipe, permitindo a construção de novos saberes entre as diferentes categorias profissionais (CASANOVA et al., 2018; CASANOVA et al., 2015).

A RMS pode ser caracterizada como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a diversas profissões da área da saúde, com exceção da médica, organizada como no formato de especialização, pautada no ensino em serviço, com uma carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos. Além das profissões da saúde, em 2014, uma Portaria Interministerial MS/MEC inclui, também, as categorias da Física Médica e da Saúde Coletiva no hall de possibilidades desta modalidade de formação. Dessa forma, para ser caracterizado como RMS, o programa deve ser organizado com, pelo menos, três das profissões elegíveis. (TORRES et al., 2019).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), consolidam-se os programas em Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), com seu enorme desafio de tensionar o sistema na direção de uma assistência em saúde que seja resolutiva perante a um complexo cenário de saúde, marcado por uma transição epidemiológica que contempla tanto uma agenda não solucionada de Doenças Infecciosas, como a ascensão das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). É nesse contexto, complexo e desafiador, que os programas de RMSF se afirmam como uma estratégia de formação que oportuniza a integração ensino-serviço-comunidade, e que coloca os residentes em contato direto com a realidade de um território, solidificando as bases para um olhar profissional centrado no paciente, e possibilitando o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva perante as inequidades da realidade brasileira. (MENDES, 2010; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006).

Essa estratégia de formação, idealizada no fim dos anos 1990, nasce a partir de discussões e seminários coordenados pelo Ministério da Saúde que visavam intervir em um preparo insuficiente dos profissionais de saúde da Atenção Básica (AB) acerca da multicausalidade do processo saúde-doença, e tendo como objetivo estratégico, formar mão de obra capacitada para integrar futuras equipes de Saúde da Família (SF) no país. Em relação ao seu formato, a RMSF contemplaria as especificidades de cada profissão, bem como um eixo comum, além de se pautar fortemente nos conceitos centrais da promoção da saúde, acolhimento e integralidade do cuidado. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006).

A RMSF visa a articulação dos conhecimentos iniciais dos estudantes, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes sociais e das tecnologias do cuidado da Estratégia Saúde da Família (ESF), estimulando a troca de saberes entre residentes de diferentes formações, o trabalho em equipe e a integração ensino-serviço-comunidade. Intenciona não somente a capacitação dos discentes, mas também a transformação dos serviços de saúde e a promoção de um fazer reflexivo nas equipes que os integram. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006).

Como colocam Nascimento e Quevedo (2008 p.48):

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

Espera-se que nessa formação pelo trabalho, os residentes desenvolvam um perfil de atuação que contemple as reais necessidades de saúde da população, e contribua para a efetivação do SUS e de suas políticas de saúde. Para a construção desse perfil, Nascimento e Oliveira (2006) propõem uma série de competências a serem desenvolvidas nos programas de RMSF, agrupadas em dez domínios, os quais apresentamos a seguir: valores profissionais; comunicação; trabalho em equipe; gerência; comunidade; promoção da saúde; resolução de problemas; atenção à saúde; domínio educacional; ciências básicas da saúde pública/coletiva.

Flor et al. (2022), em uma revisão sistemática sobre a formação nas RMS fundamentadas na AB, identificam, além do perfil de competências, outras estratégias balizadoras do ensino, como a Educação Permanente em Saúde (EPS), a Educação Interprofissional (EIP), e sua correlata Colaboração Interprofissional (CIP). Os estudos incluídos na revisão, reforçam a potencialidade desse tipo de formação, apontando como principais resultados positivos a qualificação de profissionais para a atuação na ESF, o ensino de competências essenciais para o trabalho na saúde, a superação de um ensino deficitário na graduação e a inserção dos residentes nas redes de saúde.

1.2 Interprofissionalidade

A interprofissionalidade é um conceito abrangente que se relaciona a um conjunto de dispositivos e práticas que têm em comum o prefixo “inter” antecedendo derivações do termo “profissional”, indicando o cruzamento ou encontro de duas ou mais profissões. Dentre esses termos-conceitos, podemos trazer como exemplos de destaque, a Educação Interprofissional

(EIP), a Aprendizagem Interprofissional (AIP) e a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC). Essa zona “inter” se revela como um território comum qualificado, receptivo a saberes e práticas de distintas categorias profissionais, que convoca os sujeitos a reflexões e ações mais integradas e colaborativas (CECIM, 2018). Nessa perspectiva, temos a EIP quando dispomos de estratégias que permitam que membros de duas ou mais profissões aprendam juntos, e desenvolvam novas competências para um trabalho colaborativo que vise a integralidade do cuidado e a qualidade da atenção em saúde (COSTA et al., 2018; REEVES, 2016; REEVES et al., 2016).

Discussões, que acontecem por mais de três décadas em nível global, enfatizam a importância da EIP como uma estratégia que permite o desenvolvimento de competências para um efetivo trabalho em equipe, com impactos positivos e evidentes na qualidade da assistência e segurança dos pacientes. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reforça o seu comprometimento com a EIP, apontando a necessidade de sua ampliação em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, visando a superação da fragmentação dos seus sistemas de saúde e o desenvolvimento de uma força de trabalho organizada, e pronta para agir, frente às complexas demandas de saúde de suas populações. (REEVES, 2016).

Como apontam Casanova, Batista e Moreno (2018), em um estudo em que analisaram 13 programas de RMS no Estado de São Paulo, mesmo não havendo menção do termo EIP nos documentos institucionais da maioria dos programas, estes contemplam conceitos e práticas que se aproximam desta modalidade de ensino, como na ênfase do desenvolvimento do trabalho em equipe centrado no paciente, e no estímulo do aprendizado de competências colaborativas. Sendo que neste último quesito, os residentes compreendem que os programas suprem adequadamente o seu desenvolvimento, mas, por outro lado, apontam diversos desafios a serem superados a fim de se efetivar, de fato, a interprofissionalidade nos programas.

A interprofissionalidade, como norteadora da formação e do cuidado na RMS, é potencializada por uma articulação com as dimensões da integração ensino-serviço e da integralidade do cuidado, materializando-se nas ações em prol dos usuários dos serviços de saúde. Há, portanto, nesse vir a ser, um imbricamento de conceitos e tecnologias educacionais e assistenciais, que diante de sua complexidade, exigem um preparo e um olhar cuidadoso dos agentes responsáveis por esse processo formativo. Destacam-se, aqui, as figuras do preceptor e do tutor (específico e de campo), que compõem o corpo docente-assistencial, atuando de forma integrada e complementar no planejamento e condução das atividades que acontecem no cotidiano dos cenários de prática (PARENTE, 2008).

Ao trazermos a questão da tutoria e preceptoria na RMS, e sua proximidade com a promoção da interprofissionalidade, precisamos adentrar em uma das questões centrais desse contexto, que é a qualificação do saber e do fazer a partir dos referenciais de núcleo e de campo trazido por Campos (2000, p.220), visando subsidiar um melhor entendimento do lugar do específico e do comum, na produção do ensino e das práticas interprofissionais. Acerca desses conceitos, o autor considera

Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas

Apesar do caráter dicotômico que possa ser atribuído a esses termos, o autor recusa dar a esses conceitos uma nitidez exagerada, sem estabelecer, portanto, limites totalmente precisos entre um e outro. Tanto o núcleo, quanto o campo, seriam dinâmicos e intercomunicáveis, mas havendo no núcleo, uma concentração de saberes e práticas, que designaria uma certa identidade disciplinar e profissional a seus representantes. (CAMPOS, 2000).

Entendemos, portanto, que a partir dessas identidades, os sujeitos interagem em um campo comum estabelecido pelos programas de RMS, onde aportam suas especificidades, mediados especialmente pelas dinâmicas de tutoria e preceptoria, que buscam dar conta tanto destas especificidades dos núcleos, como das dinâmicas de campo, permitindo aos residentes o compartilhamento qualificado de saberes e fazeres, sem, no entanto, incorrer num apagamento de suas identidades profissionais originárias. (CAMPOS, 2000; PARENTE, 2008).

1.3 A Pandemia da COVID-19 e a Atenção Primária à Saúde

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) é alertada sobre o aumento atípico de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na República Popular da China. Uma semana depois, autoridades chinesas confirmam ter identificado um novo tipo de coronavírus, até então não relacionado a infecções em seres humanos. E com a rápida expansão das infecções pelo mundo, em 11 de março de 2020, a OMS caracteriza os surtos mundiais da doença causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, como uma pandemia. (OPAS, 2021).

Com o prolongamento e agravamento da pandemia, autoridades governamentais em todo o mundo buscaram adotar medidas de grande impacto para tentar conter a propagação do

vírus, reduzir a mortalidade e a sobrecarga social da doença (PARMET e SINHA, 2020; SARTI et al., 2020).

No Brasil, mesmo diante de um governo com uma agenda claramente negacionista frente a pandemia, o SUS resiste como um sistema robusto e organizado, e através de suas inúmeras instituições e políticas, permitiu que estados e municípios conseguissem executar as medidas defendidas por especialistas e pela comunidade científica, evitando consequências ainda mais devastadoras nos primeiros picos de contágio, principalmente para a população mais vulnerável. (GIOVANELLA et al., 2020).

A presente pandemia da Covid-19 tem testado a capacidade de organização dos sistemas de saúde do mundo todo, inclusive do SUS, pois com sua rápida transmissão e a gravidade dos casos no primeiro momento, ainda sem o advento da vacinação, e na sequência com a precisão da organização da vacinação massiva e outras ações, mostrou a necessidade urgente de investimentos para o fortalecimento desses sistemas.

Como a principal porta de entrada do SUS, a APS também assume papel de destaque no enfrentamento da pandemia, sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) as responsáveis pelo atendimento dos casos leves e grande parte do primeiro atendimento aos moderados, além do importante trabalho de vacinação e testagem para o SARS-coV-2, realizado no segundo ano da pandemia, após a chegada das vacinas e testes específicos. (DUNLOP et al., 2020; SARTI et al., 2020).

E como apontam Sarti et al. (2020), era esperado que na pandemia a APS ampliasse suas ações, contemplando não só o manejo das condições clínicas da COVID-19, mas também abordando problemas decorrentes do isolamento social prolongado e da desestabilização da vida social e econômica, como as questões de saúde mental, dependência química, violência doméstica entre outros diversos agravos que surgiram ou se agudizaram em consequência das transformações sociais impostas pela crise sanitária.

Nesse novo cenário, o processo de trabalho se altera substancialmente no cotidiano das instituições de saúde, impactando profundamente o dia a dia dos profissionais atuantes nos serviços, inclusive os que se encontram em atividades formativas, como os residentes multiprofissionais. Na APS, as mudanças necessárias passam pela implantação de protocolos de manejo clínico, readequação dos espaços físicos, estratégias de redução de contágio, e a reorganização das ações de outras naturezas, que não a do enfrentamento da COVID-19. Muitos profissionais precisaram rever suas práticas, entre eles os pertencentes ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que possuem grande parte de suas atribuições destinadas a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, muitas vezes através de atendimentos em grupo,

realizados nas dependências das unidades de saúde. (SILVEIRA, TEIXEIRA e BRANDÃO, 2022).

Os programas de RMSF, por atuarem na realidade desse cenário, precisaram também, em grande medida, se adequar ao novo contexto, com a difícil missão de reorganizar as atividades práticas dos residentes a partir das novas demandas dos serviços, mas também preservando a segurança de seus integrantes e o seu caráter formativo. Nesse sentido, em março de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu o Parecer Técnico 106/2020 (BRASIL, 2020), que trata das recomendações aos programas de residências uni e multiprofissionais em saúde, afim de se adequar o ensino e a assistência ao momento excepcional da pandemia, onde orientam, entre outras questões, a suspensão das atividades teóricas presenciais, a manutenção das atividades práticas, com prioridade às ações de mobilização do setor saúde na reorganização dos serviços, redes e políticas locais, e no estímulo da participação popular e do controle social nesse contexto. Destacam também, a importância da presença de tutores e preceptores no campo de atuação, sendo as principais referências para os residentes, não só no redirecionamento das atividades, mas também pelo exemplo de atitude e responsabilidade frente aos desafios impostos pela pandemia à assistência em saúde. Em relação às residências em SF, em que se o enquadra o programa objeto deste estudo, o documento considera que

Residentes em saúde da família precisam construir modos de lidar com as circunstâncias cada vez maiores de pessoas constrangidas ao isolamento social, sob abandono e solidão, em pânico. Dentre todas as questões sociais emergentes nessa hora, o estado de incertezas e inseguranças requer um novo perfil de presença dos profissionais de saúde na saúde das famílias ou em família.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que buscou compreender as experiências de uma turma de residentes multiprofissionais com a interprofissionalidade, assim como explorar os atravessamentos da pandemia da Covid-19 em suas atividades na residência.

A pesquisa qualitativa, como nos apresenta Minayo (2002, p. 21-22),

(...) se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Esse tipo de pesquisa se ampara nas correntes compreensivas das Ciências Sociais, que trazem como tarefa a compreensão da realidade humana vivida no social, sendo os significados, objetos centrais de investigação. Nesse sentido, a autora (MINAYO, 2002, p.24) aprofunda

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.

Consideramos oportuno, contextualizar o uso dos termos experiência e vivência neste trabalho, com a intenção de se evitar uma leitura rasa ou equivocada dos momentos em que estes conceitos aparecem no texto. Contudo, é importante ressaltar, que ambos são termos polissêmicos, muitas vezes tomados por sinônimos, havendo no campo do conhecimento, em específico na filosofia, diversas interpretações, a depender dos autores que escolhemos para nos guiar. Dito isso, a nossa escolha aqui não significa um fechamento, muito pelo contrário, intencionamos, com ela, um mergulho na multiplicidade deste campo, recolhendo conceitos e pensamentos que guardem alguma familiaridade ética (ou estética) com os referenciais adotados neste estudo, e assim possam, pela dialética, contribuir com o seu fortalecimento.

Nesse sentido, nos apoiamos em Bondia (2002, p.21), que a partir de uma forte convicção de que palavras produzem sentidos e criam realidades, examina cuidadosamente o termo experiência, num diálogo com o mundo contemporâneo, onde considera “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”. No seu texto, o autor explora a semântica da palavra, tanto nas línguas germânicas, quanto latinas, encontrando significados comuns na raiz *per* que remete a travessia e perigo. Na língua grega, essa raiz está presente em *peiratês* (pirata), onde o autor (BONDIA, 2002, p.21), se fundamenta e interpreta, “o sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião.” Essa exploração do autor nos interessa, ao passo que enxergamos nos residentes, esse sujeito que se expõe, que atravessa as incertezas de suas experiências formativas, se coloca em perigo, tanto no sentido figurado, quanto no sentido literal, se pondo à prova nos cenários de prática, com a coragem necessária que remete aos desbravadores de outros tempos. É com essa imagem, que esperamos que o leitor acompanhe essa dissertação.

O termo vivência, utilizado por nós no título deste trabalho, intencionalmente pouco aparece no texto, pois o tomamos aqui como um conceito ainda mais subjetivo que experiência, ou seja, ainda mais fundamentado na singularidade dos sujeitos e nas suas visões, únicas, de

mundo. O fato do termo pouco aparecer aqui, não significa que estamos a desprezando ou pior, desconsiderando a profundidade e a singularidade dos relatos num sentido mais amplo, e sim porque acreditamos que na vivência há algo, ou muito, que não possa ser racionalizado ou interpretado, apenas vivido. Nessa direção trazemos Trindade (2017), que explora o conceito de vivência em Nietzsche,

Trata-se de uma experiência estética-individual-imediata. Vivência como contra-conceito da razão! Uma razão inadequada! Não é racional, por isso seu conteúdo está sempre parcialmente obstruído. Nietzsche traz este conceito em contraposição à razão tradicional. Claro, pois a vida necessita agora ser avaliada apenas pela própria vida e na própria vida! Não por uma razão despótica! Quem poderia avaliar uma vivência senão uma vida como constante processo?

Contudo, não há pretensão aqui de estabelecer limites precisos entre o termo experiência e vivência, nem qualquer tipo de hierarquia fundamental, mas sim, a partir de suas interpretações, permitir desdobramentos outros, na tentativa de se ampliar a compreensão do que se passa com os sujeitos residentes no devir de suas atuações.

2.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa teve como cenário o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, oferecido desde 2003 através de parceria da Universidade com a Secretaria Municipal de Saúde do Município. Inicialmente, destinado apenas para médicos e enfermeiros, hoje o programa contempla as seguintes categorias profissionais: enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, educação física e odontologia.

O programa é desenvolvido em dois anos, com carga horária de 60 horas semanais. As atividades de formação em serviço são desenvolvidas no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu e em outros serviços de saúde do município, com prioridade para as Unidades de Saúde da Família. O conteúdo teórico é oferecido na Faculdade de Medicina, com ampla participação dos Departamentos de Enfermagem, Saúde Pública e de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria.

A turma escolhida para o estudo vivenciou no seu segundo ano (R2), o início e prolongamento da pandemia da COVID-19. Destacamos a singularidade desse grupo, que no período do programa em que estariam mais autônomos e atuantes nas unidades de saúde, se depararam com um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea.

2.3 Sujeitos e coleta de dados.

Para a coleta de dados foram convidados todos os dez integrantes da referida turma para a realização de um Grupo Focal *online* através de um encontro virtual pela plataforma *Google Meet*. Dos dez residentes, sete puderam participar e contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa.

O Grupo Focal pode ser definido como uma técnica da pesquisa qualitativa que se utiliza de dinâmicas interacionais a partir de um grupo selecionado de participantes, que possibilita a compreensão de percepções, discursos, crenças e atitudes relacionadas a um tema específico (KITZIGER 2000; TRAD, 2009).

Quanto ao número de participantes, a literatura considera que o número ótimo é singular a cada situação, mas no geral este se encontra entre 6 e 15 participantes. Assim como o número de participantes, a duração também pode variar muito, a depender das características do grupo e do tema discutido. Contudo, uma duração de 90 a 110 minutos pode ser utilizada para garantir uma boa qualidade na coleta. (TRAD, 2009).

A escolha de uma modalidade *online* de coleta se deu em razão das condições sanitárias e pela facilidade de participação de sujeitos que, no momento do encontro, estivessem em outra localidade. A utilização de metodologias *online* para a coleta de dados nas pesquisas qualitativas não é uma abordagem exatamente nova, ela surge praticamente em paralelo ao desenvolvimento das tecnologias digitais que foram permitindo o seu uso, e apresenta suas vantagens e desvantagens como qualquer outro tipo de técnica, cabendo ao pesquisador julgar válida ou não sua utilização. (SCHOROEDER e KLERING, 2009).

O Grupo Focal *online* foi coordenado pela pesquisadora e psicóloga, Carolina Siqueira Mendonça. Como material de apoio, foi confeccionado um Roteiro Semiestruturado (Apêndice A) com perguntas disparadoras relacionadas ao tema da pesquisa. O grupo contou com a participação de sete sujeitos residentes de diferentes núcleos profissionais e teve duração aproximada de 110 minutos. O encontro virtual foi gravado com recursos da plataforma *Google Meet*, e após as transcrições das falas, o arquivo de mídia foi deletado permanentemente.

2.4 Análise de dados

Após a transcrição das falas, o material seguiu por um percurso metodológico de abordagem qualitativa denominado *Interpretação dos Sentidos*, definido como uma proposta

de análise e interpretação dos significados dentro das correntes compreensivas das Ciências Sociais, que busca ampliar a compreensão dos sentidos das falas e das ações para além dos limites da descrição e da análise dos conteúdos (MINAYO et al., 2005).

Minayo et al. (2005) propõe alguns parâmetros para a realização da interpretação dos sentidos e dos significados:

- *Compreender o contexto em que os dados são gerados;*
- *Levar a sério os textos (relatos, entrevistas, histórias de vida, biografias, documentos escritos e outros) que se pretenda interpretar, supondo sempre que eles têm um teor de racionalidade e de sentido;*
- *Buscar compreender as razões que o autor do texto teria para elaborá-lo ou pronunciá-lo da forma como o fez;*
- *Assumir uma posição em relação aos textos, sem achar que em algum momento existirá uma última palavra;*
- *Trabalhar com a expectativa de que o autor do texto poderia compartilhar de explicação elaborada se pudesse penetrar também no mundo do pesquisador.*

E assim, foi realizada a leitura compreensiva de todas as falas com o objetivo de “*impregnar-se pelo conteúdo do material, ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial*”. Após a leitura, iniciou-se o processo de construção de inferências, buscando as ideias que estão por trás dos textos através de um diálogo entre a leitura e os referenciais teóricos adotados. Com isso, foi possível sistematizar um agrupamento de textos e falas que transmitam ideias semelhantes, culminando com a produção das categorias temáticas emergentes. (MINAYO et al., 2005).

2.5 Questões éticas

O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética da FMB em julho/2020, e encontra-se registrado na plataforma brasil pelo CAAE: 33599420.2.0000.5411.

Com a finalidade de preservação das identidades dos residentes, no texto foram omitidos seus nomes, assim como evitadas caracterizações desnecessárias dos sujeitos, que pudessem de alguma forma identificá-los. Todo o material bruto contendo as falas e arquivos de mídia foram deletados após a finalização da etapa de análise de dados.

Os participantes participaram de forma voluntária da pesquisa através da assinatura digital de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo todas as informações da pesquisa através da plataforma *Google Forms*.

3. RESULTADOS

3.1 Preâmbulo

Antes da apresentação das categorias temáticas, entendemos ser necessária uma visão mais panorâmica do estudo, onde o leitor possa vislumbrar as principais particularidades da investigação e de seus sujeitos, e assim, ter uma melhor compreensão não só dos resultados, mas também do contexto em que foram produzidos.

Participaram da pesquisa sete residentes de uma mesma turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que iniciaram a formação em março de 2019, com finalização em fevereiro de 2021. A escolha por essa turma específica de residentes se deu em razão desse grupo ter vivenciado em seu segundo ano de residência, o início e prolongamento da pandemia da Covid-19, o que possibilitou a investigação dos atravessamentos desse contexto em suas formações.

Em relação ao momento da coleta de dados, destacamos que sua realização, cerca de dois meses após o término da residência, permitiu aos então ex-residentes revisitarem seus percursos formativos com uma memória ainda vívida, mas ao mesmo tempo não tão envolvidos emocionalmente com os fatos, o que parece ter proporcionado relatos mais nítidos e elaborados sobre suas experiências formativas. Outro ponto importante percebido por nós, foi a significação afetiva atribuída pelos sujeitos para o encontro virtual, já que desde a finalização do curso não haviam tido a possibilidade de se reencontrarem.

Após a leitura em profundidade do material transcrito, foi possível construir quatro categorias temáticas: vários surtos logo de cara; um espaço de luta, de construção; atravessados pela pandemia; repensando o programa, olhando para a base.

3.2 Formações iniciais. Vários surtos logo de cara.

Nessa categoria temática, apresentamos as percepções dos residentes sobre suas primeiras experiências na graduação com propostas de ensino de caráter interprofissional e com a aproximação com a Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando percursos formativos distintos nas Instituições de Ensino Superior (IES), com propostas metodológicas muitas vezes diametralmente opostas, que proporcionaram vivências e afetos também variados, mas que de alguma maneira mobilizaram esses sujeitos a uma escolha comum, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

As falas dos residentes demonstram percepções distintas com a experiência em disciplinas integradas com outros cursos na graduação. De um lado falas que demonstram uma total ausência dessa abordagem, e de outro, percepções diversas, e muitas vezes ambivalentes, acerca dessas vivências nas IES.

No trecho abaixo trazemos a fala de uma residente enfermeira sobre sua experiência, aparentemente traumática em uma disciplina do primeiro ano feita em conjunto com o curso de medicina. A então estudante universitária demonstra sua angústia em logo no primeiro ano estar em campo prático em conjunto com estudantes do curso de medicina, os quais considerava mais preparados para as atividades propostas pela IES, evidenciando possíveis atravessamentos de representações sociais dos cursos e das diferenças socioculturais nas produções subjetivas de si e nas dinâmicas interativas do processo de ensino e aprendizagem.

Então, já foram vários surtos assim logo de cara. Então na primeira semana de curso já estávamos em campo prático por conta das metodologias ativas, e os dois primeiros anos a gente faz em ESF, a gente fazia junto com a medicina, era um grupo bem grande, então eu detestava....eu realmente odiava, afinal o pessoal que vinha de outros cursos (medicina) estavam muito mais bem preparados, até de discurso, de formação, eram pessoas mais velhas. Nossa, eu não queria pisar num posto de saúde por nada nesse mundo.

Na fala da aluna fica evidente a leitura negativa desta experiência acadêmica, ao seu ver, precoce e destituída de sentido, o que de uma certa forma parece ter produzido, ainda que provisoriamente, rejeições não só pelas metodologias de ensino, mas também pelo cenário de atuação, a Atenção Básica (AB).

Nessa direção, trazemos as percepções de uma também residente enfermeira, oriunda de uma outra IES, sobre sua experiência em uma disciplina do primeiro ano da graduação que se propõe a fazer uma inserção conjunta de alunos de diferentes cursos, entre eles o de medicina, em atividades teóricas e práticas vinculadas a um determinado território atendido por uma unidade de saúde da AB do município. Por um lado, assim como na fala de sua colega, as percepções da residente também demonstram uma insatisfação com a proposta de sua IES em desenvolver atividades conjuntas com alunos de outros cursos já no primeiro ano. Por outro lado, entende que estratégias desse tipo poderiam ser muito mais proveitosas se fossem desenvolvidas em anos posteriores, onde com mais conhecimento e maturidade, talvez se sentisse mais preparada para o encontro interprofissional.

É, na minha formação eu tive a disciplina (nome omitido) junto com o pessoal da medicina; mas pra mim o primeiro ano foi (suspiro) eu também não gostava. Assim, eu gostava dos conteúdos e tudo mais, mas para mim não fazia muito sentido. (...) Eu acho que o pessoal da Medicina estava em outra “vibe”,

é um curso bem fechado ali. Então eles têm todas as atividades deles. Então eu acho que tinha um pouquinho também de a gente se excluir, de se dividir enquanto grupo. Eu acho que tinha tudo isso. Mas também foi muito da imaturidade, né; porque eu acho que se eu tivesse tido essa oportunidade mais pra frente assim, eu teria aproveitado de forma melhor.

Outras residentes enfermeiras também consideram sem sentido suas vivências na disciplina interprofissional do primeiro ano. O incômodo parece estar direcionado a dificuldade, por elas percebidas, em se integrar com os alunos do curso de Medicina, tanto pela postura destes, quanto pelo número maior de integrantes deste curso, deixando as alunas de Enfermagem de certa forma intimidadas com a disposição proposta pela disciplina.

Ah. Acho que, como a (nome omitido) falou, a gente teve uma disciplina junto com a medicina, mas assim, pra mim, fez zero sentido na época. (...)O pessoal da medicina tinha zero integração com a gente. Pelo menos no meu grupo eles não interagiam, era zero interação, era péssimo aquilo. Mas eu acho que... Eu concordo com o que a (nome omitido) falou, sabe. Eu acho que se fosse mais para o final do curso, eu teria outro olhar para a disciplina e eu iria entrar de outra maneira.

Eu compartilho do discurso das meninas (...) E eu acho que o fato da gente ser em menor número também. A enfermagem tá em três pessoas e a medicina às vezes é nove, dez. Eu acho que muitas vezes a gente se sentia um pouco coagida por estar em menor número. Eu lembro que na nossa disciplina, no meu e da (nome omitido), sentava os nove da medicina naquela sala pequenininha de um lado, e ficava nós três do outro lado. Então tinha bastante essa divisão.

Por outro lado, a fala de uma residente de uma outra categoria profissional demonstra uma frustração com sua graduação por um motivo antagônico aos de suas colegas enfermeiras, a ausência de disciplinas e atividades com outros cursos em sua vivência acadêmica na graduação.

Apesar de o meu curso ser em (cidade omitida) e ter outros cursos no campus, cursos da área da saúde, enfermagem e medicina (...) a gente era totalmente isolado. A nutrição era bem isolada, até porque a gente cursava num período noturno, a gente não tinha (atividades com outros cursos) (...) por não se tratar de uma lógica de ensino interprofissional, a gente não teve nenhuma experiência com outras áreas. Como eu falei, desde o início, fui muito frustrada com o curso.

Essa decepção inicial com o seu curso mobilizou, a então aluna de graduação, a pesquisar iniciativas educacionais de caráter interprofissional pelo país, e através de visitas e parcerias com IES de outras regiões, conseguiu vivenciar propostas de ensino e aprendizagem mais significativas, preenchendo essa lacuna em sua formação.

Então eu tinha a noção de que isso (interprofissionalidade) era importante, mas não tive nenhuma experiência na minha IES desse tipo de educação. Aí eu fui para outras universidades tentar, como eu falei, eu fui para a Paraíba; fui pra

São Carlos também, tentei contato lá com a UFSCar. E aí eu consegui ter algumas vivências. (...) Olha, na UFSCar eu fiz um curso de Educação Popular em Saúde (...) foi muito rica essa experiência. E na Paraíba foi, principalmente, nos projetos de extensão. Tinha projetos também na lógica de Educação Popular em Saúde. E aí era o *PEPASF, uns projetos assim que tinha todas as áreas, porque aí tinha desde as humanas, porque tinha estudantes de direito, da filosofia, da sociologia, da medicina, da enfermagem, T.O, tinha fisio, nutri, todo mundo, porque aí a federal da Paraíba é um campus muito plural de todas as áreas. E aí foram experiências transformadoras. Realmente, foi uma riqueza incrível assim.

Com uma graduação também esvaziada de propostas interprofissionais, um outro residente, assim como sua colega, buscou complementar sua formação através de atividades extracurriculares.

É engraçado porque eu (...) porque eu não tive (disciplinas com outros cursos) na graduação como as meninas (residentes enfermeiras) (...) Pra falar que eu não tive nenhuma experiência, eu participei de um... Eu fiz um projeto de extensão por um ano, na graduação, que foi da UNATI, Universidade Aberta da Terceira Idade. E havia outras pessoas aqui do Campus (...) que participavam também, de outros cursos, acho que de Letras, principalmente. Então eu tive contato aí. E com outros professores também. Mas fora isso, se não fosse um projeto de extensão, eu não teria contato não (com outros cursos).

Em linhas gerais, podemos identificar nas falas dos estudantes, certas aproximações entre as percepções das residentes enfermeiras, inclusive de IES distintas, ao demonstrarem bastante incômodo com propostas interprofissionais já no primeiro ano da faculdade, em específico em relação à (não) interação com alunos do curso de Medicina. Em contrapartida, os residentes de outras profissões, revelam frustrações com propostas curriculares claramente uniprofissionais de suas IES, tendo em comum em seus percursos, a busca por atividades extracurriculares de caráter interdisciplinar e interprofissional.

Essas distintas experiências dos estudantes na graduação, numa perspectiva mais ampla, denunciam um cenário educacional da área da saúde ainda assimétrico, em se tratando da presença da EIP nos currículos dos cursos, mesmo diante de grandes avanços nas políticas de reformulação dos modelos de ensino presentes nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e nas iniciativas governamentais de incentivo à integração ensino-serviço-comunidade, das quais destacamos o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do MS, que em sua nona edição voltada ao à EIP e às Práticas Colaborativas em Saúde (PCS), vem apoiando, em todo o país, mais de 120 projetos educacionais que tragam esses eixos norteadores em seus projetos pedagógicos (VENDRUSCOLO, et al., 2020).

Ainda se tratando das experiências dos residentes em suas graduações, trazemos abaixo, falas onde estes localizam em seus percursos, momentos e atividades que consideram ter

despertado o interesse pela APS e pelo programa de RMSF. Suas falas demonstram que a identificação com os princípios do SUS, e experiências significativas com dispositivos da ESF, em específico com atividades desenvolvidas no território, mobilizaram os estudantes na busca por uma especialização de caráter prático que contemplasse essas temáticas.

No final do terceiro ano a gente tem uma disciplina... um momento de escolher as ênfases, a gente pode escolher entre quatro ênfases. E, entre elas, eu escolhi um estágio em que eu ficaria na área de Saúde da Família. Então, foi o meu primeiro contato com a Saúde Coletiva. E eu gostei muito, gostei muito de atuar, de estar na unidade, de poder ir até a casa das pessoas, (...) E foi nesse momento que eu comecei a me interessar e que eu comecei a vislumbrar fazer a residência.

Então, eu trabalhava na proteção social básica, e também tem uma carinha, um pouco, de Saúde da Família; é muito ligada ao território. E eu já me identifiquei muito. E a gente tinha... Eu trabalhava com crianças, e a gente tinha muito contato com Estratégia de Saúde da Família também. Aí eu decidi prestar residência com o intuito mesmo de aprofundar mais na área da saúde.

Aí eu fui descobrindo também, ao longo da graduação, coisas que eu me identificava mais, coisas que faziam E aqui mais sentido com os conteúdos teóricos que a gente vinha aprendendo com a formação pautada no SUS. Então, eu acho que foi assim que eu acabei me identificando mais com a saúde pública, com saúde coletiva, que veio mais no fim do curso da graduação, assim, e eu me encaixei mais ali, nesse sentido. O que fez mais me interessar também pela residência e seguir nessa área.

Através das percepções dos residentes sobre suas experiências acadêmicas na graduação, foi possível destacar os distintos posicionamentos das IES na organização do currículo no que tange a EIP. Em relação às residentes enfermeiras, evidenciou-se o desconforto diante de propostas interprofissionais, em particular com a medicina, no início de seus cursos, onde compreendem, mesmo que tardiamente, a importância desse tipo de proposta. Por outro lado, os representantes das demais profissões, apresentam percepções voltadas a ausência da interprofissionalidade em seus cursos, sendo suas experiências nessa linha, limitadas a atividades extracurriculares e estágios em outras IES.

3.3 A residência. Um espaço de luta, de construção.

Nessa categoria, trazemos as percepções dos residentes sobre suas experiências na residência, revelando um percurso formativo permeado por desafios e frustrações com o programa, mas que de uma forma ou de outra, parece ter oportunizado aprendizados significativos e a construção de competências necessárias para o trabalho em equipe no âmbito da APS.

Nas falas abaixo, os residentes revelam um sentimento de frustração com a organização das atividades da residência, onde tinham dificuldade em localizar a intencionalidade e os objetivos pedagógicos do que era proposto no campo prático, além de perceberem um esvaziamento de momentos e discussões interprofissionais, e de um aporte teórico coerente com o programa.

Então, um lugar que pra mim seria óbvio que tudo isso aconteceria (a interprofissionalidade), e não que a gente teria que brigar tanto pra estar junto, pra poder conversar, pra poder falar com as outras áreas (profissões), pra poder se ver todo mundo. Então já me quebrou um pouco assim as expectativas (...) obviamente foi possível, mas eu acho que, pra mim, ficou muito a desejar em muitos sentidos. Eu tinha muito mais expectativas em relação ao trabalho interprofissional.

Então, no primeiro ano, a gente estava com muito gás, e eu sentia muita vontade de fazer as coisas. E aí a gente era podado e cortado de todos os lados possíveis. (...)E aí, no segundo ano, começou um negócio que eu sentia que, pra coordenação e pra preceptoria, era assim: “Olha, vocês podem”, mas somente quando era conveniente para eles (...) Então, eu sentia que as coisas (...um suspiro...) ninguém estava falando a mesma língua, inclusive a coordenação. Foi o que mais me frustrou na residência em geral.

Bom, pra mim, foi um período de muito amadurecimento, mas foi muito frustrante, desde as primeiras semanas, a residência. Por diversos motivos. Nossa, eu não sei por onde começar falando (risos). Primeiro, a parte teórica. Eu senti que faltou muito pra gente sair como especialista em saúde da família. Então a gente foi pro campo, desde o início, numa coisa muito solta. Eu cheguei... Eu não sabia exatamente qual era o meu papel ali.

Diante dessas percepções negativas dos residentes em relação ao programa, entendemos ser necessário, antes de prosseguirmos com a apresentação dos resultados, um aparte. Precisamos fazer aqui, como nos permite a metodologia qualitativa, uma certa inferência, de que as expectativas dos estudantes que buscam um programa de residência multiprofissional, possa ser um tanto elevada, e talvez, não condizente com a realidade histórica destes dispositivos de formação, e de seus cenários de prática. Nessa direção, trazemos Silva e Dalbello-Araújo (2019), que em uma revisão bibliográfica de 25 artigos publicados entre os anos de 2010 e 2015 sobre as RMS no país, apontam que as referidas produções confirmam a

hegemonia do modelo biomédico e a precarização das condições de trabalho nos serviços de saúde, que tensionam as relações dos residentes com os demais trabalhadores e com as coordenações dos programas, produzindo diversos questionamentos sobre suas formações e atuações nos serviços de saúde.

Outro ponto que podemos destacar nas falas, é a percepção dos residentes sobre a carência de atividades no programa que tenham um propósito pedagógico claro de desenvolver a colaboração interprofissional, e de que essa dimensão do aprendizado, só acontecia, quando eles, residentes, buscavam desenvolver autonomamente atividades colaborativas em seus campos de atuação. A intencionalidade, como apontam Da Costa et al. (2019), é aspecto propositivo fundamental em projetos educacionais que visem a aquisição de competências colaborativas, o que, pelas percepções dos residentes, parece ter sido uma fragilidade importante no programa de RMSF. E como colocam os autores,

Oportunidades de aprendizagem entre estudantes ou profissionais de diferentes categorias devem ser potencializadas por estratégias intencionalmente planejadas para que a colaboração substitua a tradicional competição existente na formação e no trabalho em saúde.

Abaixo, trazemos mais percepções dos residentes sobre as fragilidades do programa, onde também parecem alcançar um entendimento mais amplo sobre os constrangimentos político-estruturais sofridos pelo programa de RMSF e pelos serviços de saúde, assim como da corresponsabilização deles, residentes, na produção de seus percursos formativos.

E também tem a gente, né? a nossa falta de cultura, inclusive, enquanto... acho até de ser brasileiro, assim. Uma falta de cultura da gente se organizar, de fato, conseguir reivindicar mudanças. Então, assim, são vários aspectos: um pouco a gente; um pouco a gestão; um pouco o serviço. Eu acho que é um pouco de tudo. E aí vai ficando todo mundo meio cansado mesmo. Chega uma hora que você, sei lá, só quer que acabe mesmo.

E eu me sentia muito largada nos espaços. Às vezes, tinha estágio que eu sabia que eu estava ali só pra cumprir horas, assim, sabe; não fazia o menor sentido. Aí, na hora que eu começava a construir um sentido para aquele espaço, eu era tirada dali sem nenhuma justificativa. Então são coisas que são construídas assim distante de nós, e não são faladas com a gente. Então, deixam de ter sentido.

Porque eu sinto assim: é um programa que não está estruturado, de fato. A gente não tem pessoas, inclusive, sendo até remuneradas adequadamente ou que tenham uma carga horária disponível, de fato, pra atuar, trabalhar, coordenar, fazer a gestão da residência. Então, não tem alguém ali que está, de fato, implicado no processo, na nossa formação.

As falas dos residentes acerca das fragilidades do programa, além de demonstrarem as ausências de sentido e intencionalidade em muitas das atividades da residência, corroboram

com os achados dos autores já citados, Silva e Dalbello-Araújo (2019), que apontam para as dificuldades e estrangulamentos estruturais dos programas de residência e dos serviços de saúde, onde destacamos, aqui, a cada vez mais frequente precarização das relações de trabalho no setor, assim como a falta de uma política eficiente de incentivo para o desempenho das funções de preceptor e tutoria nos programas. Outros pontos em comum com as falas dos residentes, apresentados no artigo, são as questões relativas à organização e funcionamento dos programas, como a dificuldade de se realizar ações coletivas, bem como as relações quase sempre hierarquizadas nas preceptorias.

A despeito de todas as dificuldades percebidas, os residentes entendem que a residência oportunizou experiências interprofissionais exitosas e aprendizados significativos, inclusive em momentos e atividades que inicialmente consideravam destituídos de sentido. Nas falas abaixo trazemos suas percepções sobre esses momentos e o quanto os aprendizados foram, e continuam sendo, importantes para suas caminhadas profissionais.

E aí eu lembro que a nutri, que era da minha turma, a psicóloga e a assistente social, que eram minha R2, elas perguntavam, né: “mas você questionou sobre tal coisa?” “o que você acha disso?”. Então, tinha muita coisa que eu ficava: “meu Deus, eu nem pensei”. Então eu acho que as coisas se complementam assim. A dificuldade era realmente você saber o que tinha que fazer. E aí o maior aprendizado é você ter esses novos olhares, né, porque as coisas que a assistente social me apontava eu nunca tinha pensado. Então eu acho que vai nesse sentido. (...) Eu acho que é justamente a gente sair um pouco da nossa caixinha, né. E aí a gente aprende com o outro o tempo inteiro.

Partindo desse conceito (de Educação Interprofissional), eu acho que na minha residência inteira eu trago experiências exitosas. (...) Então, aprendi a fazer grupo na residência, junto com outras pessoas aqui e outros profissionais; aprendi sobre SUS; aprendi sobre saúde, sobre o cuidado humanizado. (...) Os agentes comunitários me ensinaram muito, as técnicas de enfermagem também. Sempre aprendendo (...) com residentes de outros programas também, com alunos que passavam por lá também. Então, nesse sentido de aprendizado com outros profissionais e com outras áreas, na residência inteira, eu não parei de aprender.”

Eu acho engraçado pensar isso, eu concordo com o (nome omitido) quando ele fala que foi a residência toda a gente aprendendo. Eu acho que até nos cenários que a gente não se sentia tão, que não via tanto sentido nesses cenários, ainda assim, a gente estava aprendendo.

Nas falas dos residentes identificamos não só a aprendizagem de conhecimentos teóricos, suas percepções apontam principalmente para o aprendizado de diversas habilidades e atitudes diretamente relacionadas às práticas em saúde no contexto da AB. Com o objetivo de iluminar essa questão, trazemos Nascimento e Oliveira (2010), que propõem em seu estudo a construção de um perfil de competências que visam orientar a formação profissional na RMSF.

As autoras, através da análise qualitativa de vasto material oriundo de entrevistas com preceptores e demais trabalhadores que integram as equipes nos serviços que recebem residentes multiprofissionais, chegaram a uma série de competências, organizadas em áreas de domínios, que podem ser consideradas atributos essenciais para o trabalho em saúde no cenário da ESF. Dentre esses domínios, destacamos o do *“Trabalho em Equipe”*, que as autoras consideram:

(...) uma diretriz importante para a reorganização do processo de trabalho na ESF, tendo em vista as múltiplas e complexas necessidades da população. Somente o trabalho interdisciplinar, com foco na integralidade da atenção e na resolubilidade das ações em saúde, é capaz de fazer frente aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença vivenciados pelos indivíduos, famílias e grupos sociais.

Acerca dessa importante dimensão do trabalho em saúde, o artigo sintetiza quais seriam as habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelos residentes, que possibilitariam a efetivação de um trabalho em saúde mais colaborativo e, portanto, mais resolutivo frente às complexas demandas em saúde presentes nos cenários da ESF: “Trabalhar em equipe, discutir casos e o plano de cuidados; Reconhecer o saber dos profissionais da equipe e valorizar seus conhecimentos e opiniões; Estar aberto para “trocar” com outros profissionais e para agregar pessoas; Exercer liderança, sem autoritarismo”

Nesse sentido, apresentamos as percepções de uma residente enfermeira, que demonstram o aprendizado de competências relacionadas ao trabalho em equipe na residência, que atualmente contribuem significativamente em sua prática profissional na área da saúde.

Hoje eu trabalho com uma equipe multi gigantesca, e eu me vi trabalhando com uma fono (fonoaudióloga). E eu fiquei: “o que que a fono faz num hospital?”. Eu não sabia. Agora, por conta da residência, por aprender a me colocar nas reuniões, aprender a discutir casos, hoje eu consigo discutir casos com a fono, e agora eu sei o papel da fono. Então, a residência trouxe (...) é sobre aprender a aprender, eu acho. É uma potência muito grande.

Assim como na graduação, a interprofissionalidade e os dispositivos teórico-práticos do SUS, como a integralidade e o cuidado centrado no paciente, se mostraram valores centrais para os residentes, norteados suas práticas e suas lutas durante a residência. Abaixo, trazemos as falas que demonstram o protagonismo dos residentes na construção de suas formações e na busca por uma assistência qualificada aos usuários.

Eu acho que, assim, a potência da residência, na minha visão, nessa residência especificamente, nesse programa, é o residente, sem sombra de dúvidas. Assim, o que a gente tinha de mais rico era essa troca, esse contato com os residentes. Foi onde eu mais tive oportunidade de aprender.

Eu não sei se cabe, mas uma coisa que eu sinto falta, agora, estando no mundo do trabalho, era que na residência a gente agilizava muita coisa. E aí eu falo

não na questão de o profissional, mas para o paciente, para o usuário, para a família. Então, eu sentia que a gente agilizava muito. Eu não sei como funcionava em outras unidades, mas na unidade que eu estava, tinha uma demanda que “nossa, eu não sei resolver”, na hora, eu já chamava outros residentes e a gente conseguia fazer alguma coisa assim mais ágil, sabe.

Eu acho que uma experiência que me marcou muito no segundo ano foi o NASF II (Equipe autônoma de residentes organizados como Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Era pra gente construir um laço independente, e mesmo no contexto da pandemia, a gente quis encarar isso, mesmo com todas as mudanças. E foi um espaço que eu acho que, como grupo, a gente se fortaleceu muito, de capacitar-se um auxiliando o outro, e encarar vários desafios juntos. Acho que foi a experiência que mais me marcou no segundo ano de residência.

Com essas falas, finalizamos essa categoria temática que apresentou as percepções dos residentes acerca das fragilidades e potencialidades da residência no que diz respeito à interprofissionalidade e às práticas colaborativas nos ambientes de prática. As falas demonstram que os residentes consideram o programa frágil em relação a sua organização, onde referem pouco incentivo para a realização de atividades coletivas e colaborativas, e aporte teórico insuficiente, mas paradoxalmente, consideram que o período da residência proporcionou experiências e aprendizados significativos, especialmente em se tratando de competências essenciais para a efetivação do cuidado integral nos cenários do SUS. Diante dessas contradições nas percepções dos residentes, precisamos evitar explicações reducionistas e simplificadoras que incorram numa visão única do fenômeno, que no nosso caso, seria uma residência fragilizada e desorganizada, que só se efetivaria a partir do protagonismo de seus residentes. O fato é, que, diversos são os atravessamentos e constrangimentos que ocorrem no percurso formativo das RMSF, e o que essa categoria apontou nas falas dos residentes é justamente essa complexidade.

Na próxima categoria, nos aprofundaremos na singularidade dessa turma, que atravessou, e foi atravessada, pelo contexto da pandemia no decorrer de seu percurso formativo.

3.4 Atravessados pela pandemia

Nessa categoria temática, trazemos as percepções dos residentes sobre os atravessamentos da pandemia da COVID-19 em suas formações. Suas falas apontam para prejuízos formativos diante dos enormes desafios impostos pelo novo contexto, com algumas particularidades para os diferentes núcleos profissionais.

Nas falas abaixo, podemos localizar essas percepções dos residentes, onde consideram ter havido uma dificuldade por parte do programa em reorganizar as atividades à medida em que a pandemia se prolongava.

Eu dei uma boa afastada, como se tivesse virado uma chavinha do botão da residência, desligou por um tempo, principalmente no início (...) eu senti a coordenação ainda mais distante, obviamente estava todo mundo muito perdido com a situação, mas ficamos sem esse norte da coordenação pelo menos (...) acho que a gente ficou sem se ver também, menos ainda (...) então para mim descaracterizou muito a residência, eu me vi num outro papel, mais como trabalhadora mesmo.

Eu acho que ninguém sabia lidar no começo, mas não houve retorno, não houve volta, ficou muito perdido.

Perdeu totalmente o contato com outros residentes. A gente via os residentes que eram da nossa unidade, poucas vezes (...), mas assim, como a Joana disse, descaracterizou muito a residência, perdeu o sentido de residência multi. Era realmente um trabalho, um trabalho, não era mais especialização.

As falas dos residentes, além de evidenciarem uma desarticulação do programa na pandemia, apontam para uma questão que não é exclusiva deste contexto, mas certamente foi acentuada pelo cenário de emergência sanitária, que é o papel do residente de aluno-trabalhador. Na percepção dos residentes, o caráter emergencial da pandemia parece ter lhes deslocado para mais próximo do segundo pólo, deixando os aspectos formativos, ainda mais, em segundo plano. Em suas falas, os residentes parecem compreender a necessidade desse deslocamento diante de uma convocação ao enfrentamento da pandemia, mas entendem que num segundo momento poderia ter havido uma reorganização de suas atividades, considerando o novo cenário, mas também preservando as especificidades da formação e de seus saberes profissionais.

Nesse sentido, o que deveria ser a grande potência deste modelo formativo, o encontro do “mundo do ensino” com o “mundo de trabalho”, parece ser uma dimensão não totalmente efetivada no programa de RMSF, especialmente no contexto da pandemia. Esse encontro se daria pela integração ensino-serviço, que como coloca Rodrigues (2016, p 76), “(...) é compreendido pelo trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado envolvendo residentes, docentes e trabalhadores que integram as equipes.”

Aprofundando na temática da integração ensino-serviço na formação dos residentes multiprofissionais, trazemos Mello et al. (2018), que investiga essa dimensão a partir de um estudo qualitativo com docentes ligados a um programa de RMS. No artigo, os autores exploram a inserção dos residentes nos serviços de saúde, e evidenciam o papel central desses

sujeitos na reorganização dos serviços e na melhora da qualidade assistencial, apresentando também os principais obstáculos para essa efetivação, como a escassez de recursos humanos e a provisoriedade desses sujeitos nos cenários de prática, o que acaba por dificultar a integração com os trabalhadores e a efetivação do trabalho coletivo. Dessa forma, entendemos que as dificuldades apresentadas pelos residentes no contexto da pandemia, guardam relação com contingências estruturais mais amplas, anteriores ao período de emergência e que também transcendem o cenário local.

Abaixo, seguimos explorando os atravessamentos da pandemia nas atividades dos residentes, onde em suas falas, aprofundam suas percepções sobre as dificuldades e prejuízos trazidos pelo novo cenário, e nos apresentam as particularidades desta experiência a partir dos distintos núcleos profissionais que representam.

Eu acho que me vi muito mais mesmo no lugar de profissional do que de formação. Uma situação de emergência, que realmente precisava do meu trabalho enquanto enfermeira, enquanto profissional de saúde, mas que depois não foi se resgatando, assim, a residência. Eu acho que pra mim se perdeu muito. Residente Enfermagem

(...) nós (R2) perdemos também; a gente tinha conseguido um encontro toda segunda-feira, que era algo que a gente vinha lutando muito pra conseguir, então a gente perdeu isso, e cada um ficou na sua unidade, no seu “cantinho”. A gente perdeu a escola (estágio no programa Escola da Família); a gente perdeu momentos em que nos reuníamos. Embora a residência não tenha parado em nenhum momento, eu acho que foi muito esse movimento que a Joana contou, da gente ter ficado, mesmo, mais individual. Residente Enfermagem

Sendo psicólogo, eu senti bastante uma cisão ainda maior, uma fragmentação ainda maior dos Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), dos enfermeiros e dentistas, porque parece que o discurso biomédico ficou muito mais fortalecido durante a pandemia. Com razão em algum sentido, devido à crise sanitária e tudo mais. Por outro lado, olhando pra parte da psicologia, a gente perdeu muito. A gente perdeu muito contato com os pacientes, eles não vinham mais (...) muitas unidades não tinham sala pra atender, e nas práticas interprofissionais parece que assim, os “bloquinhos de carta” que a gente estava construindo até então, parece que foi tudo para o chão, assim. Residente Psicologia

Nas falas acima, fica evidente que apesar dos distintos núcleos profissionais perceberem prejuízos nas atividades coletivas e interprofissionais, os relatos das residentes enfermeiras denotam que essa categoria foi solicitada a atuar na pandemia de forma individual, e dentro do escopo de atuação previsto para esse núcleo. Por outro lado, assim como o residente psicólogo, que percebe na pandemia um maior distanciamento entre as categorias profissionais, com uma desvalorização das profissões menos aderentes ao discurso biomédico, a residente nutricionista,

também se percebe deslocada nos momentos iniciais e mais agudos da crise sanitária, tendo que atuar em atividades, ao seu ver, desqualificadas e destituídas de sentido. Abaixo, trazemos suas percepções sobre esse contexto.

A gente até estava até chamando ali, de alguma forma, de “linha de frente”, mas a gente não era de fato. Pelo menos eu vou falar em nome da nutrição aqui. A nutrição não era necessária na pandemia ali. Foram suspensos os atendimentos dos programáticos por um tempo, então não tinha demanda assim. Então, a gente ia pra unidade e, claro, numa perspectiva de tentar “vestir a camisa” e ajudar no que fosse preciso, mas aí era assim, “cortar mosquitinho”, sabe, ou ficar na porta, e também não de uma forma qualificada, era uma coisa meio fica na porta pra cumprir ali uma necessidade que às vezes também a gente não via muito sentido. A gente ficar na porta... atender telefone, umas coisas assim, que você fala: (pausa) “bom”. Enfim, só os residentes, os profissionais da unidade, não. Então era umas coisas meio (...) parece que cobrir buracos ali (...) e aí eu deixei de ser nutricionista por uns tempos. Então, eu já estava ficando angustiada, a ponto de falar: “E aí?”
Residente Nutrição

Para melhor compreender as falas dos residentes acerca dessas novas contingências em suas formações, precisamos contextualizar uma questão central na experiência desses sujeitos nos cenários de prática, que é o papel da APS no contexto da pandemia. Diante de seus atributos essenciais, o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, a APS, através de sua lógica assistencial familiar e comunitária, é lócus privilegiado para o enfrentamento da pandemia e de seus agravos à saúde da população (SARTI et al., 2020). Diversas ações, para além da atenção aos casos suspeitos/confirmados de Covid-19, são possíveis, e esperadas nesse cenário, onde a APS tem condições de atuar na elaboração de novas estratégias de promoção e prevenção em saúde (SILVEIRA, TEIXEIRA e BRANDÃO, 2022).

E assim, nesse contexto, como colocam Silveira, Teixeira e Brandão (2022, p.34):

As mudanças abruptas necessárias nas rotinas das instituições de saúde a partir da pandemia de Covid-19, inclusive na APS, trouxeram impactos para os profissionais de saúde atuantes nos serviços de saúde, assim como para os profissionais em processo de formação no SUS. A mudança da rotina habitual do trabalho que vinha sendo desenvolvido na APS proporcionou uma visão diferente da grade de ensino dos profissionais que estão em formação no SUS e trouxeram potencialidades e desafios para a formação multiprofissional.

Na fala abaixo, a residente enfermeira sintetiza sua leitura sobre o desempenho da residência multiprofissional na pandemia, onde considera que fragilidades anteriores ao período de emergência contribuíram para a desorganização do programa no novo contexto.

(...) porque o programa já estava fragilizado antes da pandemia. Se ele tivesse fortalecido, talvez não tivesse perdido tantas coisas.

Com o prolongamento da pandemia, algumas experiências exitosas surgem nos cenários de prática dos residentes. Na fala abaixo, a residente enfermeira percebe uma reorganização da

equipe em sua unidade, com avanços na integralidade do cuidado em casos mais complexos, que talvez, antes, ficariam inviabilizados pela normalização das demandas cotidianas do serviço.

(...) eu fui me inserindo na unidade cada vez mais. E aí a medida que ia passando e as rotinas iam se adaptando à pandemia, né (...) conseguíamos (equipe) ter um olhar mais integral para determinados casos que exigiam mais cuidado, em casos pontuais, eu acho. Mas a gente conseguiu ser mais Saúde da Família do que antes que era só tocar demanda, sabe. Mas mesmo assim, perdeu totalmente o contato com outros residentes.

A fala da residente denota a efetivação da dimensão integração ensino-serviço na repactuação das práticas da equipe ESF no novo cenário, e mesmo que não explicitamente, aponta para uma atuação interprofissional e colaborativa da equipe diante de casos mais complexos, onde localiza nos significantes “ter um olhar mais integral” e “ser mais Saúde da Família”, a assunção de uma identidade coletiva da equipe fundamentada em princípios norteadores do SUS e da ESF.

Outra experiência positiva encontrada nas falas dos residentes, foi o uso das tecnologias digitais no cenário da pandemia, que como apontam Medina et. al (2020), teve papel fundamental para a manutenção do cuidado na APS, onde recursos como o Whatsapp e outras ferramentas de comunicação online, possibilitaram a continuidade de diversas ações individuais e coletivas no contexto da emergência sanitária. Nesse sentido, a residente nutricionista considera o desenvolvimento de um grupo interprofissional on-line como uma experiência positiva no decorrer da pandemia, além de considerar o retorno das atividades presenciais com os colegas como um ponto de resgate do sentido da residência, contudo, considera que sua formação não se adequou às especificidades do seu núcleo profissional no contexto da pandemia.

Acho que tiveram algumas experiências que a gente depois se propôs a fazer. A gente se propôs a fazer um grupo on-line, por exemplo, que aí tinha psicologia e nutrição, por exemplo. E aí a gente foi tentando criar alguns espaços. E depois a experiência do “Nasf Residentes”, no segundo semestre, que aí deu aquele sabor novamente de residência. Então, eu acho que teve essa experiência. Mas, na minha visão, eu não senti que a minha formação, vamos dizer assim, se adequou para o contexto de pandemia.

A partir das falas dos residentes, podemos considerar que a pandemia trouxe muitos prejuízos para a formação destes sujeitos, e que apesar de relatarem algumas experiências positivas no cenário emergencial, no geral, esse período foi permeado por dificuldades e por um sentimento de abandono das dimensões formativas do programa.

3.5 Repensando o programa, olhando para a base.

Nessa categoria, trazemos as falas dos residentes onde, a partir de suas vivências dentro e fora do contexto de pandemia, sugerem melhorias para o programa de RMSF. Suas falas apontam principalmente para a necessidade de ampliar a participação dos discentes na construção da grade de atividades, e indicam um desejo por mais oportunidades de aprendizado interprofissional nas atividades práticas da residência.

Partindo de suas falas, apresentamos reflexões e proposições, com as quais intencionamos contribuir para a melhoria da qualidade deste, e de outros programas de RM. Destacamos, no entanto, que esse processo de inferência não significa uma avaliação do programa de residência, nem visa emitir qualquer tipo de juízo de valor sobre sua gestão, mas sim, como previsto nos objetivos deste trabalho, evidenciar as percepções de um grupo específico de sujeitos sobre suas experiências como residentes multiprofissionais, e discuti-las com a literatura. Abaixo, trazemos as falas em que os residentes sugerem mudanças em relação às atividades teóricas e práticas da residência:

Eu acho que uma coisa bacana seria essa construção coletiva aí da grade. Assim, pensando nos serviços disponíveis no município e no interesse dos residentes, o que faz sentido e o que não faz. E, pensando assim, em proporcionar momentos em que todo mundo trabalhe junto com todo mundo, né.

E também com certeza mudar a grade de aula. “Pelo amor de Deus”, não faz o menor sentido a gente ter aula de coisa hospitalar, sendo que a gente está estudando atenção primária.

Se a gente olhasse para o nome do programa, já ajudaria muito. Se a gente está formando profissionais pra saúde da família, por que será que eles têm que estar assistindo uma aula de catete hospitalar? Então eu acho que olhar pra essa base. E a gente vai olhar como pra essa base? Vai olhar junto? Vai olhar pra essa base criando espaços coletivos? Vai olhar pra essa base tendo comunicação igual com todos os membros da residência? (...) eu acho que a gente tem que pegar a base, porque em algum momento eu acho que a gente se perdeu até nisso.

As falas acima evidenciam nos residentes um desejo por mais autonomia na construção de seus percursos formativos, e por uma maior aproximação com as bases teóricas e conceituais da ESF. Nessa direção, entendemos que potencializar espaços de cogestão no programa pode, além de facilitar o processo de escolha e organização das atividades, também proporcionar aprendizados significativos no que diz respeito ao amadurecimento profissional, e aos exercícios da democracia e da cidadania.

Como coloca Campos (2000), desde a década de 1980, busca-se no país, fortalecer iniciativas e espaços de gestão coletiva e democrática na saúde, tensionando a máquina estatal em prol dos princípios norteadores do SUS. No âmbito dos programas de RMS, Palombini e Tschiedel (2017) nos apresentam a experiência do programa em Saúde Mental Coletiva ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que buscou problematizar sua organização, incorporando os princípios da cogestão em diferentes espaços do programa. Nesse sentido, as autoras nos trazem:

O exercício de cogestão a que nos propomos no âmbito da Residência conclama a coletividade que a compõe a esse esforço de compartilhamento e negociação entre diferentes pontos de vista. Tal exercício não é isento de tensões, contradições e paradoxos, num jogo de forças que coloca em cena ambas as lógicas – privatista e pública – de produção de saúde. Assim, a Residência se apresenta como experiência limite compartilhada entre os seus diversos atores – experiência limite que remete à própria sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, atravessado, como vimos, por esses mesmos tensionamentos. Possibilitar a travessia dessa experiência na sustentação dos princípios que a orientam é o desafio que nos cabe.

Em relação ao descontentamento com o conteúdo teórico na residência, e ainda trazendo um desejo por mais autonomia, a residente enfermeira nos apresenta suas percepções sobre a experiência positiva no estágio eletivo no município de Florianópolis-SC.

Eu acho que a (nome omitido) falou dessa questão de aula e eu lembrei que eu e (nome omitido) fizemos o estágio eletivo lá em floripa, e a gente teve a oportunidade de acompanhar um encontro lá de residentes. E lá eles tinham um espaço que os residentes não tinham preceptor, não tinha nenhum responsável, vamos dizer assim. E os residentes eles decidiam algum tema, alguma coisa que eles achavam que ia ser enriquecedor para prática deles, e aí eles mesmos iam atrás de alguém pra dar uma aula, pra conversar com eles sobre aquilo, alguém que fosse do assunto. E aí eles se organizavam.

Uma outra questão apontada pelos residentes, é a sua percepção de que a rotatividade da categoria profissional na coordenação da residência poderia produzir impactos positivos, trazendo olhares e estilos diferentes na condução do curso. O programa, por estar vinculado ao departamento de enfermagem da universidade, normalmente designa representantes desta categoria para sua gestão.

Assim, eu sugeriria mudar a profissão da coordenação de vez em quando. Tipo, um coordenador psicólogo, um coordenador nutricionista, um coordenador do serviço social, da gente ter mais variedade ali na coordenação, outros olhares. Acho que além de tudo que os colegas falaram, que eu concordo também, eu sugeriria essa rotatividade de profissão na coordenação.

Em relação à preceptoria e tutoria no programa de RMSF, trazemos as falas dos residentes, que evidenciam suas percepções quanto à necessidade de qualificação desses processos, além de apontarem a importância de se criar um espaço de tutoria de campo coletiva,

que supriria, pelo menos em parte, a exigência recorrente dos residentes por mais espaços coletivos e interprofissionais na residência.

E aí eu não sei como era para a enfermagem, que tende aí a nem sempre ter uma preceptoria qualificada, mas sempre tem uma preceptoria da área, né, no trabalho do núcleo específico, e a gente enquanto Nasf, não. Muitas vezes eu estava no serviço e não tinha uma nutri ali, não tinha alguém do meu núcleo. E, quando tinha, nem sempre são pessoas que estão ali com essa visão, com esse interesse, com esse desejo e com a compreensão do que é tanto a atuação do Nasf como fazer essa atuação com o residente. Residente Nutrição

(...) e também nesses cenários que a gente corre e passa, repensar alguns cenários, repensar a questão da preceptoria, repensar a questão da qualificação. Eu acho que tudo isso, assim. Eu acho que tem que reformular do zero o programa, de verdade. Eu acho que tem muita coisa pra pensar, só que tem que pensar junto com o residente, porque não adianta fazer lá e jogar para o residente cumprir porque não vai dar bom. Residente Enfermagem

Eu acho que uma tutoria de campo, uma tutoria coletiva com todos os residentes, que pudesse discutir casos, eu acho que ajudaria bastante, seria um bom primeiro passo. Residente Psicologia

Preceptores e tutores são profissionais da rede de assistência que compõem o corpo docente-assistencial nos programas de residência em saúde. E de forma complementar e sinérgica, espera-se que estes atores contribuam no aprendizado dos residentes em serviço, atuando na construção do perfil de competências e intencionando transformações nas práticas de cuidado, em uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença-intervenção-qualidade de vida. (CECCIM et. al, 2018).

Em relação à sugestão de uma tutoria de campo, apresentada pelo residente psicólogo, trazemos Parente (2008, p.51), que discorre sobre o papel do tutor junto a uma equipe de residentes multiprofissionais, com atuação central na organização do processo de trabalho nos cenários da ESF.

(...) a centralidade do fazer dos tutores está na facilitação da equipe multiprofissional, visando promover o diálogo entre os diversos saberes, que originariamente se encontram desarticulados, tendo como foco o território, a relação da equipe com o centro de saúde da família e com seus respectivos profissionais.(...) neste diálogo entre diferentes, o tutor tem o desafio de integrar os diferentes saberes (formações) na perspectiva de sistematizar um processo de trabalho em equipe que para além da mera acumulação de conhecimentos disciplinares possa integrá-los de tal forma a produzir um fazer verdadeiramente inter e trans-disciplinar.

Entendemos, portanto, que essa figura qualificada, teria condições de exercer papel central de subsidiária da interprofissionalidade no contexto da RMSF, atuando, em conjunto com os demais atores do corpo docente-assistencial, na construção de ambientes propícios à

aprendizagem interprofissional, e resguardando os preceitos da integralidade do cuidado e da responsabilidade sanitária nas atividades teórico-práticas da residência (PARENTE, 2008).

Em relação à pandemia, os residentes não elaboram propostas específicas sobre esse período, por outro lado, entendem que suas sugestões sobre a organização do programa se aplicariam, também, ao contexto de emergência sanitária.

Eu acho que tudo o que a gente disse se aplica também à pandemia, porque o programa já estava fragilizado antes da pandemia. Se ele tivesse fortalecido, talvez não tivesse perdido tantas coisas. Então, eu acho que (...) tudo é válido, a gente só tem que se adequar agora pra manter o básico que a pandemia exige, né. Mas acho que tudo que a gente comentou é válido.

Apesar dos desafios impostos pela pandemia ao cotidiano da residência, e da compreensível dificuldade de todos os seus atores em lidar com essas novas contingências, a fala do residente, denota uma percepção interessante de que uma residência fortalecida, e aqui complementamos, uma APS também fortalecida, estariam à altura de enfrentar os enormes desafios desse novo cenário. E como trazem Pires et al. (2019), a APS se caracteriza por apresentar um processo de trabalho complexo e desafiador, não pela dispensação de tecnologias de alto custo, mas por ter a sua base nas tecnologias leves do cuidado, e na complexidade das relações humanas estabelecidas nos ambientes das unidades de saúde e de seus territórios. Dessa forma, a APS pode ser considerada uma forma de produzir saúde, que a partir de sua multiplicidade humana e geográfica, manifesta toda sua potencialidade em cenários complexos e refratários a intervenções reducionistas, podendo, no contexto da pandemia, desempenhar papel de liderança no enfrentamento da nova doença e de suas consequências na vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou compreender as experiências de uma turma de residentes multiprofissionais em SF com a interprofissionalidade, partindo de uma investigação de suas primeiras experimentações com o tema ainda na graduação. Com esse ponto de partida, foi possível cartografar suas experiências com a EIP ao longo de suas trajetórias acadêmicas, sobrevoando o percurso da residência com um olhar atento às suas percepções enquanto sujeitos individuais e coletivos, com destaque para os atravessamentos da pandemia nesse cenário. Nesse caminho, foi possível evidenciar dificuldades de diversas ordens em seus percursos formativos, e correlacioná-las com contingências político-estruturais dos sistemas de formação em saúde e da gestão do SUS, especialmente da AB.

Na graduação, as experiências são distintas em relação a interprofissionalidade, onde no caso das representantes da enfermagem, apesar de entenderem como positiva a presença dessa abordagem em seus cursos, consideram a forma de inserção dessas propostas muitas vezes

precoces e abruptas, e sem o devido cuidado com as diferenças socioculturais dos discentes dos distintos cursos, especialmente no caso de atividades em conjunto com a medicina. No caso dos demais profissionais (Nutrição, Psicologia e Serviço Social), essas experiências se restringiram a atividades extracurriculares, já que seus cursos não traziam propostas interprofissionais em seus currículos.

Já na residência, apesar de haver um eixo comum de formação, onde os residentes de distintas profissões partilham atividades teóricas e práticas, fica evidente que as experiências formativas são muito diferentes, a depender do núcleo profissional que olhamos. Essa problemática perpassa pela dificuldade de se encontrar nos serviços preceptorial qualificada para todos os núcleos, e pelo histórico de cada profissão na saúde pública, que difere muito para cada categoria. Mas é comum, a percepção, de que ainda falte no programa mais estímulos às práticas colaborativas e interprofissionais, e uma maior coerência do currículo com as bases teóricas da Saúde da Família.

No entanto, apesar dos residentes apontarem muitas falhas na estrutura e organização do programa, estes, percebem, que a formação na residência possibilita aprendizados interprofissionais significativos, por permitir uma troca constante de conhecimentos teóricos e práticos entre os residentes, profissionais das equipes e demais educandos que passam pelos cenários de prática. Compreendem, que são eles, residentes, a grande força motriz da residência, não localizando, na grande maioria das vezes, a intencionalidade pedagógica por trás das atividades e demandas a eles endereçadas. Essa problemática, suscita-nos duas interpretações, não necessariamente excludentes, de que, por um lado, é parte indissociável desse tipo de formação em serviço, se deparar com inúmeros constrangimentos no seu percurso, inclusive os que recaem sobre as universidades e organização do programa, sendo também, esses constrangimentos, elementos centrais para o aprendizado que se dá na realidade dos serviços públicos brasileiros. Por outro lado, também sinalizam fragilidades específicas deste programa, especialmente relacionadas ao seu modelo organizacional e à qualidade da comunicação entre residentes, corpo discente-assistencial e a coordenação.

Essas fragilidades, na percepção dos residentes, são acentuadas com a chegada da pandemia, onde apesar de experiências exitosas pontuais, no geral, percebem um enfraquecimento das práticas interprofissionais e colaborativas, e uma não adequação de suas atividades para o novo contexto.

O estudo permitiu a compreensão de suas experiências com a interprofissionalidade ao longo de suas trajetórias acadêmicas, explorando também os atravessamentos da pandemia em seus cotidianos enquanto alunos-trabalhadores nos cenários de prática da APS. E, além de

responder aos objetivos propostos em sua idealização, a pesquisa ensejou uma dimensão singular e incomensurável, ao registrar memórias de jovens trabalhadores que vivenciaram o enfrentamento de uma emergência sanitária da magnitude da pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, e como forma de complementar o presente trabalho, que em relação a pandemia, se voltou mais para o seu atravessamento nas questões da interprofissionalidade em um programa de residência específico, trazemos Oyama (2022), que em seu estudo, explora os impactos da emergência sanitária no cotidiano de residentes médicos e multiprofissionais de diversos programas do interior do estado de São Paulo, que assim como os sujeitos do nosso estudo, enfrentaram o primeiro ano da pandemia como profissionais atuantes nos serviços de saúde. Nos resultados, o autor nos apresenta, além dos impactos na formação dos residentes, uma série de emoções e sentimentos dos sujeitos, como o medo diante da alta exposição ao vírus e escassez de EPIs, a solidão do distanciamento social, e uma sensação de impotência diante do desconhecido e das incertezas do cenário pandêmico. Questões relacionadas à desinformação, reorganização do processo de trabalho e (re)construção de uma identidade profissional no contexto da pandemia, também aparecem como elementos centrais nos conteúdos analisados.

Por fim, este estudo não pretende, a partir de experiências singulares de um pequeno grupo de sujeitos, generalizar os resultados no sentido de uma interpretação totalizante do fenômeno da interprofissionalidade no percurso formativo de residentes em saúde, bem como do atravessamento da pandemia nesse contexto, mas sim, ao explorar esse caminho único, contribuir para a construção de um olhar mais atento às singularidades dos indivíduos e aos inúmeros atravessamentos que se dão no âmbito das formações em serviço, em especial nos complexos cenários da APS.

REFERÊNCIAS

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020**, que recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. [publicação online]. Brasil; 2020. [acesso em 09 fev 2023]. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal**, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 03 de fev. 2023.

CÂMARA, Leandro Augusto Espósito. **Grupos de promoção à saúde na atenção primária: potencialidades e fragilidades do processo ensino-aprendizagem em um grupo de mudança de estilo de vida conduzido por residentes multiprofissionais**. Trabalho de conclusão de residência em saúde da família. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; RUIZ-MORENO, Lúcia. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lúcia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1325-1337, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739-1749, 2018.

COSTA, Marcelo Viana da et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1507-1510, 2018.

COSTA, Marcelo Viana da; AZEVEDO, George Dantas; VILAR, Maria José Pereira. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 64-76, 2019.

DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP open**, v. 4, n. 1, 2020.

FLOR, Taiana Brito Menêzes et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 921-936, 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática docente. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 25.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

GIOVANELLA, Ligia et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 895-901, 2020.

KITZINGER, Celia. Developing feminist conversation analysis: A response to Wowk. **Human Studies**, v. 31, p. 179-208, 2008.

MATTINGLY, Cheryl; GARRO, Linda C. (Ed.). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Univ of California Press, 2000.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

MELLO, Amanda Lemos et al. Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n. 2, p. 2-11, 2011.

MINAYO, MCS., ASSIS, SG., and SOUZA, ER. orgs. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais [online]. Salvador: **EDUFBA**; Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2005.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 435-439, 2006.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais eo processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, p. 43-59, 2008.

OPAS. Histórico da Pandemia de COVID 19. **Brasília-DF**, 2021. Acesso em 12 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

OYAMA, Ricardo Massuda. **Residências em saúde na pandemia de Covid-19 : experiências e vivências de residentes médicos e multiprofissionais em uma instituição do interior de São Paulo**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS-E-book interativo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PALOMBINI, Analice de Lima; TSCHIEDEL, Rosemarie Gärtner. Aprender a gerir um programa de residência multiprofissional: a cogestão na formação para o sistema único de saúde. Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes. 1. ed. Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2017. p. 191-210, 2017.

PARENTE, José Reginaldo Feijão. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, 2008.

PARMET, Wendy E.; SINHA, Michael S. Covid-19—the law and limits of quarantine. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 15, p. e28, 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 185-197, 2016.

REEVES, Scott et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

RODRIGUES, Terezinha De Fátima. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. **Serviço Social e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 71-82, 2016.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020166, 2020.

SCHRÖEDER, Christine da Silva; KLERING, Luis Roque. On-line focus group: uma possibilidade para qualitativa em administração. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 7, nº 2, artigo 7, p. 332-348, 2009.

SILVA, Cinthia Alves da; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1240-1258, 2020.

SILVEIRA, Tayllany Zimmerer; TEIXEIRA, Mirna Barros; BRANDÃO, Ana Laura Brandão. O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: potência e desafios da formação Multiprofissional. In: TEIXEIRA, Mirna Barros; BRANDÃO, Ana Laura; CASANOVA, Angela. Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família. Porto Alegre: **Editora Rede Unida**, p. 33-51, 2022.

TORRES, Rafael Bruno Silva et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRINDADE, Rafael. Espinosa e os bons encontros. **Razão Inadequada**, 2022. Disponível em: < <https://razaoinadequada.com/2022/09/15/espinosa-e-os-bons-encontros/> >. Acesso em: 03 fev. 2023.

TRINDADE, Rafael. Nietzsche-Vivência. **Razão Inadequada**, 2017. Disponível em: < <https://razaoinadequada.com/2017/03/22/nietzsche-vivencia/> >. Acesso em: 03 fev. 2023.

VENDRUSCOLO, Carine et al. “PET-Saúde” Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 275-287, 2020.

APÊNDICE A

Roteiro Grupo Focal – Residentes

Preparação do grupo: Solicitar autorização para gravação.

Netiqueta: Orientações e contrato sobre a participação na videoconferência.

1 - Rodada de apresentação. Os participantes se apresentam com o nome, idade, profissão, um pouco de sua trajetória pessoal e profissional. Diga uma característica sua que você acha que mais te representa.

2 - Sobre a graduação de vocês? (onde foi, como foi) Havia disciplinas ou atividades com alunos de outros cursos? Quais os principais aprendizados dessas experiências?

3- E no período entre a graduação e a residência, vocês chegaram a atuar profissionalmente em equipe multiprofissional? Como foi? Havia colaboração entre os profissionais?

4 - E chegando na residência, como foi compartilhar sua formação com residentes de outras profissões? Como se dá essa atuação com profissionais de outras áreas nas atividades da residência (residentes e profissionais)? No que você acha que a sua profissão mais contribuiu para o trabalho multiprofissional?

5 - Essas experiências compartilhadas entre as diversas profissões na residência, era o que vocês esperavam? Qual era a expectativa de vocês quando entraram no programa?

6 - Agora, antes de continuarmos a discussão sobre o percurso de vocês na residência, gostaríamos de trazer conceitos e falas acerca da Interprofissionalidade,

O conceito de Educação Interprofissional: *“Ocasões em que os membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços”* (CAIPE, 2002).

Partindo do conceito de interprofissionalidade, em que momentos e atividades na residência vocês acreditam ter alcançado essa prática interprofissional e colaborativa? Poderiam compartilhar uma dessas experiências? Por outro lado, em que momentos perceberam que as atividades se afastaram desses conceitos? Poderiam trazer um exemplo?

7 - Agora, pensando na Pandemia da Covid-19. Grande parte da residência de vocês aconteceu durante a pandemia. Como foi a experiência de ser residente multiprofissional nesse contexto? Como foram realizadas as atividades? Que mudanças a pandemia impôs no papel de vocês na atenção primária? Que dificuldades vocês vivenciaram?

8 - E nesse contexto, como ficou a questão da interprofissionalidade na formação de vocês, principalmente no que se refere às práticas colaborativas e à integralidade do cuidado? Elas aconteceram? De que forma?

9 - Com o prolongamento da pandemia, a residência e os serviços conseguiram desenvolver alguma estratégia para diminuir os prejuízos no processo de ensino e aprendizagem? Os tutores e preceptores tiveram algum papel nesse processo?

10 - Vocês teriam sugestões para melhorar o aprendizado e o trabalho interprofissional na residência multiprofissional? E no contexto da pandemia?

11 - Diga uma palavra que expresse sua experiência como residente.