



Organizador:
Cleiton Charles da Silva

PRÁTICAS DE SAÚDE NO COTIDIANO:
EDUCAÇÃO E CUIDADO

1ª EDIÇÃO, VOLUME 1, 2025

Editora Cognitu

ISBN
978-65-83818-13-3

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser utilizada sem autorização.



Copyright © 2025 por by Editora Cognitus

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Silva, Cleiton Charles da
Práticas de saúde no cotidiano [livro
eletrônico] : educação e cuidado / Cleiton Charles
da Silva. -- 1. ed. -- Barra de Santa Rosa, PB :
Editora Cognitus, 2025.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-83818-13-3

1. Atenção Primária à Saúde 2. Cuidados de saúde

3. Educação em saúde 4. Saúde - Promoção 5. Sistema
Único de Saúde (Brasil) I. Título.

25-300289.0

CDD-616.0252

Índices para catálogo sistemático:

1. Atenção Primária à Saúde : Diretrizes práticas

Medicina 616.0252

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Editora Cognitus - CNPJ: 57.658.906/0001-15

E-mail: contato@editoracognitus.com.br

Site: www.editoracognitus.com.br

Publique seu livro com a Editora Cognitus.

Para mais informações enviem e-mail para
contato@editoracognitus.com.br

APRESENTAÇÃO

Este livro reúne experiências, reflexões e análises produzidas por profissionais e pesquisadores comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o fortalecimento da atenção primária à saúde como espaço privilegiado de cuidado, formação e transformação social. Os capítulos que compõem esta obra são frutos de investigações qualitativas, relatos de experiência e estudos aplicados que atravessam temáticas atuais e relevantes.

A diversidade de temas abordados revela um ponto em comum: o compromisso com o cuidado integral e humanizado, orientado pelas necessidades dos usuários e pela construção de práticas interdisciplinares e territorializadas. Os textos dialogam com os princípios da saúde coletiva, enfatizando a importância da escuta qualificada, do vínculo, da corresponsabilidade e da formação crítica dos trabalhadores da saúde.

Destaca-se, ainda, a centralidade da educação permanente em saúde como eixo articulador entre o saber e o fazer no cotidiano dos serviços. A partir da experiência das residências multiprofissionais e da atuação direta nos territórios, os autores evidenciam que a formação em serviço é, ao mesmo tempo, espaço de aprendizado, de enfrentamento de desafios concretos e de construção de novas possibilidades de cuidado.

Ao trazer à tona vozes que emergem do campo da prática e da reflexão crítica, esta obra convida gestores, trabalhadores, estudantes e pesquisadores a (re)pensarem suas atuações a partir de uma perspectiva ética, comprometida com a equidade, a integralidade e a defesa do SUS. Mais do que um compilado de textos, este livro constitui uma contribuição significativa para o fortalecimento da saúde pública brasileira e para o avanço das políticas de formação e cuidado no país.

Cleiton Charles da Silva
Fisioterapeuta Sanitarista Mestre em
Saúde da Família

SUMÁRIO

Capítulo

01

A Educação Permanente no Cotidiano dos Serviços: Reflexões a Partir da
Residência em Saúde

1

Capítulo

02

Programa de Cessação do Tabagismo em uma Capital Brasileira: Percepção
dos Profissionais e Usuários

17

Capítulo

03

Educação Permanente Em Saúde: Estratégia Formativa Nas Residências Em
Saúde

32

SUMÁRIO

Capítulo

04

O Cuidado Pré-Natal do Parceiro na Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência

48

Capítulo

05

Interiorização da Residência em Saúde: Perspectivas dos Residentes a Luz Da Educação Permanente em Saúde

58

1

Capítulo 1

**A Educação Permanente no
Cotidiano dos Serviços:**
Reflexões a Partir da
Residência em Saúde

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS: REFLEXÕES
A PARTIR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

**CONTINUING EDUCATION IN THE DAILY PRACTICE OF HEALTH
SERVICES: REFLECTIONS FROM A HEALTH RESIDENCY PROGRAM**

Cleiton Charles da Silva

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa - Paraíba orcid.org/0000-0002-1207-2947
cleiton.charles@hotmail.com

Luana Rodrigues de Almeida

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa - Paraíba orcid.org/0000-0003-1365-8912
luana.almeida2@academico.ufpb.br

Eduardo Bezerra de Almeida

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB Campina Grande -
Paraíba orcid.org/0009-0007-0196-8805
eduardo_almeida17@outlook.com

Roseane Araújo Costa Ferreira

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB Campina Grande -
Paraíba orcid.org/0009-0007-2434-4448
roseaneacferreira@hotmail.com

Francisca Nariane Vale de Sousa

Universidade Norte do Paraná– UNOPAR Nova Russas- Ceará
orcid.org/0009-0006-0458-1369
franciscanariane@gmail.com

Regina Célia Gonçalves de Andrade Faculdade Santa
Emília de Rodat

João Pessoa - Paraíba orcid.org/0009-0003-2540-3156
reginacgandrade@gmail.com

Rita de Cássia Muniz Cunha

Universidade Potiguar - UnP
Nata – Rio Grande do Norte
orcid.org/0009-0009-0119-8438
ritadecassia_rn@hotmail.com

Maura Roberta Guilherme de Lima Luduvico

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Natal - Rio Grande do Norte
orcid.org/0000-0003-3730-1416
maurargll@gmail.com

Henrique de Almeida Veras

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0000-0001-6603-2011
henriquepb@hotmail.com

Ravena de Farias

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande – Paraíba
orcid.org/0009-0004-2255-5792
ravena.farias81@gmail.com

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo de aprendizagem no trabalho que visa à transformação das práticas por meio da problematização e da reflexão crítica. A Residência em Saúde (RS) constitui um dos eixos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), promovendo a formação integrada e centrada no cuidado multiprofissional. Este estudo teve como objetivo compreender a EPS no contexto formativo de dois programas de residência no sertão paraibano. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com nove participantes — residentes do segundo ano e recém-egressos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e de Medicina de Família e Comunidade. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo. A análise seguiu a abordagem de conteúdo de Bardin, na modalidade categorial temática. Os resultados indicam que os residentes reconhecem a EPS como uma ferramenta potente para modificar o processo de trabalho, embora identifiquem dificuldades na sua incorporação à rotina dos serviços. O estudo também aponta para a necessidade de fortalecimento dos programas, com garantias de condições adequadas de formação. Ressalta-se como limitação o contexto da pandemia de COVID-19 e a importância de novas investigações sobre o tema.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública; Residência Médica; Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

Permanent Health Education (PHE) is a work-based learning process aimed at transforming professional practices through problematization and critical reflection. Health Residency (HR) is one of the key strategies of the National Policy on Permanent Health Education (PNEPS), promoting integrated and multiprofessional training centered on comprehensive care. This study aimed to understand PHE within the training context of two residency programs in the hinterlands of Paraíba, Brazil. It is a qualitative, exploratory, and descriptive

study, conducted with nine participants — second-year residents and recent graduates from the Multiprofessional Residency Program in Collective Health and the Family and Community Medicine Residency Program. Data collection involved semi-structured interviews and field diary records. The material was analyzed using Bardin's content analysis in the thematic category modality. Results show that residents perceive PHE as a powerful tool for transforming work processes, though they report challenges in incorporating it into daily routines. The study also highlights the need to strengthen residency programs by ensuring adequate training conditions and avoiding their reduction to merely assistential roles. A key limitation was the context of the COVID-19 pandemic. Further research is recommended to deepen understanding and improve the implementation of PHE in health training.

Keywords: Health Human Resources Training; Public Health Professional Education; Medical Residency; Multiprofessional Residency.

1. Introdução

A formação profissional em saúde tem sido compreendida como elemento central na qualificação da assistência à população. A expansão do sistema de saúde brasileiro, especialmente a partir da década de 1970, evidenciou a necessidade de consolidar uma força de trabalho apta a atuar nesse campo. Tal contexto impulsionou a criação de diversos programas formativos, que buscaram estabelecer propostas político-pedagógicas voltadas à integração entre ensino e serviços de saúde (Cardoso *et al.*, 2017).

No entanto, ao analisar os processos formativos das graduações em saúde, observam-se desafios persistentes, como a fragmentação do ensino, a dicotomia entre teoria e prática, a predominância de uma abordagem biologicista e hospitalocêntrica, o papel passivo do estudante e a centralidade do docente como mero transmissor de conhecimento. Além disso, há um distanciamento entre os currículos e as reais necessidades da população, assim como um afastamento da lógica do trabalho no SUS. Historicamente, a formação tem priorizado competências a partir de uma perspectiva uniprofissional, vinculando a produção do cuidado exclusivamente ao espaço técnico (Batista *et al.*, 2018). Adicionalmente, os conteúdos com abordagem socioantropológica são frequentemente negligenciados, em decorrência da influência do modelo Flexneriano, que privilegiou uma formação centrada na doença, de cunho técnico, individualizado e mecanicista. Como resultado, muitos egressos dos

cursos da área da saúde ingressam no mercado de trabalho sem domínio conceitual ou prático sobre promoção da saúde (Emmi *et al.*, 2018).

Para Bispo Júnior e Moreira (2017), a formação da força de trabalho em saúde ainda representa um dos principais desafios do sistema. A predominância de uma estrutura baseada em disciplinas isoladas e no saber biomédico contribui para a formação de técnicos operacionais, pouco comprometidos com as políticas públicas e com transformações sociais necessárias à garantia de melhores condições de saúde. Assim, é comum que os profissionais formados a partir desse modelo, tendam a não conhecerem ou até mesmo, desenvolvem aversão ao SUS.

A relação entre trabalho e educação em saúde tem sido objeto de debates em âmbito internacional. Diversas reflexões vêm sendo produzidas em torno das políticas, regulamentações e intervenções que envolvem os processos de formação, capacitação e prática profissional. Tais discussões ressaltam a importância de modelos formativos que respondam diretamente às exigências concretas do mundo do trabalho (Who, 2016).

A relevância desse tema está expressa na Agenda 2030, na qual os países assumem o compromisso de fortalecer seus sistemas de saúde universais. Essa agenda foi reforçada durante a Conferência Pan-Americana de Saúde, realizada em 2017 na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Washington. Na ocasião, foram destacados desafios cruciais como o perfil profissional inadequado, as condições precárias de trabalho, a baixa produtividade e o desempenho insatisfatório dos profissionais de saúde (EUA, 2017).

Diante das reflexões e dos desafios impostos à formação em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 (Brasil, 2004), e teve suas diretrizes consolidadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (Brasil, 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é concebida como uma estratégia fundamental para fomentar transformações nos contextos institucionais, sendo alicerçada em práticas pedagógicas problematizadoras e na aprendizagem significativa. Parte-se da premissa de que o processo ensino-aprendizagem deve emergir das experiências vividas no cotidiano dos serviços,

promovendo a reflexão crítica sobre práticas profissionais e favorecendo a construção de novas estratégias que respondam às fragilidades tanto individuais quanto coletivas (Pereira *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a EPS se configura como uma proposta político-pedagógica que articula ensino, atenção, gestão e participação social, tendo como foco o processo de trabalho em saúde. Busca, assim, qualificar e aprimorar as práticas nos diferentes níveis do sistema, promovendo uma atenção mais acessível, humanizada e de qualidade, além de contribuir para o fortalecimento da gestão do SUS em seus três entes federativos (Brasil, 2018).

No âmbito da formação em saúde, as Residências em Saúde (RS), em suas diferentes modalidades, configuram-se como cursos de pós-graduação que inserem os profissionais diretamente no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses programas se constituem como espaços de reflexão e prática alinhados aos princípios da EPS, promovendo uma formação que ultrapassa a mera certificação acadêmica. O residente é convocado a se implicar com os desafios concretos do trabalho em saúde, buscando desenvolver competências que lhe permitam enfrentar obstáculos cotidianos e transformar os contextos nos quais está inserido (Torres *et al.*, 2019).

Assim, as RS destacam-se como dispositivos formativos estratégicos no campo da EPS, sendo reconhecidas como um dos eixos de ação da PNEPS (Salvador *et al.*, 2011). Por meio dos programas de residência, busca-se consolidar o cuidado integral, construído com base na atuação articulada entre os diferentes núcleos profissionais (Torres *et al.*, 2019).

Dessa forma, este trabalho teve como objetivo responder aos seguintes questionamentos: a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem contribuído para o redirecionamento do processo formativo dos residentes em saúde? Em caso afirmativo, de que maneira essa contribuição se manifesta no cotidiano da formação? Quais são as percepções dos residentes acerca da EPS?

A presente pesquisa é um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, intitulado “A Educação Permanente em Saúde no Processo de Formação de Residências em Saúde”.

2. Percorso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório e descritivo, cujo cenário de investigação abrangeu o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), ambos localizados no sertão do estado da Paraíba.

Participaram do estudo nove residentes vinculados aos dois programas. Do PRMSC, participaram cinco profissionais (um residente do segundo ano — R2 — e quatro recém-egressos), e do PRMFC, quatro residentes do segundo ano. Os participantes eram oriundos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Psicologia. Foram incluídos os residentes que haviam concluído pelo menos o primeiro ano da residência, independentemente da área de formação, e excluídos aqueles afastados por motivos médicos, licença, ou com matrícula suspensa no período da coleta de dados.

A produção dos dados empíricos ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os meses de abril e maio de 2022. Utilizou-se um roteiro composto por questões norteadoras, elaborado pelos autores da pesquisa e submetido à avaliação de especialistas (experts) para validação de conteúdo. As perguntas, de caráter aberto, visavam explorar: as percepções dos residentes do segundo ano e recém-egressos sobre a formação e o trabalho em saúde no contexto do SUS; a compreensão desses sujeitos sobre a EPS e sua aplicação prática no curso; além das fragilidades e desafios identificados ao longo do processo formativo.

Devido às restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas remotamente, em tempo real, por meio da plataforma Google Meet®. O acesso foi feito por e-mail institucional da Universidade, garantindo tempo ilimitado de uso e evitando interrupções durante a condução das entrevistas. Todos os residentes foram convidados a participar por meio de um comunicado que apresentava o pesquisador responsável, o título da pesquisa, seus objetivos e os procedimentos metodológicos. O convite esclarecia que as entrevistas seriam realizadas em formato remoto. Com a concordância dos participantes, foram agendadas as entrevistas, e no dia

previsto, o link de acesso à sala virtual era enviado, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado via Google Forms.

As entrevistas foram conduzidas pelos pesquisadores e, antes de seu início, foi solicitada autorização para a gravação do áudio, com a devida justificativa de que o material seria posteriormente transcrito. As gravações foram realizadas por meio do gravador de voz de um aparelho celular, posicionado ao lado do computador utilizado na videoconferência.

O material das entrevistas, gravado em áudio e totalizando 5 horas e 48 minutos, foi transcrito por colaboradores da pesquisa e posteriormente validado pelos pesquisadores. Essa validação foi realizada por meio da escuta atenta dos áudios em paralelo à leitura das transcrições, assegurando a fidedignidade do conteúdo. Após essa etapa, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, conforme a abordagem proposta por Bardin (2014), na modalidade de categorização temática. As entrevistas foram transcritas e armazenadas em arquivos do Microsoft Word®, sem alterações gramaticais, respeitando integralmente as falas originais dos participantes.

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, adotou-se uma codificação alfanumérica: os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva foram identificados pela sigla “SC”, enquanto os residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foram identificados pela sigla “MFC”, seguida da numeração sequencial conforme a ordem das entrevistas.

Os dados narrativos foram organizados em quadros analíticos no Word®, com base em unidades de registro e de contexto que emergiram a partir da recorrência de elementos temáticos semelhantes. Em seguida, foram realizados os recortes das falas dos participantes, considerando sua convergência com o conteúdo semântico. Esses fragmentos textuais foram agrupados, permitindo a delimitação das categorias temáticas.

Durante a condução das entrevistas e o processo de transcrição, as primeiras impressões dos pesquisadores possibilitaram a formulação inicial das categorias temáticas, baseadas nas evidências emergentes dos discursos. Posteriormente, essas categorias foram refinadas à luz do referencial teórico adotado e da análise aprofundada dos relatos, resultando na definição das

categorias finais, as quais possibilitaram uma compreensão significativa do corpus. Essas categorias serão apresentadas e discutidas nos resultados.

Este estudo observou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 5.375.901. Durante todas as etapas da pesquisa, o pesquisador comprometeu-se a minimizar riscos, maximizar benefícios e garantir a privacidade e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

3. Resultados e Discussão

A análise do material empírico, oriundo dos depoimentos, resultou na identificação de três categorias analíticas, com suas respectivas subcategorias. Contudo, neste recorte, será apresentada apenas uma categoria, acompanhada de suas subcategorias. Esta categoria buscou evidenciar como a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde relaciona-se com a concretude da EPS, segundo a visão dos residentes.

Categoria Analítica: Percepção dos residentes sobre o processo de trabalho das equipes, na perspectiva da EPS

Subcategoria Analítica 1: O Trabalho em equipe como um desafio e uma conquista para transformar o cuidado em saúde

Conforme evidenciado nos resultados da pesquisa, os residentes identificaram fragilidades no processo de trabalho das equipes com as quais atuaram, conforme demonstram os relatos a seguir:

O que eu percebi é que o trabalho em equipe [...] só era existente quando era exigido, quando alguma demanda necessitava que eles se reunissem [...] na realidade deles, no dia a dia deles isso não é uma, não é um acontecimento normal [...] é como se eles não contassem um com o outro (SC1)

[...] então, a gente acaba não tendo tempo de conversar com outro colega, de ter uma opinião ou então de trabalhar em conjunto, é que a realidade ainda é um pouco distante do que deveria ser [...] a gente não tem um vínculo, não tem uma conduta em conjunto (MFC2)

As falas dos participantes revelam uma dinâmica fragilizada no trabalho em equipe, a qual pode dificultar — ou mesmo inviabilizar — a efetivação da Educação Permanente em Saúde (EPS) nesses contextos. Segundo Jesus *et al.* (2020), a implementação da EPS requer abertura à criação e disposição para a construção coletiva de soluções. Nesse sentido, quando há falhas na comunicação e na interação entre os profissionais, as ações que dependem da colaboração entre os membros da equipe também são comprometidas.

Os relatos a seguir evidenciam os principais desafios identificados pelos residentes, como dificuldades de comunicação, ausência de vínculo entre os profissionais e falta de tempo, fatores que impactam negativamente o trabalho em equipe:

Apesar de dá a impressão de que todos ali tavam, digamos, no mesmo nível de conhecimento, de processo de decisão, mas sempre tinha uma certa hierarquização (SC1)

[...] já o segundo ano eu vim para uma outra unidade e foi um “baque” assim para mim porque foi uma equipe que já trazia outras limitações e que não se articulava bem, então era cada um na sua sala praticamente, exercendo sua atividade, sua consulta, suas atividades e não se dialogavam, então esse segundo eu me senti limitado a realizar atividades de educação, outras atividades extra muros da unidade, as primeiras atividade que eu fiz nesse sentido não tive cooperação, então acabei me sentindo limitado dessas duas experiências, e senti muita falta porque trabalho em atenção básica é trabalho em equipe, não só depende do médico, do enfermeiro, do dentista, depende de todo mundo (MFC4)

Peduzzi *et al.* (2020) destacam o potencial do trabalho em equipe, tanto na qualificação da assistência prestada aos usuários e à comunidade quanto na ampliação da satisfação dos próprios profissionais de saúde. Os autores ressaltam que, diante da crescente complexidade das necessidades em saúde — que demandam abordagens integradas e territorializadas —, bem como da organização dos serviços e da rede de atenção, o trabalho em equipe torna-se essencial. Como mencionado anteriormente, há uma relação de interdependência entre a EPS e o trabalho em equipe.

Apesar das limitações, desafios e obstáculos apontados por alguns participantes, outros residentes relataram experiências positivas e potentes vivenciadas no cotidiano dos serviços durante o período da residência, como demonstram os relatos a seguir:

[...] eu tive 2 unidades diferentes, a primeira eu vivenciei de forma plena muito tranquila e plena essa questão da equipe, era um trabalho muito unido, para a gente era uma equipe muito unida, trabalho com o enfermeiro, trabalho com o pessoal da equipe de vacina, com os ACS, eram muito presente [...] a gente tinha reuniões quinzenais da equipe a cada 15 dias para pensar como era que estava a sala de espera, se tinha alguma queixa, como era que estava distribuição das visitas, alguma demanda de queixas já que a gente tinha a própria caixa de ouvidoria na unidade, então a gente sentava, conseguia dialogar bastante para melhoria dos serviços, e especificamente com a equipe [...] (MFC4)

Eu tive parceiras de residência da nutrição, então foram muitas trocas de conhecimento, ampliou o meu olhar para saúde. É tanto que hoje em dia eu me vejo não só como enfermeira [...] no próprio núcleo da residência [...] eu aprendi bastante a ouvir o outro, a considerar o conhecimento do outro e aprender com ele, o que ele tem da sua formação pra trazer que pode contribuir na minha ação (SC1)

É importante considerar que os obstáculos ao bom funcionamento do trabalho em equipe podem decorrer de múltiplos fatores. Dentre eles, destacam-se a alta demanda de atendimentos e o excesso de burocratização presente na rotina dos serviços, que frequentemente levam os profissionais a se concentrarem exclusivamente na execução de tarefas operacionais, sem tempo ou espaço para refletir criticamente sobre seu próprio processo de trabalho.

Subcategoria Analítica 2: Importância do processo formativo das residências na produção de novos saberes

Nesta subcategoria, os depoimentos evidenciam como o modelo formativo pode influenciar diretamente a conduta e a compreensão do fazer em saúde no cotidiano dos trabalhadores nos serviços. As falas indicam que os residentes percebem a residência como um processo de ensino-aprendizagem distinto das experiências formativas anteriores, com potencial para redirecionar práticas e ampliar perspectivas profissionais.

Destaca-se, contudo, que a formação no âmbito do SUS não deve ser concebida apenas como um complemento das lacunas deixadas pela graduação. Pelo contrário, deve funcionar como um catalisador de reflexões críticas sobre o fazer em saúde e sobre o modelo tecnicista ainda predominante, promovendo transformações nas práticas cotidianas e superando visões restritas, centradas exclusivamente no cuidado clínico e tecnocrático (Rossetti *et al.*, 2019).

[...] eu venho de uma visão totalmente diferente e, hoje, eu saí assim com uma mente muito aberta dentro desses processos de construção de saúde no campo da gestão (SC2).

[...] ela (funcionária) [...] disse: [...] isso aqui chega pra mim assim, chegou pra mim assim quando eu entrei aqui, e eu continuo reproduzindo diariamente (SC1)

“Um profissional que tá ali, que muitas vezes é um profissional que tá a mil anos no serviço, ele precisa parar e repensar o que ele tá fazendo todos os dias. Então, isso é difícil, entende?!” (SC3)

Segundo Bezerra e Cury (2020), a residência, enquanto modalidade formativa, promove transformações tanto no campo pessoal quanto profissional, decorrentes de processos de aprendizagem com significado. O próprio grupo de residentes constitui um espaço de facilitação, amadurecimento e construção coletiva, na medida em que o compartilhamento de vivências contribui para a superação de limitações individuais.

O ensino em serviço estimula experiências singulares, exigindo dos residentes constante adaptação às demandas e situações concretas dos serviços de saúde. Araújo *et al.* (2021) destacam que a convivência entre os residentes configura uma experiência única e enriquecedora, capaz de gerar aprendizados a partir das práticas e vivências dos pares.

Adicionalmente, os relatos evidenciam que o convívio com colegas de diferentes núcleos profissionais favorece a ampliação do conhecimento e a adoção de condutas mais alinhadas às necessidades dos usuários. A residência também possibilitou maior compreensão acerca das habilidades e competências de outros profissionais, promovendo a construção de novos olhares sobre diferentes categorias do campo da saúde.

[...] a gente dialogava sobre muitas coisas, fazia reuniões periódicas sobre as dificuldades dos serviços, as limitações, até a uma reflexão sobre nossa própria atuação quando a gente estava desanimado. Então, nesse sentido da residência eu tive uma experiência maravilhosa nesse trabalho em equipe, as outras residentes que estavam comigo nessa passagem, a gente conversava tudo, planejava tudo junto, cada um tinha uma facilidade com uma coisa e a gente se complementava (SC4)

Ela (residência) me deu essa visão mais holística e diferenciada dos processos de trabalho. Eu percebi que dá pra gente trabalhar de uma

maneira que o conhecimento do farmacêutico, tanto técnico, enfim, conhecimento do farmacêutico, do fisioterapeuta, do dentista, da assistente social, eles vão se complementar. E a construção do conhecimento é justamente dessa forma, entende?! O conhecimento de cada um que é compartilhado, e aí chega num todo. Então essa é, assim, de uma potência gigantesca, gigantesca, essa parte multidisciplinar né. E essa residência multiprofissional, ela nos traz, nos mostra. Então, pra mim, assim, foi uma quebra de paradigma” (SC2)

Os depoimentos evidenciam que os residentes reconhecem a residência e a troca entre os colegas como espaços fundamentais para o aprendizado coletivo e para o reconhecimento das competências e habilidades dos demais profissionais. As falas destacam a importância dos saberes diversos na realização das atividades cotidianas.

Subcategoria Analítica.3: Mudança da finalidade no cuidado em saúde: Reorientação do modelo biomédico

A necessária transformação no processo formativo dos profissionais de saúde decorre da exigência de alinhamento ao modelo de cuidado construído no âmbito do SUS, que rompe com a ótica estritamente biologicista, insuficiente para responder às múltiplas demandas dos usuários. Nesse sentido, os relatos apresentados nesta subcategoria indicam que os residentes vivenciaram uma mudança na cultura do cuidado, aproximando-se de uma prática mais integral, holística e centrada no sujeito e em suas necessidades, conforme demonstrado a seguir:

Porque não é só isso, é promoção da saúde, é desde promover práticas na comunidade, práticas na escola, é... e em todas as áreas, né, desde a alimentação, a sexualidade, a meios de vida, a exercícios físicos [...] o usuário precisa fazer parte disso, buscar a sua saúde, buscar essa integralidade na saúde (SC1)

[...] as doenças elas não se resumem somente a patologia em si, mas um conjunto de coisas [...] conhecer onde a população está inserida, a família daquela população [...] eu comecei a atender toda uma área e conhecer as pessoas, hoje eu já conheço onde elas moram, quais os problemas (MFC1)

[...] fui amadurecendo enquanto profissional e entendendo a saúde nessa amplificação do que ela é (SC1)

A gente explica, explica as opções, explica os riscos, explica os benefícios e em conjunto do médico com o paciente a terapêutica é escolhida (MFC2)

Desenvolvi muito a habilidade nessa parte de educação em saúde, de conversar com a população de uma forma mais horizontal conseguindo ter um diálogo melhor através de rodas de conversa (SC1)

A formação pautada na integralidade do cuidado representa uma missão complexa. Cavalli e Rizzotto (2018) destacam que, apesar das inúmeras discussões voltadas à reestruturação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde, os profissionais ainda enfrentam dificuldades para transformar suas práticas. Segundo as autoras, fatores econômicos, mercadológicos, sociais e institucionais, aliados à valorização de práticas especializadas e à dependência de tecnologias, dificultam a efetivação das mudanças curriculares e, conseqüentemente, a formação de profissionais alinhados com os princípios do SUS.

Nesse contexto, o aprendizado em serviço assume papel central na superação das lacunas formativas dos trabalhadores da saúde. Cabe à Educação Permanente em Saúde (EPS), com base na pedagogia problematizadora, promover espaços reflexivos que possibilitem ao profissional repensar sua prática cotidiana, incorporando novos saberes e perspectivas. Esse processo contribui para a construção de autonomia, motivação e transformação de práticas, favorecendo a concretização da integralidade do cuidado (Gleriano *et al.*, 2018).

4. Considerações Finais

O estudo revelou que a maioria dos residentes, especialmente aqueles vinculados ao Programa de Residência em Saúde Coletiva, reconhece a EPS como um mecanismo potente para promover transformações no ambiente de trabalho. No entanto, muitos ainda percebem a EPS como uma atividade externa ao processo de trabalho, o que a torna uma tarefa adicional, dificultando sua incorporação à rotina dos serviços.

Os relatos também evidenciam dificuldades na continuidade das ações de EPS, especialmente quando os residentes são transferidos para outros serviços da rede. Esse aspecto pode indicar tanto a resistência de alguns profissionais em incorporar esta ferramenta em seus processos de trabalho quanto os efeitos da sobrecarga decorrente da alta demanda assistencial.

As falas, sobretudo dos residentes da Medicina de Família e Comunidade, apontam a necessidade urgente de refletir sobre o processo formativo que vem sendo desenvolvido nos programas de residência em saúde, particularmente naqueles situados em regiões do interior do país. É fundamental que instituições formadoras, gestores, trabalhadores e residentes debatam coletivamente o percurso que vem sendo trilhado e os objetivos que se almeja alcançar. Torna-se necessário questionar se o residente está, de fato, inserido em um processo de ensino-aprendizagem significativo, que favoreça sua formação, ou se está sendo utilizado, majoritariamente, como mão de obra barata, cumprindo uma função meramente assistencialista.

Cabe destacar que os dados deste estudo foram coletados durante o período mais crítico da pandemia de COVID-19, o que impactou diretamente na realização de atividades de tutoria e preceptoria, exigindo, por vezes, a substituição do acompanhamento presencial por momentos remotos de orientação. Tal distanciamento interferiu na qualidade da formação, como registrado em diário de campo pelo pesquisador, especialmente pela sensação relatada por residentes de estarem “sozinhos” diante de situações que exigiam o suporte e direcionamento dos preceptores.

Como possível limitação do estudo, aponta-se o contexto pandêmico, que gerou alterações tanto nos processos de trabalho dos serviços de saúde quanto nas dinâmicas pedagógicas dos programas de residência investigados. Diante disso, recomenda-se que novos estudos sejam conduzidos sobre a temática, com o objetivo de subsidiar estratégias que favoreçam a consolidação da EPS como ferramenta efetiva de transformação da prática em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Heloísa Pimenta Arruda et al. *Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 29, 2021.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2014.

BATISTA, Nildo Alves et al. *Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil*. Interface (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1705-1715, 2018.

BEZERRA, Mharianni Ciarlini de Sousa; CURY, Vera Engler. *A experiência de psicólogos em um programa de residência multiprofissional em saúde*. Psicologia USP, v. 31, 2020.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. *Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas*. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 9, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. *A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1489-1500, 2017.

CAVALLI, Luciana Osorio; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *Formação dos médicos que atuam como líderes das equipes de atenção primária em saúde no Paraná*. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, p. 31-39, 2018.

EMMI, Danielle Tupinambá; SILVA, Daiane Maria Cavalcante da; BARROSO, Regina Fátima Feio. *Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia*. Interface (Botucatu), v. 22, n. 64, p. 223-236, 2018.

GLERIANO, Josué Souza et al. *Cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde: formação dos profissionais*. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 7., Fortaleza, 2018.

JESUS, Mariana Véo Nery; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ARAÚJO, Alisson. *Educação permanente: práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família*. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 31, n. 1, p. 105-113, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Relatório da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas*; 25-29 set. 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS, 2017.

PEDUZZI, Marina et al. *Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, supl. 1, 2020.

PEREIRA, Lizziane d'Ávila et al. *Educação permanente em saúde: uma prática possível*. Revista de Enfermagem UFPE Online, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, 2018.

ROSSETTI, Luciana Teixeira et al. *Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros*. Revista Fun Care Online, v. 11, n. 1, p. 129-134, 2019.

SALVADOR, Anarita de Souza et al. *Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

TORRES, Rafael Bruno Silva et al. *Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde*. Interface (Botucatu), v. 23, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Geneva: WHO, 2016.

2

Capítulo 2

**Programa de Cessação do
Tabagismo em uma Capital
Brasileira: Percepção dos
Profissionais e Usuários**

**PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM UMA CAPITAL
BRASILEIRA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

**SMOKING CESSATION PROGRAM IN A BRAZILIAN CAPITAL: PERCEPTION
OF PROFESSIONALS AND USERS**

Kalina Cícera Macedo

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa – Paraíba
orcid.org/0000-0002-8976-0676
kalinaenf@gmail.com

Terezinha Paes Barreto Trindade

Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
João Pessoa – Paraíba
orcid.org/0000-0002-9594-0999
terezinha_odonto@hotmail.com

Walleri Christini Torelli Reis

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa – Paraíba
orcid.org/0000-0001-6911-4792
wallerictr@gmail.com

Franklin Delano Soares Forte

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa – Paraíba
orcid.org/0000-0003-4237-0184
franklinufpb@gmail.com

RESUMO

O tabagismo contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos à saúde e aumenta a morbimortalidade por inúmeras doenças. A pandemia da COVID-19 afetou os serviços de saúde, incluindo os Programas de Cessação Tabágica (PCT). O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários envolvidos no PCT em João Pessoa. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, baseado em um roteiro semiestruturado, com quatro profissionais e vinte usuários ligados ao programa. Entre os aspectos negativos decorrentes da pandemia da COVID-19, destacam-se: a dificuldade de acesso e/ou manuseio pelos usuários de ferramentas digitais, a realização de exames e o acesso às referências especializadas. O número de serviços ofertados foi reduzido, no período em estudo, diminuindo a oferta, a procura e as ações realizadas. Faz-se necessário um maior empenho por parte dos gestores em saúde, para a implementação do programa e ampliação do

acesso, especialmente na Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chaves: Abandono do Uso de Tabaco; Atenção Básica; Doenças Crônicas

ABSTRACT

Smoking contributes directly to the development of various health problems and increases morbidity and mortality from numerous diseases. The COVID-19 pandemic has affected health services, including Smoking Cessation Programs (STPs). This study aims to understand the perception of health professionals and users involved in the TCP in João Pessoa. It is a descriptive study with a qualitative approach, based on a semi-structured script, with four professionals and twenty users linked to the program. Among the negative aspects resulting from the COVID-19 pandemic, the following stand out: the difficulty users have in accessing and/or handling digital tools, carrying out tests and accessing specialized referrals. The number of services offered was reduced during the study period, decreasing supply, demand and actions taken. There is a need for greater commitment on the part of health managers to implement the program and expand access, especially in Primary Health Care.

Keywords: Tobacco Use Cessation; Chronic Diseases; Primary Care.

1. Introdução

O tabagismo contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde, em especial, doenças cardiovasculares, respiratórias e diversos tipos de câncer, gerando altos custos para o sistema de saúde e outros setores (INCA, 2022a). Sua prevalência vinha aumentando progressivamente, trazendo custos sociais e econômicos. Entretanto, desde a criação do Programa de Cessação ao Tabagismo (PCT) pelo Instituto Nacional do Câncer pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Ministério da Saúde do Brasil (MS), houve redução significativa de sua prevalência, em todos os níveis de escolaridade (Brasil, 2022). Nas américas, a taxa média foi de 28%, em 2000, para 16%, em 2020; e de 32%, em 2000, para 22, no mundo (WHO, 2021).

No mundo, há mais de um bilhão de fumantes, 80% desses vivem em 24 países, sendo que dois terços deles estão em países de baixa e média renda (INCA, 2022b). No Brasil, os dados do Vigitel 2022 revelaram que o percentual de fumantes com 18 anos ou mais foi de 9,5%, em 2020, sendo maior nos homens, com 11,7% (Brasil, 2022).

Há um esforço mundial em torno da regulamentação e do controle do uso do tabaco, de forma a desestimular o seu consumo, especialmente, entre os jovens, prevenindo a iniciação e apoiando a cessação para os usuários (Brasil, 2001). No Brasil, é ofertado tratamento gratuito para os tabagistas, o qual inclui acompanhamento multiprofissional e medicamentos de uso oral e tópico, o PCT (Nunes; Castro, 2011; Teixeira *et al.*, 2017; Portes *et al.*, 2018).

A cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, conta com alguns serviços para quem deseja parar de fumar. Há poucos estudos sobre a expansão e a oferta desses serviços nos últimos anos. É importante a identificação das repercussões da Pandemia da COVID-19 nestes serviços (Pawlina *et al.*, 2014; França *et al.*, 2015).

Considerando a baixa cobertura do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PCMT) na Atenção Primária à Saúde (APS) e as dificuldades na expansão do programa em João Pessoa, surgiu a necessidade de investigar como e onde vem se dando o cuidado à pessoa tabagista e ainda a atuação dos serviços nesse cuidado, especialmente, elencando os seus pontos positivos e limitações.

Dessa forma, esta pesquisa tem por objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde e usuários envolvidos no programa de cessação tabágica em João Pessoa, capital da Paraíba, Brasil.

2. Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório-descritivo (Corbin; Strauss, 2014). Foi realizado um mapeamento dos serviços municipais e estaduais de João Pessoa (PB) que ofertavam o Programa de Cessação do Tabagismo (PCT) e que mantinham o atendimento ativo durante o período investigado.

Identificaram-se dez serviços em funcionamento: três unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), quatro unidades de atenção especializada, dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) – um estadual e outro municipal – e um ambulatório hospitalar. Para as etapas seguintes da pesquisa, foram selecionados os serviços com regularidade de atendimento: duas policlínicas (com aplicação de questionários a profissionais e usuários), uma policlínica

(somente com profissionais) e os dois CAPS-AD. A escolha dos CAPS se justificou pela permanência do programa e pelo perfil dos usuários com dependência química.

Participaram da pesquisa sete profissionais de saúde (quatro psicólogos, um farmacêutico, um assistente social e um técnico de nível médio) e 20 usuários ativos no programa entre 2019 e 2021. Foram excluídos os profissionais afastados ou de férias.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e abril de 2022, por meio de formulário estruturado no Google Forms®, enviado via aplicativo de mensagens. O instrumento, previamente avaliado por dois pesquisadores, incluiu dados sociodemográficos e questões abertas sobre a percepção do cuidado antes e após a pandemia de COVID-19.

Os dados foram analisados por meio da análise temática (Bardin, 2016), com organização em três categorias: organizacionais, relacionais e processuais, conforme Reeves *et al.* (2010). A categorização foi discutida com dois pesquisadores para validação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes.

3. Resultados e Discussão

Quanto às variáveis sociodemográficas relacionadas aos profissionais envolvidos nos serviços, a média de idade foi de 56 anos (dp \pm 10.24). Os participantes foram do sexo feminino, e 70% eram da religião católica. Foi observada a predominância da formação em Psicologia, e, sobre pós-graduação, observou-se a predominância da Especialização em Saúde Mental; ademais, verifica-se uma média de atuação profissional de 25 anos (dp \pm 7.67).

Em relação aos usuários participantes, a média de idade foi de 53 anos (dp \pm 13.37), sendo 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino. Quanto à escolaridade, a maioria tem ensino médio e superior (45% e 25%); sobre o estado civil, a maioria é solteira (60%), seguida de divorciados, casados e viúvos; no que se refere à religião, a maior parte é de católicos (70%).

A respeito do relato sobre o desejo de parar de fumar após a participação no

programa, 30% referiram que voltaram a fumar; 30% relataram que muitas vezes sentiram vontade de voltar a fumar; entretanto, 25% dos participantes disseram nunca ter tido vontade de fumar; e 15% falaram que raramente tiveram esse desejo. Quanto ao uso de medicamentos, 75% dos usuários relaram usar a medicação (adesivos, goma de mascar, Bupropiona e associações desses).

Para construir uma análise do antes e depois da participação do programa no contexto do tabagismo em João Pessoa, foi solicitado aos participantes que elencassem alguns aspectos do programa, apontando aspectos positivos e negativos no período estudado. Essas respostas foram organizadas em três categorias.

3.1. Aspectos organizacionais

Nos aspectos organizacionais positivos, foi possível observar: apoio mútuo entre os profissionais, suficiência no abastecimento de medicamentos, bom acompanhamento pelos profissionais nas sessões e encontros:

Apoio dos colegas colaboradores (P3)

Abastecimento de Medicamentos para controle do tabaco (P3)

Sempre foi ótimo, fui muito bem acompanhada (U9)

O trabalho colaborativo é aquele que procura envolver profissionais que desejam trabalhar juntos para promover melhor atenção à saúde (Peduzzi *et al.* 2020). Esse aspecto emergiu entre os profissionais que estão à frente dos grupos de tabagismo nas policlínicas como aspecto positivo e pode ter motivado a continuidade do programa nesses serviços.

Além do desejo, é necessária a capacitação profissional, fator relevante na construção de ações efetivas de tratamento e promoção da saúde, frente à cessação tabágica. Alguns fatores, como estrutura imprópria, intensa rotatividade e comprometimento heterogêneo dos profissionais com o atendimento, impedem o início dos tratamentos, bem como a manutenção deles, em meio às várias funções que esses profissionais exercem, especialmente, na APS.

No tocante à terapia medicamentosa, há participação em sessões estruturadas com acompanhamento de profissional da saúde e Terapia de

Reposição da Nicotina (TRN) para cessação tabágica. Tanto a terapia medicamentosa quanto a terapia de reposição podem ser prescritas isoladamente ou em combinação e somente devem ser iniciadas quando o paciente estiver pronto para deixar de fumar (Brasil, 2020).

Mediante a situação epidemiológica vivenciada pela pandemia, houve a suspensão dos grupos de forma presencial nos serviços pesquisados, sendo ofertados pelas Policlínicas, além dos atendimentos individuais e dispensação de insumos, encontros virtuais síncronos. Materiais para trabalho com mídias digitais foram fornecidos pelo Programa Nacional e houve apoio da gestão local para implementar grupos remotos, em duas Policlínicas da Atenção Especializada, revelando que, apesar do difícil contexto, estratégias de enfrentamento foram elaboradas. Nos CAPS, os grupos remotos não foram realizados.

Os particioantes relataram alguns aspectos positivos: serviços mais livres de outras demandas, facilitando os atendimentos para as especialidades, inclusive da psicologia; e distribuição de medicação mantida após o período de pandemia, além disto, a qualidade do atendimento dos profissionais não foi afetada. Destaca-se que as atividades remotas foram realizadas apenas nas Policlínicas.

Material riquíssimo a nível de conteúdo e criatividade apresentado nos encontros remotos (P3)

Sempre houve bastante apoio da direção da policlínica e da equipe multiprofissional (P5)

O serviço não estava lotado, o agendamento está funcionando para médicos e psicólogo (U2)

Excelente acolhimento por parte de todos os profissionais que se dedicam com todo o carinho, os medicamentos (U16)

Em meio a todo esse cenário pandêmico e de isolamento social, tornaram-se oportunos o fortalecimento de ações de educação em saúde, a escuta e o aconselhamento. Neste sentido, as TIC se tornaram estratégias pertinentes e complementares a todas as medidas regulatórias estabelecidas no mundo e no Brasil. Foi necessária mudança de hábitos de convivência social para usuários e profissionais e uma adaptações nas formas de manejar o cuidado ao tabagista.

O INCA também passou a desenvolver estratégias para lidar com esse desafio, criou minivídeos com sugestões para divulgação ao paciente ou ao grupo dos pacientes que possam ser atendidos de forma remota, gerando, reflexão sobre

as condições de saúde do fumante. Os minivídeos possibilitam ainda a divulgação em massa das informações por meio das mídias sociais (INCA, 2022c).

Em relação aos aspectos organizacionais negativos elencados antes da pandemia, os participantes da pesquisa citam dificuldades na rede de atenção especializada para acompanhamento dos fumantes, dificuldades na marcação de exames, conforme se observa a seguir.

...dificuldade no encaminhamento dos pacientes para outros especialistas clínicos para tratamento das sequelas do tabagismo (P3)

Dificuldade para fazer os exames solicitados (P2)

Foram relatadas pelos participantes dificuldades com exames de acompanhamento para os tabagistas, além da falta de espaço físico adequado para atendimento em grupo, após o período de isolamento social. Entre os usuários, tem-se como destaque: a falta de encontros e de políticas públicas adequadas durante a pandemia instalada no país.

Não conseguir realizar a Espirometria, que é um dos exames importantes para identificar alguma patologia relacionada ao Pulmão (P2)

Falta de espaço físico aberto e ventilado para o retorno dos atendimentos em grupo presencial (P3)

Os encontros que ficaram mais resumidos (U5)

O governo federal é incompetente e genocida, isso atrapalha tudo, sobretudo, políticas públicas (U3)

A rede de saúde no Brasil sempre enfrentou inúmeros problemas, tanto em estrutura como no fornecimento de insumos. Como já alertado por autoridades no assunto, o coronavírus no Brasil pôde colapsar o já debilitado sistema de saúde pública, dificultando a assistência clínica aos mais graves. O cenário brasileiro sempre foi de baixos investimentos no setor saúde, dificultando ainda mais as condições de trabalho dos profissionais.

3.2. Aspectos relacionais

Os aspectos relacionais positivos citados foram: envolvimento dos profissionais com o programa, assiduidade dos usuários nos encontros presenciais; além da percepção e ênfase pelos usuários do apoio dos profissionais durante o

programa, como observado nos relatos:

Assiduidade e participação dos pacientes (P3)

...tinha sempre reunião, aprendemos muito, ficamos amigas, foi tudo de bom (P1)

Muito bom esse apoio para nos ajudar a deixar de fumar, fundamental (U2)

O trabalho em equipe melhora tanto o desempenho dos trabalhadores quanto a prestação de cuidados aos usuários (Rydenfalt; Odenrick; Larsson, 2017). As relações interpessoais e o trabalho colaborativo são muito importantes para um efetivo cuidado em saúde.

A comunicação é parte efetiva do trabalho colaborativo, pois o trabalho em equipe traz a articulação das ações das diversas áreas com o reconhecimento da sua interdependência e pode dar-se na equipe, em rede, com usuários e comunidade, envolvendo profissionais que desejam trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde (Peduzzi *et al.*, 2020).

A assiduidade dos fumantes, nos encontros presenciais, é um fator bastante positivo. Entre as Diretrizes Terapêuticas do Programa Nacional, o tempo de tratamento total proposto é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência. O resultado esperado é a cessação total do tabagismo, ou seja, a interrupção do uso da substância nicotina em qualquer de suas formas (Brasil, 2020).

Ainda observou-se, nos relatos dos profissionais e usuários, a permanência do acompanhamento remoto nas policlínicas, após a pandemia, com a continuidade do acompanhamento de forma humanizada e acolhedora:

Estar junto do grupo, mesmo que virtual, apoiando nas dificuldades não deixando eles desistirem dessa caminhada, que é se livrar do vício (P2)

Continuam dando apoio, acompanhando a pessoa. Muito bom (U2)

Acolhimento, acompanhamento e inclusão (U12)

Entre os aspectos relacionais negativos, foi percebido, pelo relato do profissional, a pouca importância dada pelos usuários à inclusão do programa nos CAPS-AD, tendo em vista que, na dependência química, a cessação tabágica

também pode estar incluída na redução de danos.

O serviço CAPS atende público dependente químico, nesse sentido, a diminuição do consumo do tabaco pode ser uma das estratégias de redução de danos; para alguns parece não ser atrativa a oferta do tabagismo (P7)

Outro aspecto negativo apontado foi o medo do retorno às atividades presenciais, após o período de isolamento social, como se observa a seguir.

Aspectos emocionais voltados para o medo e o pânico de muitos pacientes, dificultando o retorno do atendimento presencial (P3)

Conseguir voltar ao tratamento, se possível... parar... é a única forma, apesar de que tem que ter o que eu não tenho (VERGONHA) (U16)

O grau de dependência química pode comprometer as taxas de sucesso no tratamento. Os pacientes com maior grau de dependência podem ser aqueles que recaem durante o tratamento, portanto são merecedores de suporte terapêutico mais intenso (França *et al.*, 2015).

Percebe-se a dificuldade do tratamento do tabagista junto a outras dependências químicas associadas e quanto esses serviços merecem atenção. No município em estudo, isso mostrou-se precário, especialmente, no período pandêmico. Estudo piloto avaliou o padrão de consumo do tabaco em usuários do CAPS-AD e observou dificuldades na oferta do programa, conforme as propostas do Ministério da Saúde (Pillon *et al.*, 2011).

O medo dos fumantes no retorno às atividades presenciais, logo após a liberação de algumas restrições do período de pandemia da COVID-19, foi destaque nos discursos. O medo do adoecimento e, especialmente, o da morte foi um fator muito presente, muitas incertezas no futuro desencadearam sensações antes não experimentadas pelas pessoas em geral, gerando respostas emocionais que podem interferir de forma negativa na autoeficácia.

As medidas de distanciamento social, a mudança de rotina, o medo de adoecer e a preocupação com o futuro, no período de pandemia, podem ter influenciado o comportamento das pessoas, modificando seus estados de saúde mental. Na cessação do tabagismo, o cuidado com as emoções é importante, pois o hábito de fumar vai muito além da dependência química. Esses fatores podem interferir no desejo de parar de fumar.

O sujeito, por se sentir emocionalmente fragilizado diante de uma real

ameaça, pode recorrer às estratégias inadequadas, como voltar a fumar ou se sentir inseguro em participar de estratégias em grupo presencial (Silva *et al.*, 2020).

3.3. Aspectos processuais

Os aspectos processuais positivos foram: a utilização de dinâmicas de grupo, inclusive com uso de depoimentos de ex-fumantes; o envolvimento de outros profissionais da rede, inclusive com a contribuição das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como podemos visualizar nos relatos:

Colaboração de ex- fumantes estimulando os novos participantes a atingirem meta da fumaça zero (P3)

Esclarecedor, orienta, ensina os exercícios de relaxamento que ajuda afastar a ansiedade. A equipe sempre orienta dos riscos em fumar” (U13)

Essas ações de PICS nos serviços visam o cuidado centrado no usuário, na perspectiva da integralidade e resolutividade, ao considerar o conceito ampliado de saúde (Barros *et al.*, 2018). Nessa direção, também contribui para a ampliação do empoderamento do usuário sobre sua condição de saúde, o que pode ser muito relevante quando o assunto é parar de fumar (Brasil, 2006). Houve a oferta de auriculoterapia, massagem, técnicas de relaxamento e práticas de vivências em grupo que podem contribuir para a adesão e a participação efetiva dos fumantes.

A estrutura do trabalho em grupo requer de cada profissional e equipe uma adaptação à realidade e às necessidades da comunidade, buscando utilizar metodologias ativas e problematizadoras.

A participação dos tabagistas ao longo das sessões é importante para os resultados de cessação. Para Ismael (2007), a assiduidade no grupo está relacionada positivamente com o sucesso da cessação tabágica, em que fumantes com participação inferior a 50% das sessões têm chance significativamente maior de insucesso e recaída.

Nos aspectos processuais positivos, foi relatado o compromisso da equipe terapêutica na estruturação dos atendimentos remotos das policlínicas:

Compromisso e criatividade da equipe quanto à estruturação do atendimento remoto (P3)

A continuidade do tratamento, mesmo que de forma remota, apesar das dificuldades encontradas, foi de fundamental importância. O compromisso e a implicação dos profissionais com o trabalho, recorrendo a ferramentas antes pouco utilizadas, foram expostos como fator positivo.

As TIC tiveram seu uso com mais intensidade na saúde e na educação, com a ocorrência do isolamento social e parece manter seu espaço, garantido em algumas atividades, e podem ser ferramentas úteis e potentes para reunir pessoas e formar vínculos. Todavia, mais estudos precisam ser explorados nessa área.

Recentemente a Organização Mundial Saúde (OMS) lançou um projeto de controle do tabagismo, com uma nova Iniciativa de Acesso para Cessação do Tabaco (IACT), que visa à provisão de acesso gratuito e suporte à adesão e à terapia de reposição da nicotina, com o acesso à Florence, uma assistente virtual que pode auxiliar o usuário, fazendo uma interface no desenvolvimento individual do plano de cessação e ainda respondendo a dúvidas relacionadas ao tema tabagismo e COVID-19 (Malta *et al.*, 2021). Um aspecto processual negativo, após a pandemia, foi a dificuldade no manuseio de TIC pelos usuários do programa:

Dificuldade de muitos pacientes no manejo com as novas tecnologias
(P3)

As TIC tornaram-se instrumentos potentes para continuação de algumas práticas de cuidado em saúde, disseminando e potencializando informações e fortalecendo a Educação Permanente em Saúde (EPS), durante o distanciamento social. Além disso, apresentou-se como forma de garantir o apoio social e emocional aos que precisavam (Malta *et al.*, 2021). Entretanto, deve-se considerar a capacidade tecnológica brasileira limitada de forma geral. Diversas questões socioculturais, por vezes, são barreiras existentes no cenário brasileiro e um melhor entendimento sobre o uso dessas tecnologias nas políticas públicas, de forma a alcançar toda a população, faz-se emergente e necessário (Coelho *et al.*, 2020).

O estudo evidenciou a necessidade do fortalecimento da rede de apoio ao PCT, ancorado no trabalho em equipe interprofissional nos territórios e na constituição da Rede de Atenção à Saúde, associada a cessação do Tabagismo. Observou-se também como demandas a EPS dos profissionais envolvidos e a

gestão desse processo de trabalho. Esse é um caminho a ser trilhado e implicado pela gestão e pela atenção, visando apoiar os usuários que desejam cessar o tabagismo e as equipes de saúde para o desenvolvimento desse trabalho.

O estudo foi realizado em um município, não permitindo generalização para outros cenários. Adicionalmente, recomendam-se novas pesquisas em outros locais e envolvendo outras produções de dados, para que, seja possível trazer mais esclarecimentos sobre os elementos organizacionais, relacionais e processuais no PCT e, conforme os resultados apresentados nessa pesquisa, possam ser generalizados para as realidades brasileiras.

Nesse sentido, é preciso reconhecer as limitações do estudo. O estudo excluiu os profissionais de licença médica por qualquer natureza e os relatos foram dos usuários que possuíam computador e/ou celular, com acesso à internet. Assim, os resultados não podem ser aplicados a outras realidades.

A pesquisa foi realizada com um roteiro previamente discutido com pesquisadores, nos cenários de referência do município, e os resultados oferecem elementos importantes para a compreensão do PCT antes e durante a pandemia no município.

4. Considerações Finais

A aproximação com os serviços ligados ao Controle do Tabaco permitiu identificar, como problema central, a limitada oferta do tratamento do tabagismo no Município de João Pessoa. Sua implantação é incipiente na APS, mesmo antes da pandemia da COVID-19, concentrando-se na Rede Especializada e funcionando, precariamente, na Rede de Saúde Mental, em dois CAPS.

Como pontos positivos relatados, destacam-se: o trabalho colaborativo, o acesso adequado aos medicamentos, o apoio do Programa Nacional com material de mídias digitais e presença de encontros remotos em dois serviços. Quanto aos aspectos negativos, destacaram-se: as dificuldades de referência para as especialidades (antes e após a pandemia), falta de encontros remotos na maioria dos serviços, dificuldade no uso das TIC e dificuldade para inclusão do dependente químico no programa.

A identificação de pontos positivos e limitações do PCT, permitiu perceber a

redução do acesso. Sobre a análise de estratégias utilizadas pelo município, percebeu-se que apenas dois serviços investiram em grupos com o uso de TIC.

A pandemia, pelo aumento do risco de complicações respiratórias, reforçou a necessidade e importância dos programas de apoio à cessação de tabagismo, bem como a responsabilidade dos gestores para a ampliação de acesso a estes serviços.

Destaca-se a importância e necessidade de novos estudos frente à nova epidemia do tabaco sem fumaça, a qual vem tomando proporções volumosas, embora a OMS ainda não tenha concluído dados suficientes disponíveis para estimar as tendências globais quanto a esse uso.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 280 p. 70 ed. São Paulo, 2016.

BARROS, N. F et al. *Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 42, spe1, p. 163–173, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [citado 2023 jun. 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnpic>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [citado 2023 jun. 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doe_nca_cronica_cab35.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo* [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, vol. 78, p. 214, 2020 [citado 2023 jun. 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-10-de-16-de-abril-de-2020-253756566>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2006-2020: tabagismo e consumo abusivo de álcool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

COELHO, A. L et al. *A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil*. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Brasília, v. 9, n. 3, p. 183–199, 2020.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: SAGE Publications. 4th ed. 2014.

FRANÇA, S. A. S. et al. *Factors associated with smoking cessation*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 49, n. 10, p. 1–8, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Doenças relacionadas ao tabagismo* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2022 [citado 2023 jun. 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Prevalência do tabagismo* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2022 [citado 2023 jun. 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Programa Nacional de Controle do Tabagismo* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2022 [citado 2023 jun. 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>.

ISMAEL, S. M. C. *Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MALTA, D. C. et al. *Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00252220, 2021.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. *Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: EDUEL, 2011.

PAWLINA, M. M. C et al. *Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 113–120, 2014.

PEDUZZI, M. et al. *Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional*. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.

PILLON, S. C. et al. *Tabagismo em usuários de um centro de atenção*

psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 313–319, 2011.

PORTES, L. H et al. *Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00017317, 2018.

RYDENFÄLT, C et al. *Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training?* Journal of Health Organization and Management. v. 31, n. 3, p. 347–362, 2017.

SILVA, A. L. O et al. *COVID-19 e tabagismo: uma relação de risco*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00072020, 2020.

TEIXEIRA, L. A. S et al. *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 33, supl. 3, e00121016, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025*. 4th ed. Geneva: WHO, 2021.

3

Capítulo 3

**Educação Permanente Em
Saúde: Estratégia Formativa
Nas Residências Em Saúde**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA FORMATIVA NAS
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**

**PERMANENT HEALTH EDUCATION: A TRAINING STRATEGY IN HEALTH
RESIDENCY PROGRAMS**

Cleiton Charles da Silva

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa - Paraíba
orcid.org/0000-0002-1207-2947
cleiton.charles@hotmail.com

Luana Rodrigues de Almeida

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa - Paraíba
orcid.org/0000-0003-1365-8912
luana.almeida2@academico.ufpb.br

Eduardo Bezerra de Almeida

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0007-0196-8805
eduardo_almeida17@outlook.com

Roseane Araújo Costa Ferreira

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0007-2434-4448
roseaneacferreira@hotmail.com

Regina Célia Gonçalves de Andrade

Faculdade Santa Emília de Rodat
João Pessoa - Paraíba
orcid.org/0009-0003-2540-3156
reginacgandrade@gmail.com

Maura Roberta Guilherme de Lima Luduvico

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Natal - Rio Grande do Norte
orcid.org/0000-0003-3730-1416
maurargll@gmail.com

Henrique de Almeida Veras

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0000-0001-6603-2011
henriquepb@hotmail.com

Jessika Rayane Rocha Benevides

Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa - INESP
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0002-6844-7725
Jessika.rayanne@hotmail.com

Rute Maria Rocha de Macedo

Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardiovascular
e Fisioterapia Intensiva – Assobrafir
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0000-2164-8920
ruterochafisio@gmail.com

Ravena de Farias

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande – Paraíba
orcid.org/0009-0004-2255-5792
ravena.farias81@gmail.com

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo de aprendizagem no trabalho, incorporado ao cotidiano dos serviços e fundamentado na problematização, na reflexão crítica e na transformação das práticas profissionais. As Residências em Saúde integram as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), desempenhando papel fundamental na formação de profissionais voltados para o cuidado integral e interdisciplinar. Este estudo teve como objetivo compreender a EPS no contexto formativo de dois Programas de Residência em Saúde no sertão paraibano. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin, na modalidade categorial temática. Os resultados apontam que os residentes percebem a EPS como ferramenta potencial para transformar o ambiente de trabalho, embora reconheçam entraves para sua efetivação no cotidiano dos serviços. Destaca-se a necessidade de maior clareza conceitual entre EPS e Educação Continuada, favorecendo o uso adequado de cada proposta. Conclui-se que, apesar dos desafios, a residência é percebida como espaço privilegiado para a vivência da EPS, contribuindo para o redirecionamento das práticas profissionais e o fortalecimento da formação crítica e reflexiva.

Palavras-chave: Educação Permanente; Formação Profissional em Saúde; Processo de Trabalho em Saúde

ABSTRACT

Permanent Health Education (PHE) is a work-based learning process, integrated into the daily routines of healthcare services, and grounded in problematization, critical reflection, and the transformation of professional practices. Health Residency Programs are part of the strategies of the National Policy on Permanent Health Education (PNEPS), playing a fundamental role in training professionals focused on comprehensive and interdisciplinary care. This study aimed to understand PHE in the formative context of two Health Residency Programs located in the backlands of Paraíba, Brazil. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study, conducted through semi-structured interviews and field diary notes. Data were analyzed using Bardin's content analysis technique, in the thematic categorical modality. The results indicate that residents perceive PHE as a potential tool for transforming the work environment, although they recognize obstacles to its implementation in the daily routine of health services. The need for greater conceptual clarity between PHE and Continuing Education was also highlighted, to ensure the appropriate and timely use of each approach. It is concluded that, despite challenges, the residency is perceived as a privileged space for experiencing PHE, contributing to the redirection of professional practices and the strengthening of critical and reflective training.

Keywords: Continuing Education; Professional Training in Health; Work Process in Health

1. Introdução

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início dos anos de 1990, houve uma expansão de serviços e intervenções na área da saúde, o que exigiu uma reorientação das ações e estratégias no campo da gestão do trabalho, bem como da formação dos trabalhadores (Cardoso *et al.*, 2017).

No que se refere ao ensino superior no Brasil, a Lei n.º 9.394/96, mais conhecida como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), rege o ensino superior, através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), editadas pelo Ministério da Educação a partir de 2001 (Brasil, 1996; Batista *et al.*, 2018). Na área da Saúde, as DCNs têm por objetivo a reorientação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação para a formação de profissionais voltados para os princípios e diretrizes do nosso SUS, enfatizando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Essas diretrizes almejam que esses futuros profissionais desenvolvam competências e habilidades que os tornem aptos a atender as pessoas em suas necessidades, pautados na qualidade, eficiência e resolutividade (Batista *et al.*, 2018).

Nesse contexto, ao observamos o processo formativo desenvolvido durante a graduação das várias profissões da saúde, constatamos alguns desafios centrais como: o ensino fragmentado, projeto pedagógico dicotômico, enfoque biologicista, base hospitalocêntrica, discente como passivo e receptor de informação, docente na posição de agente transmissor da informação, distanciamento dos programas de ensino em relação as necessidades da população e afastamento do processo de trabalho SUS (Batista *et al.*, 2018).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) o processo formativo não deve ser pautado apenas na busca por um diagnóstico, terapêutica, prognóstico, causa ou prevenção de doenças e seus agravos. É preciso promover condições que atendam às necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, da gestão e do controle social, levando a uma condição de autonomia dos sujeitos de maneira que este alcance a condição de influenciar na formulação das políticas de cuidado.

Diante desse cenário, entende-se que é imprescindível que a formação desses profissionais supere o modelo tradicional, pautado no paradigma cartesiano/flexneriano, em que o modelo biomédico, a fragmentação e a especialização do conhecimento predominam (Leal *et al.*, 2018).

Com base nessas reflexões e nesse cenário desafiador que exigia mudanças nos processos formativos em saúde, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída através da Portaria GM/MS nº 198/2004 (Brasil, 2004) e por meio da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, teve suas diretrizes estabelecidas (Brasil, 2007).

Considerada uma estratégia importante para subsidiar processos de mudanças em contextos institucionais, a Educação Permanente em Saúde (EPS), tem como base o ensino problematizador e a aprendizagem com significados. A EPS parte do princípio de que o processo ensino-aprendizagem se dá a partir das reflexões geradas no cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, é possibilitado ao profissional refletir sobre condutas, buscando assim, traçar novas estratégias e percorrer outros caminhos, a fim de vencer fragilidades tanto no campo individual, quanto coletivo (Pereira *et al.*, 2018).

A EPS é, portanto, uma estratégia político-pedagógica que tem por objeto lidar com as demandas e problemas provenientes do processo de

trabalho em saúde e agrega o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no dia a dia do trabalho, a fim de produzir mudanças neste cenário. Destarte, a EPS almeja qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho nos diversos níveis do sistema, vislumbrando a prestação de serviço mais acessível, de qualidade e humanizado e um processo de gestão político-institucional do SUS, mais fortalecido nos seus três entes federados (Brasil, 2018).

No que concerne aos cursos da área da saúde, *lócus* de reflexão e prática desses princípios, temos as Residências em Saúde (RS), em todas as suas modalidades, como cursos de pós-graduação que convidam os profissionais de saúde para o exercício no SUS. A formação traz em sua essência a implicação do trabalhador, que almeja mais que um título acadêmico. Ele deseja obter ferramentas para superar os obstáculos impostos no dia a dia e transformar o ambiente que atua (Torres *et al.*, 2019). Destarte, as RS mostram-se como importante processo de formação quando se discute as possibilidades de EPS, sendo considerada um eixo de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Salvador *et al.*, 2011).

Da ótica das possibilidades de EPS, as RS se colocam como um dos eixos de ação da PNEPS, extremamente importante enquanto processo formativo. Através dos programas de residência busca-se atingir um cuidado integral, construído a partir das contribuições dos diferentes núcleos de profissões (Torres *et al.*, 2019).

Assim, o presente trabalho buscou responder aos seguintes questionamentos: A EPS tem contribuído para o redirecionamento do processo de formação do residente em saúde? E, verificando essa contribuição, como a EPS se insere e tem contribuído para o redirecionamento do processo de formação do residente em saúde? Quais as percepções de residentes sobre a EPS?

Esta pesquisa deriva do Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, cujo título é: “A Educação Permanente em Saúde no Processo de Formação de Residências em Saúde”.

2. Percorso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, que teve como cenários de investigação o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), situados no sertão da Paraíba.

Participaram do estudo nove residentes dos dois programas de RS cenários da pesquisa, sendo cinco do PRMSC (1 estudante R2 e 10 recém-egressos) e quatro do PRMFC (11 alunos R2). Estes eram profissionais da enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e psicologia. Foram incluídos na pesquisa os residentes ativos no programa e que haviam concluído o primeiro ano da RS, considerando todos os núcleos profissionais e excluídos os residentes que estavam de licença médica, afastados por qualquer motivo ou com matrícula interrompida.

Para a coleta de dados empíricos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que ocorreram no período entre abril e maio de 2022. Quanto ao instrumento, tratou-se de um roteiro com questões norteadoras, que orientou o pesquisador na condução das entrevistas em torno do objeto de estudo. O mesmo foi elaborado pelos pesquisadores e submetido à avaliação de *experts* para a validação de conteúdo.

As perguntas eram abertas para proporcionar respostas livres e buscavam, principalmente: apreender sobre como a experiência do R2 e recém-egressos dialoga com o movimento de reorientação da formação e do trabalho em saúde no contexto do SUS; qual a compreensão do residente em relação à EPS e como esta foi desenvolvida durante o curso; e quais as fragilidades e desafios desse processo o R2 consegue destacar.

Em virtude do estado pandêmico no período da coleta de dados, as entrevistas aconteceram no formato remoto síncrono, utilizando o ambiente virtual Google Meet®. Utilizamos a plataforma acessando com o e-mail institucional da Universidade, com isso, o tempo de utilização foi ilimitado, não correndo o risco de o acesso ser interrompido durante a entrevista.

Para a realização das entrevistas foi encaminhado um convite para todos os residentes, contendo a identificação do pesquisador, assim como, o título e os objetivos do estudo. O texto também explicava que a entrevista

aconteceria de forma remota, através da plataforma Google Meet®. Diante do aceite do residente em realizar a entrevista, era agendado o dia e hora para realização da mesma. No dia da entrevista o pesquisador enviava o link de acesso à sala, juntamente com link do *Google forms* contendo o TCLE para ser assinado pelo entrevistado. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores que, antes de iniciá-las, solicitava aos entrevistados autorização para fazer a gravação do áudio da mesma, justificada pela necessidade de posterior transcrição do conteúdo, que por sua vez, foram gravados com uso do gravador de voz do aparelho celular que foi posicionado do lado do computador.

O material áudio gravado das entrevistas, que totalizou 5 horas e 48 minutos foi transcrito por colaboradores da pesquisa e em seguida validado pelos pesquisadores através da audição dos áudios, acompanhando a leitura do material transcrito. Após essa etapa os registros foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2014), na modalidade de categoria temática.

As entrevistas foram transcritas e arquivadas em Word, apresentados sem correções gramaticais. Para assegurar o anonimato, os sujeitos da pesquisa foram codificados com as letras *SC* para os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e as letras *MFC* para os do Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade, acrescido do código alfanumérico segundo a ordem de que os participantes foram entrevistados.

Posteriormente, os dados narrativos foram organizados em quadros no Word, a partir de unidades de registro e de contexto, as quais emergiram por meio da frequência de semelhanças. Logo após, foram realizados os recortes dos discursos dos participantes do estudo, considerando a convergência com o conteúdo semântico. Em seguida os fragmentos do texto foram agrupados para delimitação das categorias temáticas. Superada esta etapa, as categorias analíticas foram interpretadas, à luz da literatura pertinente ao objeto de estudo que a presente pesquisa se propõe a estudar.

Durante a realização das entrevistas e o processo de transcrição das mesmas, categorias temáticas foram formuladas a partir das primeiras

impressões do pesquisador, perante a realidade apresentada no discurso dos entrevistados. Em seguida, essas categorias foram aperfeiçoadas por meio da análise do referencial teórico e do aprofundamento dos relatos dos participantes, resultando nas categorias finais, quando os recortes das falas dos participantes levaram a compreensão significativa do texto, as quais serão apresentadas nos resultados e discussão.

A pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido a Plataforma Brasil para apreciação, tendo sido aprovado conforme o parecer 5.375.901. O pesquisador atuou minimizando riscos e potencializando os benefícios e garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados entre os participantes deste estudo.

3. Resultados e Discussão

A análise do material empírico, produzido a partir dos depoimentos, resultou na identificação de três categorias e respectivas subcategorias analíticas. Todavia, neste recorte, será apresentada apenas uma das categorias, juntamente com suas subcategorias.

Categoria Analítica: Concepções dos Residentes sobre a EPS

Subcategoria Analítica 1: Educação Permanente *versus* Educação Continuada: definir para implementar?

Quando questionados acerca da temática, a concepção de EPS, a maioria expressou uma visão oriunda do conceito mais ampliado de EPS proposto pela PNEPS e adotada neste estudo. Contudo, alguns residentes fizeram forte correlação com a educação continuada, trazendo em seus relatos a realização de capacitações e atualizações específicas e pontuais como sendo momentos de EPS que identificaram durante sua experiência na residência.

A gente fazia uma reunião [...] e começava a dialogar com aquele profissional sobre as dificuldades que eles estavam encontrando

naquele contexto de trabalho [...] o que eles gostariam de executar mas não tavam conseguindo, o que [...] acham que era melhor (SC4)

Talvez se tivesse, por exemplo, encontros para serem discutidos problemas reais que acontecem nas UBS com os residentes e possíveis condutas naqueles casos que a gente tivesse dificuldade na prática, não só encontros com base na teoria. (MFC1)

Nas falas dos residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade, em especial, há uma compreensão muito intensa de que a educação permanente, para eles se dava por meio de avaliações teóricas, das dúvidas que eram sanadas pelo preceptor e pelas orientações destes quanto à conduta terapêutica, conforme observamos nos depoimentos listados:

[...] temos aulas teóricas e fazemos provas também pra poder ver nossos conhecimentos como é que estão (MFC3)

É, pelo que eu entendi, ela (EPS) é realizada para manter os profissionais mais, [...] eu vou utilizar outro termo, é uma reciclagem profissional, pelo que eu entendi. Ela é mais voltada nesse sentido, em que aqueles profissionais que às vezes tão adormecidos na sua prática técnica ou na sua prática do seu serviço. Então, ela vem mais pra fortalecer esse processo de reciclagem do conhecimento desses profissionais (SC2)

Rossetti *et al.* (2019) enfatizam que, mesmo reconhecendo que o modelo de gestão alicerçado nas capacitações de trabalhadores através de manuais e treinamentos, desde os primórdios do funcionamento do SUS, é falho - posto se tratar de uma metodologia inadequada e insuficiente, já que compreende o profissional como ser desprovido de conhecimento prévio - anos após, ainda são compreendidas e adotadas tais práticas como sendo EPS.

Diferente do que foi falado por alguns residentes participantes desse estudo, a EPS objetiva fazer com que o aprendizado ocorra através da problematização dos cenários reais de práticas e que este possa gerar transformações nos fazeres que acontecem nesses espaços de acordo com suas necessidades. Já a educação continuada pauta-se na transmissão de conhecimento, sem grandes impactos do ponto de vista de modificação do cotidiano (Sade *et al.*, 2019).

Todavia, as falas dos residentes evidenciam uma discussão emergida há anos no Brasil, fortemente aflorada a partir das reflexões oriundas da

implementação da PNEPS que traz a dualidade entre as noções de educação permanente em saúde e educação continuada como tema central da discussão e que, até os dias de hoje, encontra-se dissenso entre alguns autores (Carvalho; Teodoro, 2019).

Talvez em decorrência dessa falta de consenso na literatura, o estudo proposto pelas autoras optou por não fazer diferenciação entre os termos EPS e EC. Entretanto, entendemos que, à medida que estes conceitos não são discutidos, acaba por perpetuar a execução de ações e direcionamentos que se distanciam do que é trazido na PNEPS e por renomados estudiosos que se debruçam sob a temática (Carvalho; Teodoro, 2019).

Com isso, não estamos querendo reforçar a ideia de que, apenas o fato de conseguir fazer a distinção conceitual entre educação permanente em saúde e a educação continuada é suficiente para gerar resultados ou mudança de práticas, porém, compreendemos que a não diferenciação entre elas as coloca na mesma cesta, sendo que, diversos autores mencionam claras e contundentes diferenças entre a EPS e a EC, podendo ainda serem complementares entre si. Para Jesus *et al.* (2020), a identificação e distinção das práticas de EPS vêm ganhando força e importância, uma vez que possibilita visualizar os entraves que cercam o processo de efetivação da EPS.

Segundo Ogata *et al.* (2021), enquanto a EPS almeja a transformação de práticas e aprendizagem significativa, tem como foco a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, se organizando a partir da valorização do trabalho como fonte de conhecimento, utilizando estratégias de ensino participativas que propiciam a reflexão das práticas. A EC baseia-se na transmissão de conhecimentos, direcionada as categorias profissionais, a partir da fonte de conhecimento de cada área, empregando estratégias pedagógicas com enfoque nos eventuais treinamentos e cursos.

Desta forma, entende-se que, certamente o conhecimento e apropriação dos referidos conceitos apresentam relação com sua devida implementação, uma vez que, quando utilizada para finalidade inadequada não surtirá o efeito esperado/desejado, o que fará com que haja a falsa percepção de que a abordagem foi ineficaz, quando na verdade ela foi empregada em uma situação

que carecia da utilização de outra ferramenta pedagógica para que tal objetivo pudesse ser alcançado.

Subcategoria Analítica 2: Distanciamento entre discurso e prática: resistência dos profissionais

A partir das falas de alguns participantes do estudo é possível perceber que, além de apresentarem compreensão à luz do que é proposto pela PNEPS, alguns residentes reconhecem o importante papel que a EPS possui enquanto ferramenta pedagógica. Para além disso, estes relatam as dificuldades de efetivação dessa prática na rotina do processo de trabalho, evidenciando um distanciamento entre o discurso e prática, como expressam os relatos:

Eu acredito também que [...] ainda viva muito no campo das ideias (EP) [...] mas a prática, de fato, [...] não acontece, ao meu ver [...] em algumas instituições acontece, mas [...] é muito incipiente ainda pra esse poder que ela tem de transformar as instituições, de transformar os processos de trabalho, de melhorar esses processos de trabalhos, otimizar (SC1).

Um profissional acomodado, que muitas vezes não tem uma perspectiva de futuro, e tá num serviço no interior que paga pouco, você virar pra ele e querer que, ou exigir que haja EP é até utópico, porque não vai acontecer [...] se for depender deles, nunca vai acontecer EP (SC4)

Mas você vai num serviço, tem uma pessoa que é formada há 30 anos, exerce a profissão há 30 anos, tá fazendo a mesma coisa todos os dias, você vai falar de EP? Ela vai olhar para o colega do lado e vai falar: 'Ah, esses meninos acham que vão fazer alguma coisa? E continua, segue o jogo. Entende? (SC3)

Correio e Correio (2018), ao descreverem à experiência vivenciada numa residência multiprofissional em saúde em um hospital vinculado à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), relatam que além da dificuldade de disponibilidade de espaços para atuação e discussão da equipe, uma vez que alguns ambientes não comportavam o grupo de residentes; os momentos destinados à discussão e troca de experiências era limitado pela pouca participação dos preceptores e profissionais do serviço, já que, mesmo mediante constantes convites estes não se propunham a participar, quer seja pela indisponibilidade de horário ou pela ausência de interesse dos mesmos. Alguns depoimentos corroboram com os achados pelos

referidos autores. Os residentes encontraram considerável dificuldade na efetivação e continuidade da EP enquanto prática instituída. Diversas falas apontam que a manutenção de tais práticas era descontinuada da rotina tão logo os residentes seguissem para outros serviços, conforme vemos nas falas:

[...] a gente conseguia executar a EP, só que é um processo de alguém que tá chegando no serviço e tá realizando com alguém do serviço. Muitas vezes você não consegue deixar para aquelas pessoas realizarem a EP, você até consegue falar: “Oh, reflexão, vamos entender o que está acontecendo no serviço” demonstrar as demandas, mas você vira as costas e os trabalhadores vão fazer o que estão acostumados a fazer todos os dias [...] Muitas vezes o que eles não querem é ter algo a mais pra fazer” (SC3)

Só que aí com a nossa saída para o segundo ano, para os serviços da rede de atenção à saúde, acabou se desvirtuando a ponto de não acontecer mais esses momentos. Então, não foi, de fato, incorporado naquele processo de trabalho esse momento de reflexão que poderia, a partir dali, também, gerar mudanças, gerar melhorias (SC1)

Rossetti *et al.* (2019), descrevem que a maioria dos profissionais reconhecem a EPS enquanto processo gerador de mudanças de postura, todavia, para outros, essas mudanças não ocorrem por resistência de alguns trabalhadores. Para os autores, a própria conformação do sistema de saúde restrita ao mero cumprimento de manuais e legislação, acaba por travar um processo que deveria acompanhar a dinamicidade do fazer saúde. Desta forma, quando o processo de reflexão acerca das práticas do cotidiano no serviço é colocada à margem e não há a incorporação da EPS nos cenários de produção do cuidado, prevalece a visão individual e estanque de alguns atores. Os depoimentos a seguir trazem justamente essa compreensão dos residentes a respeito do desejo e disponibilidade dos trabalhadores acerca do processo de implementação e modificação dos cenários através da EPS. Para eles, a efetiva participação dos trabalhadores é um fator decisivo para o sucesso na institucionalização da EPS.

[...] quando a gente encontra um profissional que tem essa mesma mentalidade, tem essa mesma percepção a gente acaba conseguindo barrar os empecilhos e fazer, mas quando não, os empecilhos são maiores (MFC2)

Não é uma coisa tão difícil (EP), pelo menos não de você entender mais ou menos, pode ser difícil de você implantar no dia a dia,

principalmente quando você se depara com pessoas que não querem mudar (SC4)

Para Rodrigues *et al.* (2021), a implementação de momentos de educação permanente, organizados pelos residentes, oportuniza autoavaliação de prática e atua como elemento motivador, a partir do momento que valoriza o espaço de educação e possibilita novas perspectivas. Essas potencialidades da EPS são defendidas pelos autores pelo caráter de dinamicidade que a EPS pode conferir a um processo de trabalho que vem se tornando mecânico, em virtude da rotina do dia-a-dia, e em muitas situações a conduta é baseada no empirismo, em algumas ocasiões, correta, mas em outras não.

4. Considerações Finais

O estudo mostrou que a maioria dos residentes, sobretudo os do Programa de Saúde Coletiva, percebe a EPS como potente mecanismo capaz de gerar transformações no ambiente de trabalho. Todavia, há uma compreensão de que a educação permanente se constitui um elemento externo ao processo de trabalho, o que representa trabalho adicional para que os profissionais a insiram em sua rotina.

Foi possível identificar ainda que existe a necessidade de discutir e diferenciar concepções e papéis da educação permanente e da educação continuada, haja vista que em grande parte dos depoimentos, especialmente os residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade, há uma compreensão muito mais aproximada das características da EC quando se referem às ações de EPS.

Entende-se que esta seja uma discussão central capaz de romper com a ideia que se trata da mesma coisa, já que EPS e EC apresentam finalidades distintas e que podem trazer prejuízos quando empregadas erroneamente em momentos e espaços que não apresentam carência de tal abordagem. Nesse sentido, compreende-se que a Escola de Saúde Pública, através das coordenações dos programas bem como os seus preceptores, possui papel e atuação imprescindíveis nessa condução.

Os relatos dos residentes mostraram também que há considerável dificuldade no que diz respeito à continuidade das ações de EPS no cotidiano dos trabalhadores, sendo estas interrompidas sempre que eles seguem para outro serviço da rede. O que aponta para o elevado grau de resistência dos trabalhadores na implementação desta ferramenta em seus processos de trabalho.

É importante destacar que as informações coletadas são referentes ao momento mais intenso da pandemia do Coronavírus (Covid 19) que interferiu na realização de diversas atividades de tutoria/preceptoria e foi exigiu momentos remotos de orientação e conseqüente distanciamento entre residentes e preceptores.

Segundo observações feitas e registradas no diário de campo do pesquisador, percebe-se que esse distanciamento impactou no processo formativo e de aprendizado na residência, uma vez que, para estes residentes prevaleceu a sensação de “estarem sozinhos” na tomada de decisão em situações e demandas que careciam do direcionamento do preceptor.

Quanto às possíveis limitações do estudo, aponta-se o momento pandêmico como potencial causador de modificação nos processos de trabalhos dos serviços de saúde, assim como, nas atividades pedagógicas dos referidos programas de residência. Por esta razão, sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos em torno da temática, a fim de que possam direcionar para o melhor emprego da EPS enquanto ferramenta transformadora da práxis.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Nildo Alves et al. *Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1705-1715, 2018.

BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como

estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. *A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1489-1500, 2017.

CARVALHO, Wania Maria do Espírito Santo; TEODORO, Maria Dilma Alves. *Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2193-2201, 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camila de Moura. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CORREIO, Natalia Gonçalves Mateus; CORREIO, Daniel Aragão Machado. *A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente*. Revista Fundamentos Care Online, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 593-598, 2018.

JESUS, Mariana Véio Nery et al. *Educação permanente: práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família*. Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 105-113, 2020.

LEAL, Loisláyne Barros et al. *Método ativo problematizador como estratégia para formação em saúde*. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 12, n. 4, p. 1139-1143, 2018.

OGATA, Márcia Niituma et al. *Interfaces between permanent education and interprofessional education in health*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021.

PEREIRA, Lizziane d'Ávila et al. *Educação permanente em saúde: uma prática possível*. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, 2018.

RODRIGUES, Daniela de Freitas et al. *Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho*. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 10, n. 5, p. e7410514491, 2021.

ROSSETTI, Luciana Teixeira et al. *Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros*. Revista FunCare Online, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 129-134, 2019.

SADE, Priscila Meyenberg Cunha et al. *Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino*. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 24, p. 1-10, 2019.

SALVADOR, Anarita de Souza et al. *Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Maceió, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

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

4

Capítulo 4

O Cuidado Pré-Natal do Parceiro na Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência

**O CUIDADO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**THE PARTNER'S PRENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: A
REPORT OF EXPERIENCE**

Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira

Secretaria Municipal de João Pessoa
João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0000-0003-2983-6621
Email:fabiolamoreiraco@gmail.com

Viviane Rolim de Holanda

Universidade Federal da Paraíba -UFPB/CCS/DESC
João Pessoa- Paraíba
ORCID: 0000-0002-7212-1800
Email: viviane.rolim@academico.ufpb.br

Ailma de Souza Barbosa Delgado

Apoiadora Institucional APS- Escola de Saúde Pública da Paraíba
João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0000-0001-7418-5771
Email: ailmabarbosa@gmail.com

Verônica Ebrahim Queiroga

Apoiadora Institucional APS- Escola de Saúde Pública da Paraíba.
João Pessoa-Paraíba
ORCID:0000-0001-88165851
Email: veronicaebrahim.q@gmail.com

Eliane Rolim de Holanda

Universidade Federal da Paraíba -UFPB/CCS/DESC
João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0000-0001-6433-9271
Email: eliane.rolim@academico.ufpb.br

Maria Luiza Conde Barroso

Discente da Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0009-0009-1183-6923
Email: maria.barroso@academico.ufpb.br

Maria Rita dos Santos Navarro

Discente da Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0009-0008-4915-180X
Email: maria.rita10@academico.ufpb.br

Gabrielly Gabriel Lima

Discente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0009-0007-7478-5321
Email: gabrielly.lima@academico.ufpb.br

Giovanna Carvalho Moura
Discente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa-Paraíba
ORCID: 0009-0001-5822-1063
Email: giovanna.carvalho7@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar estratégias de uma equipe de saúde para inserir o parceiro nos cuidados pré-natal, promovendo saúde masculina, fortalecendo vínculos familiares, aprimorando o cuidado integral na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Relato de experiência descritivo na Unidade Saúde Família, João Pessoa, envolvendo ações do projeto "Aconchego Materno" desde 2022. Incluiu convites para pré-natal, acolhimento, oferta de exames, rodas de conversa mensais, arte gestacional, na qual homens expressam sentimentos por meio de pintura no ventre da gestante, usando materiais atóxicos e registros fotográficos. As ações são registradas nos prontuários e cadernetas de gestação. **Resultado:** Aumentou 30% participação masculina no pré-natal, com melhorias no letramento sobre paternidade e saúde reprodutiva. Fortaleceram vínculos emocionais, participação no plano parto e relação entre homens, gestantes e equipe de saúde. A arte gestacional destacou-se como ferramenta inovadora, promovendo conexão emocional, redução de barreiras culturais e envolvimento do homem na gestação e cuidados pós-parto. **Conclusão:** A inserção do parceiro no pré-natal, aliada à arte gestacional e ao plano de parto, aumentou o engajamento, vínculos familiares e promoveu assistência mais humanizada. Apesar de desafios culturais e logísticos, as estratégias foram eficazes na sensibilização masculina, podem ser ampliadas em outras unidades, promovendo cuidado perinatal inclusivo e empático no SUS.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Paternidade; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: To report on the strategies of a health team to involve partners in prenatal care, promoting men's health, strengthening family bonds, and enhancing comprehensive care in primary health care. **Methodology:** A descriptive experience report from the Family Health Unit in João Pessoa, involving actions from the "Maternal Embrace" project since 2022. It included invitations for prenatal visits, welcoming, offering exams, monthly conversation circles, gestational art, where men express feelings through painting on the pregnant woman's belly, using non-toxic materials and photographic records. The actions are recorded in medical records and pregnancy notebooks. **Result:** There was a 30% increase in male participation in prenatal care, with improvements in literacy about fatherhood and reproductive health. Emotional bonds were strengthened, participation in the birth plan improved, and relationships between men, pregnant women, and healthcare teams were enhanced. Gestational art emerged as an innovative tool, promoting emotional connection, reducing cultural

barriers, and engaging men in pregnancy and postpartum care. Conclusion: The inclusion of partners in prenatal care, combined with gestational art and the birth plan, increased engagement, family bonds, and promoted more humanized care. Despite cultural and logistical challenges, the strategies were effective in raising male awareness and can be expanded to other units, promoting inclusive and empathetic perinatal care in the SUS.

Keywords: Prenatal Care; Fatherhood; Men's Health;

1. Introdução

O homem procura menos os serviços de saúde do que a mulher; assim, a adesão aos cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças para o público masculino é desafiadora. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral por parte do homem decorre de variáveis culturais herdadas da nossa sociedade patriarcal e de barreiras institucionais (Assis *et al.*, 2024).

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), regulamentada pela Portaria 3.562, de 12 de dezembro de 2021, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade por meio do enfrentamento dos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades (Brasil, 2021).

Para ampliar a participação dos homens na atenção primária à saúde (APS) e para garantir espaços de reflexão sobre o cuidado, foi criada a Estratégia do Pré-Natal do Parceiro (EPNP), que propõe aproveitar a presença do homem nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-o a participar das atividades educativas que envolvem o exercício da paternidade, considerando a integralidade no cuidado desta população (Brasil, 2023).

A EPNP é uma importante estratégia para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento e aprimorar os vínculos afetivos familiares nos serviços da APS. Nessa proposta, o termo “parceiro” é entendido como indivíduo que estar ao lado de uma pessoa que gesta, cumprindo sua função de parceiro no exercício da parentalidade, e se estende a todos os homens, pais biológicos ou não, cisgêneros ou transgêneros, gays, bissexuais ou heterossexuais, independentemente de raça, cor, origem ou classe social (Brasil, 2023).

Dessa forma, é possível ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Visto que historicamente, tanto o planejamento reprodutivo quanto às ações em saúde voltadas ao momento da gestação, parto e puerpério foram pensadas e direcionadas às mulheres e ao binômio mãe-filho (Oliveira *et al.*, 2021).

A presença do parceiro durante o pré-natal desempenha um papel fundamental na promoção da saúde materno-infantil, especialmente sob a perspectiva da APS. Essa abordagem valoriza o acolhimento, o fortalecimento de vínculos e o cuidado integral do homem, reconhecendo-o como protagonista no processo de gestação e no cuidado da saúde de sua família.

Neste cenário, a APS reconhece a importância do cuidado integral do homem, incluindo a promoção da sua saúde física, mental e emocional. No contexto do pré-natal, isso implica oferecer espaços de escuta, informações e ações que incentivem o autocuidado, a prevenção de doenças e o envolvimento ativo na gestação. Dessa forma, o homem é visto como sujeito de cuidados, fortalecendo sua autonomia e sua capacidade de apoiar a parceira e a criança.

Com base no exposto, objetiva-se relatar as estratégias implementadas por uma equipe de uma unidade de saúde visando à inclusão do parceiro nos cuidados pré-natal. Ao relatar as ações adotadas, pretende-se contribuir para a disseminação de práticas que promovam a saúde do homem, fortalecendo seu vínculo com a equipe de saúde e ampliando a atenção integral à saúde dessa população, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

2. Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir de reflexões acerca das estratégias de participação do homem nos cuidados pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de João Pessoa, Estado da Paraíba.

A UBS Tito Silva, localizada no bairro Miramar, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), incentiva o pré-natal do parceiro por meio do apoio da equipe do Projeto de Extensão Acadêmica, denominado “Aconchego Materno”, desenvolvido por docentes e estudantes da Universidade Federal da

Paraíba (UFPB) e por compreender a importância do envolvimento ativo do parceiro nos cuidados em saúde e construção da paternidade. Neste contexto, desde 2022, o Projeto Aconchego Materno tem sido uma parceria entre a equipe da unidade de saúde e a comunidade, resultando na realização de mais de 100 pré-natais para homens.

As ações incluem convites para que os homens participem do pré-natal, acolhendo-os durante as consultas de enfermagem, médica e odontológica e realizando a oferta dos testes rápidos, solicitação de exames laboratoriais, avaliação da situação vacinal e atividades de educação em saúde, todas registradas no prontuário e na caderneta da gestação.

Já as ações de educação em saúde são promovidas mensalmente, sempre na última terça-feira do mês, por meio de rodas de conversa e distribuição de folders informativos, abordando temas relevantes como planejamento reprodutivo, cuidados com o bebê, plano de parto e direitos (licença paternidade e lei do acompanhante). O uso de demonstrações com bonecos e materiais ilustrativos tem facilitado o entendimento dos participantes.

Durante as consultas de pré-natal, os homens foram incentivados a se aproximar do plano de parto e durante as ações coletivas estimulados a tirarem suas dúvidas sobre o parto. Inicialmente, os participantes não sabiam muito sobre o plano de parto, mas, ao longo do acompanhamento pré-natal, aprenderam e produziram sentidos que lhes permitiram participar ativamente e construir em conjunto o plano de parto. Houve troca de informação sobre participação afetiva e física do homem no parto por meio de palavras encorajadoras, abraçando, massageando, dando suporte corporal para as mulheres durante as contrações, cortando o cordão umbilical dos bebês. Houve diálogo também de como participar no pós-parto, ao reorganizar a casa, nos cuidados com os bebês e no aleitamento materno.

Uma outra estratégia inovadora do projeto foi a oferta da arte gestacional, no terceiro trimestre da gestação, em que os homens são convidados a expressar seus sentimentos durante a pintura no ventre da companheira, criando um espaço de conexão emocional com elas e seus filhos. Para realizar a arte gestacional, utiliza-se da palpação obstétrica através da manobra de Leopold e da ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF). Durante o processo, a gestante e o homem vão informando características imaginárias do filho e a equipe realiza

o desenho integrando este imaginário com o posicionamento encontrado através da palpação obstétrica e repassando orientações para o letramento do parto. O homem é incentivado a participar da pintura no ventre materno e conversar com o bebê, contando para ele suas expectativas. Visualizar o feto da maneira em que ele se encontra no meio intrauterino naquele momento juntamente com as características imaginárias, pode proporcionar sentimentos de emoção para o homem além de fortalecer o vínculo com o filho.

Os homens participam da arte gestacional trazendo, muitas vezes, situações do cotidiano deles, como por exemplo, a bola de futebol e outros símbolos do imaginário masculino, que representam suas experiências, interesses e conexões emocionais com o momento de espera e paternidade. Essa participação ativa ajuda a fortalecer o vínculo afetivo com o bebê, promovendo uma compreensão mais profunda do processo de gestação e da importância do papel paterno.

Os materiais utilizados para realizar a arte gestacional incluem tintas atóxicas, que garantem segurança e conforto durante a atividade, pincéis de diferentes tamanhos para permitir detalhes variados, além de itens de maquiagem que facilitam a criação de efeitos visuais e detalhes personalizados. Alguns participantes também optam por incorporar objetos simbólicos, como pequenos brinquedos, roupas ou acessórios que tenham significado especial para eles, enriquecendo ainda mais a expressão artística.

Ao finalizar, os homens são convidados a fazer registros fotográficos, que capturam a essência do momento, além de filmagens que possibilitam uma documentação mais ampla e emocional da experiência. Esses registros se tornam memórias valiosas, podendo ser compartilhados com a parceira, familiares e amigos, reforçando o sentimento de conexão e participação no processo de gestação. Essa abordagem promove um espaço de reflexão, criatividade e fortalecimento dos laços afetivos, contribuindo para a construção de uma paternidade mais consciente e presente.

Neste relato de experiência, foram adotadas medidas éticas para assegurar a integridade do trabalho e o respeito aos indivíduos envolvidos, conforme estabelece a Resolução nº 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde. Entre essas medidas, destacam-se a proteção da privacidade dos participantes, garantindo que suas identidades e informações permaneçam confidenciais; a

fidelidade na descrição das experiências, refletindo fielmente o que foi vivenciado, sem distorções; o respeito às questões culturais e contextuais relacionadas aos relatos; e a garantia de que não há conflitos de interesse que possam influenciar a interpretação ou a apresentação das experiências.

Foto 1: Letramento em saúde do homem



Fonte: Elaboração própria

Foto 2: Colorindo a vida



Fonte: Elaboração própria

Foto 3: Pré-natal do parceiro e puericultura



Fonte: Elaboração própria

3. Resultados e discussão

As ações implementadas geraram aprendizagens significativas para a equipe de saúde, para a gestão da unidade e para os estudantes (futuros profissionais de saúde) envolvidos no projeto “Aconchego Materno”, durante a oferta de cuidado pré-natal do parceiro na atenção primária à saúde.

Observou-se um aumento de, pelo menos 30%, na participação dos homens nas atividades de saúde, o que indica uma maior adesão às recomendações de saúde e um aumento no letramento sobre temas importantes relacionados à paternidade e à saúde reprodutiva. Esse engajamento não apenas melhora a saúde dos homens, mas também fortalece o vínculo familiar e a relação com a equipe de saúde, promovendo uma rede de apoio durante a gestação e puericultura.

Percebe-se ainda que as ações educativas durante o pré-natal oferecem uma oportunidade para promover a saúde e reduzir riscos que podem causar impactos duradouros sobre os comportamentos de saúde do homem.

Assim, a atenção primária à saúde reconhece a importância do cuidado integral do homem, incluindo a promoção da sua saúde física, mental e emocional. No contexto do pré-natal, isso implica oferecer espaços de escuta, informações e ações que incentivem o autocuidado, a prevenção de doenças e o envolvimento ativo na gestação. Dessa forma, o homem é visto como sujeito de cuidados, fortalecendo sua autonomia e sua capacidade de apoiar a parceira e a criança.

Ademais, a vivência da arte gestacional proporcionou aos homens uma experiência transformadora com potencial formador de vínculos que se contrapõem ao modelo tecnocrático da saúde, propondo uma tecnologia leve para a atenção pré-natal. A participação do homem na arte gestacional emerge como uma abordagem inovadora e eficaz dentro desse contexto humanizado ao aproximar o homem do universo da paternidade responsável. Além de servir como uma ferramenta terapêutica, a arte gestacional permitiu que as mulheres e os homens compartilhassem suas experiências e preocupações, transformando o processo de gestação em uma experiência mais conectada e significativa.

O vínculo e confiança entre os homens, as gestantes e a equipe se fortaleceram, favorecendo o retorno para outras atividades em grupo, estímulo para a realização do pré-natal e busca de novos conhecimentos sobre a gestação, parto e aleitamento materno.

Desse modo, o pré-natal do parceiro, aliado à arte gestacional e ao plano de parto, tem aproximado o homem para o cuidado com sua saúde e fortaleceu a relação entre os homens participantes e a equipe de saúde, contribuindo para uma abordagem mais empática no cuidado perinatal.

4. Considerações Finais

Percebe-se que a adesão do parceiro esteve associada a maior engajamento nas consultas de pré-natal, adesão à consulta de puericultura futura, às recomendações de saúde para melhoria de estilos de vida, fortalecimento de vínculos e satisfação com a assistência recebida.

A proposta reforça a importância de envolver ativamente o parceiro masculino no cuidado pré-natal, evidenciando que sua participação está diretamente relacionada a melhorias nos aspectos de saúde, vínculo familiar e satisfação com o atendimento. Esse relato evidencia que a inclusão do homem no processo gestacional não apenas potencializa o apoio emocional e prático à gestante, mas também contribui para a promoção de estilos de vida mais saudáveis, beneficiando toda a família.

Reflexões adicionais podem ser feitas sobre a necessidade de ampliar as estratégias de sensibilização, considerando as barreiras culturais e sociais que dificultam a participação masculina. Como o combate ao machismo e a promoção de uma cultura de igualdade de gênero podem ser elementos centrais para transformar a percepção social sobre o papel do homem na gestação e no cuidado infantil? De que maneira as ações de educação em saúde podem ser adaptadas para atingir diferentes contextos culturais e socioeconômicos, garantindo maior acessibilidade e acolhimento?

Outra questão importante diz respeito à formação dos profissionais de saúde. Como capacitar a equipe de APS para que estejam preparados para promover o envolvimento do parceiro de maneira inclusiva e sensível às dinâmicas familiares? Além disso, quais estratégias podem ser adotadas para

superar as dificuldades de compatibilidade de horários e falta de tempo, de modo a facilitar a participação do homem nas consultas e atividades relacionadas ao pré-natal?

Por fim, a expansão de ações como a arte gestacional e o plano de parto para outras unidades de saúde representa uma oportunidade de criar um ambiente mais acolhedor e democrático, fortalecendo a integralidade do cuidado. Essas reflexões reforçam que o cuidado ao homem na atenção primária não é apenas uma estratégia de promoção de saúde, mas uma prática fundamental para a construção de uma sociedade mais igualitária, participativa e comprometida com o bem-estar familiar.

Referências

ASSIS, J. C. et al. *Pré-natal do parceiro: desafios para a saúde pública para a adesão*. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 657–672, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.562, de 12 de dezembro de 2021*. Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

OLIVEIRA, B. C. L. et al. *Ações de saúde para homens-pais e promoção da paternidade no pré-natal: revisão integrativa*. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 4, p. e59310414460, 2021.

5

Capítulo 5

**Interiorização da Residência
em Saúde: Perspectivas dos
Residentes a Luz Da
Educação Permanente em
Saúde**

**INTERIORIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DOS
RESIDENTES A LUZ DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

**THE INTERNALIZATION OF HEALTH RESIDENCY PROGRAMS:
RESIDENTS' PERSPECTIVES IN LIGHT OF CONTINUING EDUCATION IN
HEALTH**

Cleiton Charles da Silva

Universidade Federal da Paraíba - UEPB
João Pessoa - Paraíba
orcid.org/0000-0002-1207-2947
cleiton.charles@hotmail.com

Luana Rodrigues de Almeida

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa - Paraíba
orcid.org/0000-0003-1365-8912
luana.almeida2@academico.ufpb.br

Eduardo Bezerra de Almeida

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0007-0196-8805
eduardo_almeida17@outlook.com

Roseane Araújo Costa Ferreira

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0007-2434-4448
roseaneacferreira@hotmail.com

Regina Célia Gonçalves de Andrade

Faculdade Santa Emília de Rodat
João Pessoa - Paraíba
orcid.org/0009-0003-2540-3156
reginacgandrade@gmail.com

Maura Roberta Guilherme de Lima Luduvico

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Natal - Rio Grande do Norte
orcid.org/0000-0003-3730-1416
maurargll@gmail.com

Henrique de Almeida Veras

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0000-0001-6603-2011
henriquepb@hotmail.com

Jessika Rayane Rocha Benevides

Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa - INESP
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0002-6844-7725
Jessika.rayanne@hotmail.com

Rute Maria Rocha de Macedo

Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardiovascular
e Fisioterapia Intensiva – Assobrafir
Campina Grande - Paraíba
orcid.org/0009-0000-2164-8920
ruterochafisio@gmail.com

Ravena de Farias

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Campina Grande – Paraíba
orcid.org/0009-0004-2255-5792
ravena.farias81@gmail.com

RESUMO

Este estudo analisou a implantação de programas de Residência em Saúde (RS) em municípios do interior, com foco na efetivação da Educação Permanente em Saúde (EPS) como eixo formativo. A partir das falas dos residentes, identificaram-se potencialidades, como o fortalecimento da qualificação profissional e a ampliação do acesso à saúde em regiões historicamente desassistidas. No entanto, também emergiram fragilidades importantes, como a precarização dos serviços, a desorganização da rede de atenção, a ausência de suporte pedagógico qualificado e a interferência político-partidária no processo de trabalho. Os residentes relataram desafios que comprometem a qualidade da formação, como a sobrecarga assistencial, a falta de clareza sobre seu papel nos serviços e a escassez de preceptores preparados para promover a articulação entre teoria e prática. Esses aspectos enfraquecem a proposta de uma formação crítica, comprometida com os princípios do SUS. Conclui-se que, embora a interiorização dos PRS represente uma estratégia importante para a equidade em saúde, sua efetividade depende de investimentos estruturais, pedagógicos e políticos. É essencial garantir condições que favoreçam processos educativos significativos, a valorização dos preceptores e a proteção do ensino contra práticas assistencialistas, reafirmando a EPS como ferramenta de transformação das práticas em saúde.

Palavras-chave: Qualificação Profissional em Saúde; Programa de Pós-Graduação em Saúde; Serviço de Saúde

ABSTRACT

This study analyzed the implementation of Health Residency Programs (HRPs) in small towns, focusing on the role of Permanent Health Education (PHE) as a formative axis. Residents' narratives revealed both potentialities and challenges. On one hand, the programs enhanced access to healthcare and professional qualification in historically underserved regions. On the other, significant weaknesses were identified, such as precarious health services, disorganized care networks, lack of pedagogical support, and political interference in the work process. Residents reported conditions that compromise the quality of training, including excessive workloads, unclear roles within services, and insufficiently prepared preceptors to bridge theory and practice. These issues hinder the development of a critical and transformative education aligned with the principles of Brazil's Unified Health System (SUS). The study concludes that while the decentralization of HRPs is an important strategy for promoting health equity, its success depends on structural, pedagogical, and political investments. It is crucial to ensure meaningful educational processes, value the role of preceptors, and shield residency training from merely assistentialist practices. PHE must be reaffirmed as a strategic tool for transforming healthcare practices and improving the training of professionals in primary health care contexts.

Keywords: Professional Qualification in Health; Postgraduate Program in Health; Health Service

1. Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma estratégia fundamental para promover mudanças em contextos institucionais, fundamentando-se no ensino problematizador e na aprendizagem significativa. Parte do princípio de que o processo de ensino-aprendizagem ocorre por meio de reflexões geradas no cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, os profissionais são incentivados a repensar suas práticas, traçando novas estratégias para superar fragilidades tanto no âmbito individual quanto coletivo (Pereira *et al.*, 2018).

A EPS, como estratégia de ensino no serviço, apresenta potencial para melhorar as condições de trabalho e a qualidade dos serviços, ao adotar metodologias ativas de aprendizagem, princípios da problematização e da contextualização da realidade, além de estimular o pensamento reflexivo dos profissionais. No entanto, a literatura aponta dificuldades na implementação de processos de ensino-aprendizagem com base em um modelo crítico-participativo, o que contribui para a persistência de práticas tradicionais, mesmo

após quase duas décadas da criação da Política Nacional de EPS (Pereira *et al.*, 2018).

Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam que, quando inserida no cotidiano da gestão e da condução dos serviços de saúde, a EPS permite que o SUS assumira um papel ativo na interlocução com instituições formadoras, contribuindo para a elaboração e implementação de projetos político-pedagógicos de formação profissional. Dessa forma, o SUS deixa de ser apenas um campo de estágio ou prática e passa a atuar como espaço formador em si.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) aponta que a qualidade da atenção está diretamente relacionada à formação de profissionais qualificados, capazes de atuar com tecnologias voltadas à atenção individual e coletiva. Além disso, destaca que os avanços teóricos e tecnológicos no campo da saúde exigem novas condutas profissionais. As Portarias GM nº 198/2004 e nº 1.996/2007 reforçam que os processos de qualificação devem estar pautados nas necessidades locais, visando transformar práticas e organizar o trabalho a partir da problematização dos processos de saúde (Brasil, 2004; Brasil, 2007).

Silva e Brotto (2016) enfatizam que, além da precarização das políticas de saúde e das condições de trabalho no SUS, persiste a dificuldade dos formadores em adotar uma perspectiva crítica alinhada ao movimento sanitário, atuando sob uma lógica multiprofissional e com participação do controle social, conforme preconiza o SUS. Esses desafios suscitam reflexões sobre como profissionais já inseridos em um sistema fragmentado podem se comprometer com a formação de novos trabalhadores com perfis diferenciados, especialmente considerando que os serviços de saúde apresentam alta rotatividade de profissionais e forte tendência à fragmentação, decorrentes da privatização e da flexibilização das relações de trabalho.

No Brasil, a pós-graduação foi regulamentada na década de 1960 com o objetivo de qualificar profissionais e fortalecer o desenvolvimento acadêmico (Rego; Mucci, 2015). Os programas de residência dividem-se em duas modalidades: uniprofissional e multiprofissional. Ambos são voltados à formação em serviço, com dedicação exclusiva, duração mínima de dois anos e carga horária de 5.760 horas, sendo 80% práticas e teórico-práticas e 20% teóricas. O

acompanhamento é realizado por tutores, professores e preceptores, com metodologias ativas e problematizadoras orientando os currículos (Bernardo *et al.*, 2020).

A primeira experiência de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no Brasil ocorreu em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, com a Residência Integrada em Saúde Coletiva, voltada para a atenção básica e destinada a assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (Silva, 2018). Na década de 1990, novos programas foram impulsionados pelos Fóruns de Participação da Saúde, com foco no cuidado integral (Brasil, 2006).

A partir de 2003, fortaleceu-se a articulação entre Saúde e Educação para expandir as residências multiprofissionais. Em 2005, a Lei nº 11.129 e a Portaria Interministerial nº 2.117 instituíram oficialmente a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com foco na formação integrada para o SUS. Também foi criada a CNRMS, sob responsabilidade do MEC e MS. A RMS é uma modalidade *latu sensu* que abrange todas as profissões da saúde, exceto medicina (Brasil, 1998).

Apesar dos avanços, Silva e Brotto (2018) alertam que a expansão dos programas pode estar sendo apropriada por uma lógica de mercado, marcada pela precarização do trabalho e substituição de profissionais efetivos por residentes, especialmente em contextos de interiorização sem a devida estrutura e apoio pedagógico, o que compromete o processo formativo.

Por conseguinte, o aumento do financiamento federal, especialmente após a entrada do MEC na gestão das RMS em 2010, evidencia a importância estratégica dessa modalidade de formação na área da saúde (Silva, 2018). Reconhecida como um dos eixos da PNEPS, a RMS reafirma sua relevância na formação em serviço (Salvador *et al.*, 2011). Diante disso, torna-se essencial aprofundar os estudos sobre essa modalidade, explorando suas potencialidades e os desafios que impõem à consolidação do SUS.

Este estudo teve como objetivo responder às seguintes questões: a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem contribuído para redirecionar o processo formativo dos residentes em saúde? Se sim, como essa contribuição se manifesta no cotidiano da formação? Quais são as percepções dos residentes sobre a EPS? Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão do Mestrado

Profissional em Saúde da Família, intitulado “A Educação Permanente em Saúde no Processo de Formação de Residências em Saúde”.

2. Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório e descritivo, cujo cenário de investigação abrangeu o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), ambos localizados no sertão do estado da Paraíba.

Participaram do estudo nove residentes vinculados aos dois programas. Do PRMSC, participaram cinco profissionais — um residente do segundo ano (R2) e quatro recém-egressos —, e do PRMFC, quatro residentes do segundo ano. Os participantes eram oriundos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Psicologia. Foram incluídos residentes que haviam concluído, no mínimo, o primeiro ano da residência, independentemente da área de formação, e excluídos aqueles afastados por motivos médicos, em licença ou com matrícula suspensa durante o período da coleta de dados.

A produção dos dados empíricos ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os meses de abril e maio de 2022. Utilizou-se um roteiro composto por questões norteadoras, elaborado pelos autores da pesquisa e submetido à avaliação de especialistas para validação de conteúdo. As perguntas, de caráter aberto, visavam explorar: as percepções dos residentes do segundo ano e recém-egressos sobre a formação e o trabalho em saúde no contexto do SUS; a compreensão desses sujeitos sobre a EPS e sua aplicação prática no curso; além das fragilidades e desafios identificados ao longo do processo formativo.

Devido às restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas remotamente, em tempo real, por meio da plataforma Google Meet®. O acesso foi feito por meio do e-mail institucional da universidade, o que garantiu tempo ilimitado de uso e evitou interrupções durante a condução das entrevistas. Todos os residentes foram convidados a participar por meio de um comunicado que apresentava o pesquisador responsável, o título

da pesquisa, seus objetivos e os procedimentos metodológicos. O convite esclarecia que as entrevistas seriam realizadas em formato remoto. Com a concordância dos participantes, as entrevistas foram agendadas, e, na data combinada, o link de acesso à sala virtual foi enviado juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado via Google Forms.

As entrevistas foram conduzidas pelos pesquisadores e, antes de seu início, foi solicitada autorização para gravação do áudio, com a devida justificativa de que o material seria posteriormente transcrito. As gravações foram realizadas por meio do gravador de voz de um aparelho celular, posicionado ao lado do computador utilizado na videoconferência.

O material gravado — totalizando 5 horas e 48 minutos de áudio — foi transcrito por colaboradores da pesquisa e posteriormente validado pelos pesquisadores. Essa validação foi realizada por meio da escuta atenta dos áudios, em paralelo à leitura das transcrições, assegurando a fidedignidade do conteúdo. Após essa etapa, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, conforme a abordagem proposta por Bardin (2014), na modalidade de categorização temática. As entrevistas foram transcritas e armazenadas em arquivos do Microsoft Word®, sem alterações gramaticais, respeitando integralmente as falas originais dos participantes.

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, adotou-se uma codificação alfanumérica: os residentes do PRMSC foram identificados pela sigla “SC” e os do PRMFC pela sigla “MFC”, seguidas de numeração sequencial conforme a ordem das entrevistas.

Os dados narrativos foram organizados em quadros analíticos no Word®, com base em unidades de registro e de contexto que emergiram a partir da recorrência de elementos temáticos semelhantes. Em seguida, foram realizados os recortes das falas dos participantes, considerando sua convergência com o conteúdo semântico. Esses fragmentos textuais foram agrupados, permitindo a delimitação das categorias temáticas.

Durante a condução das entrevistas e o processo de transcrição, as primeiras impressões dos pesquisadores possibilitaram a formulação inicial das categorias temáticas, baseadas nas evidências emergentes dos discursos. Posteriormente, essas categorias foram refinadas à luz do referencial teórico

adotado e da análise aprofundada dos relatos, resultando na definição das categorias finais, as quais serão apresentadas e discutidas nos resultados.

Este estudo observou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 5.375.901. Durante todas as etapas da pesquisa, o pesquisador comprometeu-se a minimizar riscos, maximizar benefícios e garantir a privacidade e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

3. Resultados e Discussão

A análise do material empírico, proveniente dos depoimentos dos participantes, possibilitou a identificação de três categorias analíticas. Contudo, para fins deste recorte, será apresentada apenas uma das categorias, juntamente com suas respectivas subcategorias.

Além das temáticas relacionadas às concepções EPS e à sua contribuição para a formação na residência, uma problemática recorrente nas falas dos residentes diz respeito às especificidades dos programas de residência implementados em municípios do interior, em contraste com a maioria dos programas situados em grandes centros urbanos. Tais especificidades revelam-se, nesta análise, como simultâneas potencialidades e desafios à efetivação da EPS no contexto formativo das Residências em Saúde (RS).

Dessa forma, esta categoria emergiu dos relatos dos participantes sobre a implantação de programas de residência em municípios de pequeno porte, localizados no interior do estado. As falas evidenciam uma dualidade: por um lado, destacam-se os aspectos positivos da interiorização, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde tanto para a população quanto para os profissionais em processo de qualificação; por outro, apontam-se fragilidades, como a precariedade dos serviços, dificuldades estruturais da rede de atenção e os entraves político-partidários que impactam diretamente a organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

Categorias Analítica: Interiorização dos Programas de Residência: Potencialidades e fragilidades para a efetivação da EPS

Subcategoria Analítica 1 - Melhoria de acesso aos serviços de saúde e à qualificação de profissionais

A implantação dos programas de RS em cidades do interior do estado é uma das estratégias para garantir a interiorização da formação profissional em saúde, com vistas à redução das desigualdades de saúde entre as regiões, uma vez que o objetivo é a fixação do profissional especialista nesses pequenos municípios e não apenas nos grandes centros urbanos (Hungaro; Cesario, 2022). Quando questionados sobre como eles avaliam a implantação de um programa de residência no interior, os residentes expressam pontos positivos e fragilidades. No que concerne às potencialidades, eles destacam a melhoria do acesso tanto para a população como para os profissionais que querem a especialização e não precisam se deslocar para a capital, conforme depoimentos que seguem:

Então, a residência, [...] indo pro sertão, [...] traz... uma ampliação para os profissionais daquela região, eles conseguem ter uma visão melhor, [...] da organização, do estado e de tudo mais, e de como é que os processos acontecem, mostra também a questão do protagonismo da região do sertão em virtude do SUS e tudo mais... porque no sertão e no interior, as pessoas e os profissionais, [...] têm uma visão que, [...] tudo é João Pessoa...Então a residência, ... sendo interiorizada ... ajuda a fortalecer esses profissionais que estão naquela região e também ser um elo, um elo intelectual, né? (SC2).

Nossa, é algo muito inovador. Até mesmo para os profissionais que atuam aqui no sertão. É uma nova oportunidade para eles se especializarem e até mesmo ter essa Residência, porque muitos não podem se deslocar para capital e essa Residência traz essa proposta que de abrir espaço para esses profissionais também que atuam aqui no sertão. De ficar mais próximo da sua casa (SC5).

Neste recente estudo realizado por Hungaro e Cesario (2022), foi evidenciado que, embora os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade sejam majoritariamente ofertados em grandes centros, sua implantação em municípios do interior tem potencial para impulsionar avanços significativos tanto na qualificação dos trabalhadores quanto na melhoria dos serviços de saúde.

Alinhado a isto, Nascimento *et al.* (2020) destacam que a implementação regional dos programas de residência potencializa a formação ao possibilitar que profissionais de regiões menos favorecidas realizem a especialização em seus próprios municípios ou em áreas próximas, muitas vezes vivenciando ali sua primeira experiência profissional.

Araújo *et al.* (2021) também apontam como potencialidade a maior proximidade entre residentes e usuários, favorecendo o conhecimento das demandas sociais e de saúde locais, mediado pela interação com profissionais de outros dispositivos da rede. Essa percepção também emergiu nesta pesquisa, conforme ilustra o depoimento a seguir:

[...] aqui no Sertão a gente acaba entrando mais na casa das pessoas, acaba vivenciando mais isso, então meio que a gente faz parte da família, faz parte realmente da comunidade, acredito que em cidade grande seja um pouco mais difícil, aqui é uma relação um pouco mais próxima (MFC2)

O papel do residente ainda é alvo de questionamentos tanto pelos profissionais dos serviços quanto pelos próprios residentes. Segundo Martins *et al.* (2019), essa indefinição decorre da sobreposição de funções atribuídas ao residente, que muitas vezes assume responsabilidades que deveriam ser dos servidores. Isso gera ambiguidade em sua inserção: ora é visto como estudante, ora como trabalhador. Para Silva e Brandão (2019), apesar dessa ambiguidade, muitos residentes relatam que a vivência como profissionais favoreceu seu amadurecimento. No entanto, nesta pesquisa, alguns participantes apontaram a falta de clareza sobre seu papel como um desafio recorrente, conforme evidencia a fala a seguir:

[...] muitas vezes você tá num espaço que as pessoas não conhecem bem o que é a residência, e de você ser limitado em muitos espaços por causa disso [...] Eu acredito que no futuro a tendência é que o residente do interior tenha o papel dele melhor entendido por esses profissionais e aí dessa forma ele consiga atuar de uma forma mais efetiva” (SC4).

Subcategoria Analítica 2 - Precarização dos serviços, da rede e influências de questões políticas

Embora tenham reconhecidos potencialidades de localização dos programas de residência no interior, a menção às fragilidades e desafios foi mais prevalente e relevante nos depoimentos dos participantes da pesquisa. Entre as fragilidades mais mencionadas, temos a precarização dos serviços e a insuficiência da rede de serviços, conforme podemos comprovar nos depoimentos que seguem:

[...] dificuldade às vezes no manejo das doenças no PSF[...] coisas básicas que a gente poderia resolver no PSF, a gente às vezes não consegue resolver por falta de instrumentos, falta de medicações, entre outros (MFC 1)

Por ser no interior a gente tem um pouco de dificuldade em relação a encaminhamentos, especialistas [...] até a atenção básica mesmo é um pouco diferente de um local mais próximo da capital (MFC 3)

[...] ir para um lugar pequeno assim, onde os serviços muitas vezes são precários que a gente teve contato; foi bem complicado, sabe?! Até pra atuar mesmo. Foi uma dificuldade, tivemos momentos adversos, digamos assim (SC3)

[...] alto sertão paraibano, e essa região da gente fica realmente num outro extremo aos grandes pólos, existe uma dificuldade de saúde porque os equipamentos de alta tecnologia eles não chegam até aqui (SC4)

A falta de suprimentos básicos e as dificuldades de organização da rede para retaguarda clínica-assistencial geram sentimentos de impotência frente às fragilidades apresentadas no funcionamento do sistema de saúde, o que por vezes acaba trazendo consequências por sua inadequação e insuficiência (Pinto; Cyrino, 2022).

[...] essa precariedade mesmo da rede, porque, assim, por mais que a gente esteja ali para ajudar a planejar e a fazer acontecer, mas a gente não tem o poder de transformar o espaço físico ou de fazer surgir um novo serviço que às vezes é tão necessário na região (SC1)

[...] alguns ambulatórios como psiquiatria, vascular, cardiologia que complementaríamos nossa visão da atenção básica, a gente só tinha a vinculação com a clínica da faculdade e às vezes tinha pouca demanda, não tinha uma demanda fixa, era bem limitada a demanda (MFC4).

Silva e Brotto (2016) expressam preocupação com a possível mercantilização das políticas de saúde, alertando que, apesar dos esforços do

movimento sanitário em alinhar a formação profissional aos princípios do SUS, observa-se a substituição de trabalhadores estáveis por residentes — uma força de trabalho temporária, mais barata e precarizada. Esse cenário se agrava quando a interiorização dos programas ocorre em contextos desestruturados, sem articulação adequada entre os serviços e os profissionais formadores, o que pode comprometer a qualidade da formação. Essa percepção também foi evidenciada nesta pesquisa, como demonstra o depoimento a seguir:

[...] atentar quando forem abrir locais para os residentes atuarem é em relação a localidade a UBS que está colocando aquele resistente, a gente tem muito problema com isso aqui no Sertão, um local que não tem suporte nenhum para receber um residente [...] posto lotado, os pacientes (audio chiando) por atendimento médico e quando a gente entra na residência muitas vezes o posto passou 2 ou 3 anos sem médico e aí quando você vê é aquela enxurrada de paciente [...] Porque uma consulta com um residente, para você aprender ali naquele local tem que ser uma consulta demorada, uma anamnese, um exame físico, então tudo isso requer muito tempo, para você fazer sua conduta você precisa pensar no que você vai prescrever e aí a gente não tem isso, infelizmente (MFC3)

Além das dificuldades e limitações relacionadas à estrutura física e a insuficiência da rede de atenção, fragilidades pedagógicas também foram apontadas pelos residentes.

[...] os preceptores não dão suporte bom pra gente, é o que eu posso falar pra você e nesses 2 anos que eu estou na residência, agora que a gente iniciou a parte teórica [...] a gente ficou à mercê muitas das vezes [...] a gente não sabia nem quem era o preceptor, isso aí prejudica bastante (MFC3)

[...] aqui a parte de tutoria foi bem frágil também (MFC4).

Como eu te falei, é sair desse campo das ideias, do que é Educação Permanente, mas é buscar que dentro desses locais, por exemplo, no caso da residência, possam ser preceptores; que esses preceptores, estejam preparados pra otimizar processos de Educação Permanente realmente junto com esses residentes, sentar e planejar e refletir e buscar melhorias, tanto pro programa, que também é interessante que a Educação Permanente, ela possa melhorar o programa em si, como também melhorar as práticas do local onde os residentes estão inseridos. Eu acho que é necessário talvez, capacitação dos preceptores, no caso da residência, pra que sejam instigadores pra fazer acontecer a Educação Permanente (SC1)

Preceptores são trabalhadores com atuação nos serviços de saúde e que supervisionam as atividades do residente, guiando-se pelo projeto pedagógico

do programa de residência, além de buscar fortalecer a articulação da teoria com a prática, problematizando e buscando explicações e soluções que possibilitem a modificação do cenário real (Bernardo *et al.* 2020).

Eu, na minha experiência eu tive uma preceptora muito boa, ela já vem aí de uma estrada do governo, ela já participou por várias qualificações, inclusive de educação permanente entre outras [...] eu costumava dizer que nós fomos privilegiados, né. Por ter uma preceptora que, no nosso caso, entendia muito do que tava fazendo e dava muito suporte aos residentes [...], aqui da nona região (SC4)

Considerando a relevância do papel do preceptor na formação do residente, é essencial que esse profissional esteja devidamente qualificado para os desafios do cotidiano. No entanto, como apontam Moreira *et al.* (2022), essa qualificação ainda é limitada, especialmente em regiões distantes. O estudo revelou que mais da metade dos preceptores entrevistados não recebeu formação introdutória e desconhecia o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) em que atuava. Girard *et al.* (2019) também identificaram dificuldades significativas entre preceptores, frequentemente escolhidos pela chefia sem preparo ou apoio para exercer a função, o que gera lacunas na formação em serviço. Além disso, os residentes desta pesquisa destacaram a interferência de questões políticas no processo de trabalho, como evidenciado no depoimento a seguir:

[...] existe muita politicagem, [...] troca de serviços em virtude da política [...] várias vezes chegou o pacientes [...] querendo que a gente realizasse um ou outro serviço [...] como a solicitação de um exame que às vezes a gente nem avaliou o paciente, que às vezes nem critério para ser solicitado, porque foi vereador tal que pediu, então os próprios municípios, eu não sei se é a falta de uma conversa mais incisiva ou desconhecimento ou até sabe, mas finge não saber, que o residente é um estudante, um profissional diferenciado que está em formação e que tenta dentro dessa formação estabelecer os critérios da qual ele é orientado para executar as suas ações, não pelo simples assistencialismo político, então no Sertão é uma dificuldade muito grande, inclusive acaba tendo entraves com relação a uma série de questões de atividades, porque a gente fica limitado a servir os políticos e as demandas política (MFC4)

As questões políticas são uma realidade em muitos municípios brasileiros, incluindo a Paraíba, agravadas pela precariedade dos vínculos trabalhistas na APS. Essa situação provoca alta rotatividade dos profissionais, que atuam em

condições insatisfatórias, sem perspectivas de progressão salarial (Gleriano *et al.*, 2018), e sofrem forte impacto das mudanças de gestão.

O relato anterior também evidencia como o direito ao acesso à saúde ainda é tratado como moeda de troca, onde o cidadão depende de favores políticos para garantir serviços já assegurados por lei. Isso repercute negativamente no trabalho das equipes de saúde, submetidas a interferências assistencialistas sem base técnica.

4. Considerações Finais

O estudo demonstrou que a interiorização dos Programas de Residência em Saúde, embora configure uma importante estratégia para a ampliação do acesso à formação especializada e à qualificação de profissionais nas regiões mais remotas, também apresenta desafios significativos à efetivação da EPS. As falas dos residentes, especialmente os vinculados à Medicina de Família e Comunidade, evidenciam uma realidade marcada por contradições, na qual coexistem avanços e entraves no processo formativo.

Foi possível observar que a implantação dos programas em municípios de pequeno porte favorece, por um lado, a aproximação dos profissionais com as realidades locais, permitindo maior vínculo com os usuários e a construção de práticas mais sensíveis às necessidades do território. No entanto, essa aproximação é frequentemente tensionada por limitações estruturais dos serviços de saúde, fragilidades da rede de atenção, insuficiência de preceptoria e tutoria qualificada, e pela presença de interferências político-partidárias no cotidiano do trabalho.

Tais fatores comprometem diretamente a consolidação da EPS como eixo estruturante da formação em serviço, sobretudo quando os residentes são vistos e utilizados apenas como força de trabalho barata, com pouca ou nenhuma inserção em espaços reflexivos e pedagógicos. Soma-se a isso a falta de clareza quanto ao papel do residente nas unidades de saúde e a carência de preceptores devidamente preparados para orientar e potencializar processos de aprendizagem significativos.

Portanto, é fundamental que os programas de residência interiorizados estejam amparados por um projeto pedagógico consistente, sustentado por infraestrutura adequada, integração efetiva entre serviços e instituições formadoras e uma política robusta de formação e valorização dos preceptores. Além disso, é imprescindível que o processo formativo seja protegido de práticas clientelistas que desvirtuam o direito à saúde e enfraquecem os princípios do SUS.

Como limitação deste estudo, aponta-se o contexto pandêmico, que provocou alterações significativas tanto nos processos de trabalho dos serviços de saúde quanto nas dinâmicas pedagógicas dos programas investigados.

Recomenda-se, por fim, o desenvolvimento de novos estudos que aprofundem a compreensão dos impactos da interiorização na formação em saúde, bem como a implementação de estratégias que fortaleçam a EPS como ferramenta transformadora da prática, comprometida com a integralidade do cuidado, a equidade e a formação crítica dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Heloísa Pimenta Arruda et al. *Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 29, 2021.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2014.

BERNARDO, Mariana da Silva et al. *A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 6, 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde (BR). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005*. Institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 112, 4 nov. 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998*. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

GLERIANO, Josué Souza et al. *Cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde: formação dos profissionais*. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 7., Fortaleza, 2018.

GIRARD, Pinto Girard et al. *Interdisciplinaridade no ensino prático em Residência Multiprofissional em Saúde*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.11, n.7, 2019.

HUNGARO, Thiago Alves; CESARIO, Raquel Rangel. *Repercussões da interiorização do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade: um estudo de caso*. Repercussions of the interiorization of the medical residency program in Family and Community Medicine: a case study. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 3, p. 9102-9115, 2022.

MARTINS, Juliana et al. *A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS*. Humanidades & Inovação, v. 6, n. 17, p. 81-95, 2019.

MOREIRA, Katia Fernanda Alves et al. *Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde*. Rev Gaúcha Enferm, v. 43, 2022.

NASCIMENTO, Rita de Cássia de S et al. *Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia*. In: Trabalho e educação na saúde: análises e vivências [recurso eletrônico] / Organização: CASTRO, Janete Lima de et al. Natal, Seminare; n. 9, p. 370, 2020.

PEREIRA, Lizziane d'Ávila et al. *Educação permanente em saúde: uma prática possível*. Revista de Enfermagem UFPE Online, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, 2018.

PINTO, Tiago Rocha; CYRINO, Eliana Goldfarb. *Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção*. Interface (Botucatu), v. 26, 2022.

REGO, IJ; MUCCI JLC. Direito Fundamental à educação capaz de conduzir a um relevante e renovado inovador Brasil do futuro. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas [Internet], v.3, n.5, p. 142-167, 2015.

SALVADOR, Anarita de Souza et al. *Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

SILVA, John Victor dos Santos; BRANDÃO, Thyara Maia. *Contribuições de uma residência em psiquiatria e saúde mental na formação dos enfermeiros egressos*. Enfermagem em Foco, v. 10, n. 6, p. 57-62, 2020.

SILVA, Luciana da Conceição; BROTTTO, Marcio Eduardo. *Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional*. Em Pauta, n. 37, v. 14, p. 126 –149, 2016.

SILVA, Letícia Batista. *Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica*. Revista Katálisis, v. 21, p. 200-209, 2018.