



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Thamires de Aguiar Gomes Costa

**Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a
inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e
Comunidade: Uma perspectiva de análise**

Rio de Janeiro

2025

**Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a inserção do
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade: Uma perspectiva
de análise**

Trabalho apresentado como requisito para obtenção
do título de Enfermeiro Especialista no Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem de Família e
Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do
Rio de Janeiro.

Orientador (a): Msc. Jacqueline Oliveira de Carvalho

Rio de Janeiro

2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que atribuiu a mim missões e batalhas pelas quais já sabia que eu sairia vencedora. Por ter me mantido forte e corajosa durante todo esse caminho.

À minha mãe e à minha irmã, que compartilham comigo o cotidiano, acolhendo meu humor em todas as suas nuances, e que são meu porto seguro.

À minha família, que é a base do meu amor e da minha força.

À segunda família que Deus colocou em meu caminho, que com tanto carinho e apoio incondicional me amparou nos momentos em que mais precisei.

Ao irmão que a enfermagem me deu, com quem dividi não apenas as dores, mas também as alegrias e vitórias deste processo, sempre lado a lado.

À minha preceptora, pelo olhar cuidadoso e pela paciência em lapidar cada passo da minha jornada.

À equipe que me forjou como enfermeira de família, que me ensinou a cada dia a ser mais humana, dedicada e resiliente.

À equipe de residência de enfermagem da minha unidade, pela parceria incansável e pelo apoio. Olhar para o lado e ver que eu tinha vocês deixou o processo muito mais fácil.

Aos amigos queridos que a turma me trouxe, por tornarem os dias mais leves e por serem essenciais no meu crescimento, dentro e fora da profissão.

À minha orientadora, que me tirou da zona de conforto e, ao mesmo tempo, me transmitiu serenidade e confiança em cada etapa, caminhando comigo sem hesitar. Obrigada por acreditar no meu potencial e me ensinar tanto ao longo dessa trajetória.

Aos pacientes que atendi ao longo desses dois anos, que me ensinaram muito além da prática profissional, vocês me mostraram que, quando o nosso trabalho toca vidas, ele deixa de ser apenas um ofício e se torna uma verdadeira missão.

À minha versão futura, que, com coragem e determinação, colherá os frutos desta intensa jornada de aprendizado, crescimento e superação.

E, finalmente, a todos aqueles que me ajudaram a não desistir de mim mesma, que celebraram cada pequena conquista e se orgulharam comigo. Vocês são a força por trás de cada vitória e as razões pelas quais eu sigo em frente todos os dias.

*“A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais”.*

(BELCHIOR)

RESUMO

COSTA, Thamires de Aguiar Gomes. **Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade: Uma perspectiva de análise.** 2025. Tese em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Esta pesquisa foi pautada com o objetivo geral de analisar os efeitos locais da qualificação dos profissionais sobre o processo de trabalho das equipes e dos profissionais, através a assistência prestada pelos enfermeiros residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), com foco na integração e nas práticas desenvolvidas dentro das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Como objetivos específicos, destacam-se: compreender as percepções dos gestores sobre as competências e habilidades dos residentes e avaliar a contribuição do PREFC para a qualidade da assistência e os indicadores de saúde. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, que utilizou entrevistas semiestruturadas como instrumento de coleta. A pesquisa foi realizada em unidades de saúde da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, abrangendo seis áreas de planejamento. Os participantes foram gestores responsáveis por unidades vinculadas ao PREFC, e as entrevistas foram analisadas por meio da metodologia de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados indicaram que o programa contribui para a melhoria da qualidade da assistência, a organização dos fluxos de trabalho e o fortalecimento das práticas de cuidado na APS. Constatou-se ainda que a presença dos residentes promove maior humanização no atendimento, engajamento das equipes e avanços na gestão de condições crônicas e indicadores de saúde. No entanto, desafios como lacunas na formação acadêmica prévia e adaptação inicial foram identificados como pontos a serem aprimorados. O estudo conclui que o PREFC é uma estratégia promissora para a formação de profissionais qualificados e adaptados às demandas do território, promovendo mudanças na assistência e na gestão em saúde, sendo reconhecido como o padrão ouro na formação profissional em saúde no âmbito do SUS. Estudos futuros são recomendados para avaliar o impacto do programa em diferentes contextos e incluir perspectivas de outros atores, como residentes e usuários.

Palavras-chave: Enfermagem. Internato e Residência. Especialização. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Áreas de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município.....	22
Figura 2 - Mapa das Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro segundo distribuição Plano Municipal de Saúde.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos participantes do estudo.....	25
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
R1	Residentes de primeiro ano
R2	Residentes de segundo ano
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVO.....	11
2.1 Objeto da Pesquisa.....	11
2.2 Objetivo Geral.....	11
2.3 Objetivos Específicos.....	11
3. JUSTIFICATIVA.....	12
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
5. MÉTODO.....	21
6. RESULTADOS.....	28
7. DISCUSSÃO.....	39
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A - Cronograma da Pesquisa.....	49
APÊNDICE B - Formulário de coleta de dados.....	50
APÊNDICE C - Termo de anuência.....	52
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para gestores (TCLE). 54	

1. INTRODUÇÃO

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

Conforme o Ministério da Saúde (2017) relata, a Atenção Primária à Saúde constitui a base e orienta as atividades de todos os demais níveis dos sistemas de saúde. Ela atua na organização e coordenação dos serviços de saúde, tanto em níveis primários, quanto secundários ou terciários, voltados para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde desempenha o papel de porta de entrada para o usuário diante de todas as suas necessidades, oferecendo cuidados centrados na pessoa, na família e na comunidade, ao longo do tempo e abrangendo todas as condições de vida.

A política de formação de recursos humanos em saúde, prevista na Resolução nº 593/2018 do Conselho Nacional de Saúde, descreve a respeito da cooperação entre os diferentes níveis de governo, com o objetivo do planejamento para a formação de especialistas em saúde em todos os níveis de ensino, especialmente na pós-graduação, de maneira a utilizar os serviços integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) como áreas de prática de ensino, pesquisa e atuação destes profissionais.

Segundo Ceccim et al. (2018) vieram a destacar, a Atenção Primária à Saúde obteve avanços significativos na década de 1990, com a introdução de iniciativas como o Programa Saúde da Família, posteriormente consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Isto suscitou o debate sobre a importância da organização das Residências Multidisciplinares, que é considerada uma forma de prestar um cuidado integral e em equipe e desempenha um papel vital na promoção da saúde e no atendimento das necessidades regionais de acordo com os princípios da ESF. A implementação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) ganhou destaque a partir de 2001, complementando a formação básica para equipes que atuam na atenção primária à saúde, especialmente dentro da Estratégia Saúde da Família, apesar de experiências prévias remontarem aos anos de 1970 (Ceccim et al, 2018).

Tratando-se da organização em saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

diz que a equipe da ESF desempenha um papel categórico em assegurar o sucesso do acesso da população aos serviços, uma prática voltada à integralidade do atendimento à população. Composta minimamente por médicos, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a equipe adota uma abordagem holística, considerando tanto as necessidades individuais quanto as coletivas dos usuários (Brasil, 2017).

Segundo o manual elaborado por Lazzari et al. (2022), o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) foi criado em 2015, anteriormente com a nomenclatura de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Saúde da Família. O PREFC, emerge da necessidade de formação especializada dos profissionais que atuam na APS. Com o objetivo de aprimorar suas competências técnicas, a formação desses profissionais proporciona um contínuo processo de fortalecimento mútuo entre o serviço e o território onde está inserido, por meio do modelo de especialização, que envolve uma imersão vivida ao longo de dois anos no contexto da atenção primária, conforme descrito por Pinheiro (2023).

Neste contexto, a pesquisa propõe uma investigação sobre como a estruturação da equipe, aliada ao PREFC, sob a ótica dos profissionais da saúde, pode influenciar diretamente na efetividade das equipes de saúde da ESF no município do Rio de Janeiro. O interesse em conduzir esta pesquisa originou-se da motivação intrínseca da autora de que, a presença do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, pode ser vista como um facilitador na promoção da integralidade do atendimento ao usuário, estando em consonância com um dos maiores princípios do SUS. O estudo busca a compreensão das potencialidades do PREFC, destacando-o como um diferencial na promoção, prevenção e recuperação da saúde comunitária, bem como na formação e atuação dentro das equipes de saúde da família.

De acordo com o delineado anteriormente e da elucidação do problema, a estruturação do estudo seguiu a indagação central: “De que maneira a inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade influencia a dinâmica das equipes da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro e contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada?”

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETO DA PESQUISA

A assistência prestada pelos Enfermeiros Residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, com foco na integração e nas práticas desenvolvidas dentro das equipes da Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVO GERAL

Analisar os efeitos locais da qualificação dos profissionais sobre o processo de trabalho das equipes e dos profissionais.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar as percepções dos gestores sobre as competências e habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros residentes e sua adaptação ao contexto da ESF.
- b) Avaliar a contribuição da presença dos residentes para a qualidade da assistência prestada e para os indicadores de saúde da comunidade atendida pelas equipes da ESF.

3. JUSTIFICATIVA

A iniciação neste projeto surgiu da vivência prática ao integrar o PREFC na equipe da Estratégia Saúde da Família. Durante essa experiência, destacaram-se potencialidades e fragilidades, ressaltando uma necessidade premente de aprimoramento das pesquisas relacionadas aos profissionais envolvidos nesse processo de residência.

A pesquisa encontra sua justificativa na contribuição relacionada à presença do PREFC nas equipes da ESF, sob a perspectiva de uma residente do programa atuante em uma Clínica da Família (CF) no município do Rio de Janeiro, durante o primeiro e segundo ano do programa. A conjectura é que a participação no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade é um fator diferencial na prestação de assistência em saúde para os seus usuários, evidenciando melhorias na acessibilidade aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

A importância da pesquisa está diretamente relacionada à escassez de publicações na área e aos baixos níveis de evidência sobre as vivências durante a inserção nos programas de residência. Muitas pesquisas são realizadas após a conclusão da pós-graduação lato sensu, mas há uma lacuna em publicações que abordem as experiências dos profissionais enquanto residentes. Portanto, um estudo acerca do tema torna-se relevante, pois contribui com a demonstração das experiências e percepções vistas dentro do programa de residência em questão.

O estudo tem como hipótese, baseada em observações iniciais e na experiência direta no contexto da ESF no município do Rio de Janeiro, de que a inserção de enfermeiros residentes pelo Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade contribui para a melhoria da qualidade do atendimento nas equipes da ESF, através do fortalecimento das competências clínicas e relacionais desses profissionais, promovendo uma abordagem de cuidado mais integrada e centrada no paciente.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO PRIORITÁRIO.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011, p. 16) define:

A APS é entendida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, a respeito das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população sob sua responsabilidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, assume relevância fundamental ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), com foco especial na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O documento delinea a Atenção Básica como um conjunto abrangente de ações de saúde, englobando aspectos individuais e coletivos, desde a promoção e proteção da saúde até o tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A Política Nacional de Atenção Básica reconhece na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação deste nível de atenção. Esta legislação desempenha um papel central na orientação das práticas de saúde, promovendo uma atenção integral que busca impactar não apenas a condição de saúde e autonomia individual, mas também os determinantes e condicionantes de saúde presentes nas coletividades (BRASIL, 2011).

Segundo a PNAB, o termo Atenção Básica e o termo Atenção Primária à Saúde são vistos de maneira a associar seus princípios e diretrizes de formas equivalentes.

Contudo, segundo Giovanella (2018), os termos se diferem em sua base conceitual e podem ser utilizados com perspectivas distintas. No Brasil, a escolha do termo "Atenção Básica" foi adotada pelo Movimento Sanitário como parte de uma estratégia de diferenciação ideológica em relação ao que era percebido como uma visão reducionista da atenção primária à saúde. Por outro lado, o "Atenção Primária à Saúde" é amplamente reconhecido na literatura

internacional, alinhando-se aos componentes preconizados pela Declaração de Alma-Ata e representando um modelo de saúde abrangente, baseado nos princípios de acesso universal, participação social, integralidade e equidade.

Sendo, portanto, a APS principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade (BRASIL, 2017).

Como descreve Lowen et al. (2015), a APS no Brasil é resultado de um processo construído coletivamente, com a participação de diversos atores sociais. A ESF, como modelo de organização da APS, tem demonstrado ser eficaz na melhoria das condições de saúde da população, embora ainda enfrente desafios, a ESF busca fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, promovendo a integralidade do cuidado e a responsabilização mútua.

4.2 POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS.

A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Primária à saúde deve obedecer às diretrizes do Sistema Único de Saúde, em consonância, à Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e delineou claramente as responsabilidades das três esferas de governo, destacando a importância da formação e garantia da educação permanente e continuada aos profissionais de saúde atuantes na APS. Essas diretrizes reforçaram a necessidade da abordagem colaborativa entre as esferas de governo, visando fortalecer a capacitação dos profissionais e, assim, aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos na Atenção Primária à Saúde. Esta articulação é crucial para o desenvolvimento de uma APS eficiente e alinhada com as demandas da população, permitindo a consecução dos objetivos propostos pela Política Nacional de Atenção Básica e garantindo uma abordagem integral e abrangente no cuidado à saúde (BRASIL, 2017).

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 593, de 9 de agosto de 2018, que designa a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS), assegura a participação das entidades profissionais do setor saúde, o monitoramento permanente das atividades de controle e participação social na formalização e execução da política pública das Residências em Saúde, e entre outras disposições, têm como:

Objetivo fundamental do ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde contempla a promoção da articulação entre formação, gestão, atenção e controle social, tendo em vista a humanização, a integralidade, o trabalho em equipe e a apropriação do Sistema Único de Saúde (CNS, 2018).

Conforme discutido por Almeida e Ferraz (2008), a formação de recursos humanos para o SUS no Brasil tem sido um objeto de crescente atenção, devido à demanda por uma força de trabalho mais especializada e qualificada, ao mesmo tempo em que as necessidades da atenção primária se intensificam. Apesar do movimento da reforma sanitária preocupar-se com a formação dos profissionais atuantes na saúde, políticas sérias e contínuas para qualificação destes profissionais não eram tratadas com a seriedade necessária, acarretando-se um despreparo longo dos profissionais para atuarem conforme os princípios delimitados do Sistema Único de Saúde brasileiro. Com a implementação de projetos institucionais e educativos, como a Política de Educação Permanente e mais recentemente, o PRÓ-SAÚDE, busca-se a implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados. A Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, vem firmar-se como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde.

Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (ALMEIDA E FERRAZ, 2008).

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 450, de 10 de novembro de 2011, que recomenda a ampliação dos programas de residência multiprofissional e em áreas profissionais da saúde, a formação de profissionais por meio da residência em saúde contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de formar atores do SUS para o SUS, sintetizados com os princípios de diretrizes que regem o maior Sistema de Saúde do mundo, com foco na necessidade de amplificar a formação de profissionais qualificados para atuar nas redes de atenção, visando à redução das desigualdades e disparidades regionais enfrentadas. O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, promove intentos que garantem ao SUS o dever de ordenar a formação de recursos humanos em saúde por meio dos programas de residência multiprofissional e uniprofissional.

Lourenção (2018), comenta que após estudos realizados recentemente, introduziram o

conceito de *engagement*, um conceito que está ganhando destaque na psicologia positiva e demonstra ter impactos no desempenho e bem-estar dos profissionais de saúde, e se caracteriza por três dimensões: vigor, dedicação e absorção. Acredita-se que profissionais envolvidos nos programas de formação em serviço, como residência multiprofissional, experimentam maior satisfação e bem-estar, manifestando intenções de permanência em suas funções.

Lowen et al. (2015) argumentam que a atuação do enfermeiro nos serviços de saúde exige o desenvolvimento de competências que permitam a adaptação às mudanças, a resolução de problemas e a inovação nos processos de trabalho. A competência, entendida como a capacidade de aplicar conhecimentos de forma adequada, é essencial nesse contexto e são fundamentais para garantir a efetividade das ações de saúde e a satisfação das necessidades da população. A qualificação profissional contínua e a supervisão adequada têm mostrado potencial para o desenvolvimento de habilidades e atitudes que garantem uma prática qualificada no atendimento ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde (Lourenção, 2018).

4.3 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL DA SAÚDE EM ENFERMAGEM.

A consolidação deste movimento pode ser atribuída, em parte, à implementação da Lei Federal nº 11.129 de 2005, que instituiu o Programa de Residências na área da Saúde, além de instituir o Conselho Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). A Portaria Interministerial nº 1.077 de 2009 do MEC/MS desempenhou papel crucial na orientação dos residentes na área da saúde, instituindo o Programa Nacional de Bolsas de Residência e organizando o CNRMS (Brasil, 2009).

A primeira determinação de conceitos é estabelecida pela legislação de 2005, que institui a residência em área profissional da saúde como um programa de formação pós-graduação de natureza *lato sensu*. Esse programa requer dedicação exclusiva, e a qualificação dos profissionais é adquirida por meio da imersão nos serviços de saúde, sob supervisão docente-assistencial, com responsabilidade compartilhada entre os setores da educação e da saúde. Posteriormente, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, aborda tanto a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) quanto a residência em área Uniprofissional da saúde, explicitando, conforme Ceccim et al (2018) que:

Constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino

em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos. (BRASIL. MEC. MS, 2007).

Passados sete anos, apenas no ano de 2014, a Resolução CNRSM nº 5 revisitou a Lei e afirmou que a residência em área profissional da saúde poderia ser realizada nas categorias multiprofissional e uniprofissional (BRASIL. MEC. CNRMS, 2014). Ao mencionar "a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde — CNRMS, estabelecida pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, nos termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009", essa Resolução destaca que os programas de residência em área profissional da saúde, tanto na abordagem multiprofissional quanto na uniprofissional, teriam uma duração mínima de dois anos, correspondendo a uma carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas (BRASIL, 2014)

No cenário da saúde no Brasil, as residências em saúde podem ser do tipo uniprofissional ou multiprofissional (Araújo et al., 2023). Elas representam uma importante estratégia para a qualificação dos profissionais de saúde, preparando-os para atuarem em um cenário de crescente complexidade, exigindo uma abordagem mais integral e colaborativa na organização dos serviços de saúde. Ao promover a interação entre diferentes áreas do conhecimento, essa modalidade de formação contribui para o desenvolvimento de competências voltadas para a prática colaborativa e o cuidado integral da população. A experiência da residência permite que os profissionais aprendam a valorizar as diferentes perspectivas e a trabalhar em equipe, visando sempre a melhoria da qualidade da assistência, como apontam Araújo et al. (2021).

A categoria profissional da enfermagem compreende um papel considerável no contexto da Atenção Primária à Saúde e, por conseguinte, nas iniciativas de residência em saúde, “pois ela se torna uma etapa relevante na formação dos profissionais, visto que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) preveem uma formação generalista na graduação” (Araújo et al., 2023).

A enfermagem se destaca ao transcender o âmbito da assistência direta ao paciente. Conforme demonstrado nas análises das narrativas, a atuação destes profissionais não se limita apenas ao cuidado clínico, mas também abrange áreas gerenciais, refletindo a diversidade e a complexidade das funções exercidas pela categoria dentro do ambiente em saúde (Araújo et al., 2021).

A regulamentação do profissional enfermeiro é estabelecida pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Conforme estabelecido por essa legislação, são considerados enfermeiros aqueles que possuem o diploma de Enfermeiro

conferido por instituição de ensino, nos termos da lei.

No contexto da equipe de Saúde da Família (eSF), parafraseando Lopes et al (2020), o papel do enfermeiro é de grande relevância, sendo incumbido desse profissional diversas responsabilidades, tais como: conceber, administrar e realizar iniciativas no campo da saúde individual e coletiva, realizar o atendimento direto à comunidade, executar ações relacionadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, integrar atividades interdisciplinares, gerenciar os serviços de saúde, promover a educação em saúde e a formação continuada, além de liderar essas equipes. São diversas as habilidades essenciais para o enfermeiro em sua atuação profissional, considerando que esse profissional precisa ser capacitado para desempenhar eficazmente a consolidação dos princípios do sistema de saúde atual, especialmente nas atividades de gestão, assistência e educação, que demandam organização e comprometimento com as necessidades tanto individuais quanto coletivas.

4.4 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

No âmbito do município do Rio de Janeiro, a concepção do Programa de Residência em Saúde da Família apresentou seu início em:

A proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da residência nasceu em meados de 2003, de uma iniciativa da Coordenação da Área Programática 3.1 que identificou a necessidade de formar profissionais para atender a demanda de aumento do número das equipes de saúde da família no Rio de Janeiro. Com este objetivo foi estabelecida a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e o Núcleo Regional do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (Carvalho, Garcia e Seild, 2006, p.156).

Com este mesmo propósito de especialização, foi criado o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade em parceria com a Secretária Municipal do Rio de Janeiro, instância onde se desenvolve o estudo em questão. O programa estabelecido no ano de 2015, veio em resposta à expansão das Clínicas da Família, em que refletia a necessidade de capacitar enfermeiros que acompanhassem a evolução da Atenção Primária na cidade do Rio de Janeiro. Dado o valor fundamental da rede municipal de saúde, desde então, o PREFC já capacitou com êxito um número significativo de profissionais enfermeiros especializados em Saúde da Família e Comunidade (Lazzari et al., 2022).

A importância do PREFC é fomentada pela Secretaria Municipal de Saúde, tendo inclusive obtida a sua menção no Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2022-2025, como aposta na formação através do programa de residência:

Considerando que um dos eixos estratégicos da gestão é a formação profissional em serviço para consequente qualificação da assistência prestada, (...) Em 2015 foi criado o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), com a oferta de 60 vagas, por meio do convênio com as instituições de ensino UNIGRANRIO, UERJ e UFRJ, estando os dois últimos ainda vigentes. O PREFC tem como objetivo a formação de enfermeiros altamente qualificados e resolutivos na prática clínica da APS, no que compete ao seu exercício profissional, e está pautado no compromisso ético e político com a construção do SUS e com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades, reconhecendo o processo de trabalho como eixo norteador da formação, desenvolvido na compreensão de que as práticas da APS apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, devolvendo à sociedade profissionais que consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos. (...) Os resultados esperados por meio do investimento na formação profissional são uma rede assistencial que garanta acesso à população, construa vínculo e seja testemunha das histórias da comunidade, coordene o cuidado e ordene a rede, e ofereça uma relação abrangente de serviços com eficiência e resolutividade (SMS Rio de Janeiro, 2022).

Em 2021, como destaca Lazzari et al. (2022) o PREFC passou por uma vasta reformulação, incluindo o planejamento pedagógico e o lançamento do projeto QualificaPREFC, que teve como objetivo aprimorar a capacitação de preceptores, residentes e profissionais envolvidos, além da grande contribuição na área de Enfermagem de Família, auxiliando inclusive na revisão e elaboração de materiais técnicos para a SMS-Rio, favorecendo a adoção de práticas baseadas em evidências e destacando a potencialidade do programa e todos os seus profissionais envolvidos.

O PREFC, conforme discutido por De Carvalho et al. (2023), está alinhado com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), buscando promover uma formação especializada na APS. O programa adota uma variedade de metodologias de ensino-aprendizagem, sendo responsável por fornecer educação teórica e prática aos residentes que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). A avaliação dos residentes é realizada com base nas competências estabelecidas pelo programa, considerando alguns aspectos fundamentais: conhecimento, habilidades e atitudes/valores/cultura, com o objetivo de promover o desenvolvimento integral e eficaz dos seus participantes.

Durante o processo formativo, são empregadas metodologias ativas, como simulação realística, rodas de conversa, aulas expositivas, dramatização, entre outras, proporcionando um ambiente dinâmico e participativo de aprendizado. As práticas supervisionadas desempenham um papel importante na capacitação dos profissionais, assegurando a correta execução das técnicas e avaliando sua aptidão para transmitir conhecimento de forma eficaz (De Carvalho et al., 2023).

Apoiar o processo de formação de enfermeiros na área da Enfermagem de Família para a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de metodologias ativas de aprendizagem para o desempenho de ações de cuidado no âmbito do SUS. Os programas têm como base o modelo assistencial proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que por meio de uma formação altamente qualificada e resolutiva na prática clínica, considera a perspectiva de uma atenção integral, interprofissional, com foco na pessoa, família e comunidade e com compromisso ético e político com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lazzari et al., 2022).

Conforme estudado por Pulga et al. (2022), as atividades metodológicas propostas nos programas de residência em saúde, alinhadas com a matriz curricular fundamentada nos documentos técnico-legais da Atenção Primária à Saúde, têm promovido uma constante reflexão sobre as práticas em saúde, além disso, os autores reafirmam a importância da abordagem pedagógica que valorize a interface entre educação e trabalho, resultando em uma maior responsabilidade entre todos os envolvidos no processo formativo.

Nesse contexto, cabe destacar a importância da Educação Permanente para atuação no Sistema Único de Saúde por meio dos programas de residência, conforme explicado por De Carvalho et al. (2023), que ressalta a seriedade de garantir subsídios para uma formação padrão ouro, formando especialistas alicerçados nos princípios do SUS para o SUS. Havendo um compromisso ético e político com o fortalecimento do sistema de saúde, que enfatiza a importância da APS como eixo norteador da formação, reconhecendo a sua complexidade e os valores necessários para uma prática eficiente e autônoma dos enfermeiros. Essa formação contribui para o fortalecimento do sistema, favorece o desenvolvimento de potencialidades e promove uma atenção integral e descentralizada, alcançando diversas realidades sociais e levando os residentes a aprenderem e contribuírem com o SUS (Pinheiro et al., 2023).

5. MÉTODO

5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que se beneficiará de um conjunto entrevistas com profissionais de saúde (gestores) e aplicação de questionário para estes profissionais de saúde.

Segundo a pesquisa exploratória, Gil (2002) a descreve da seguinte maneira:

“Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL 2002).

Enquanto a forma de abordagem da pesquisa qualitativa, na perspectiva de Denzin e Lincoln (2006), afirmam que a pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos – como a entrevista – que podem descrever momentos e significados na vida dos indivíduos, que não podem ser examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência.

5.2 UNIVERSO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O local da pesquisa encontra-se na cidade do Rio de Janeiro, que é dividida em 5 (cinco) áreas para fins de planejamento e controle do desenvolvimento urbano, conforme estabelece o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município (Lei Complementar nº 270, 2024).

Já no âmbito da saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) organiza o seu planejamento em 10 (dez) Áreas Programáticas (AP), distribuídas por bairros, segundo descreve o Plano Municipal de Saúde (SMS Rio de Janeiro, 2022).

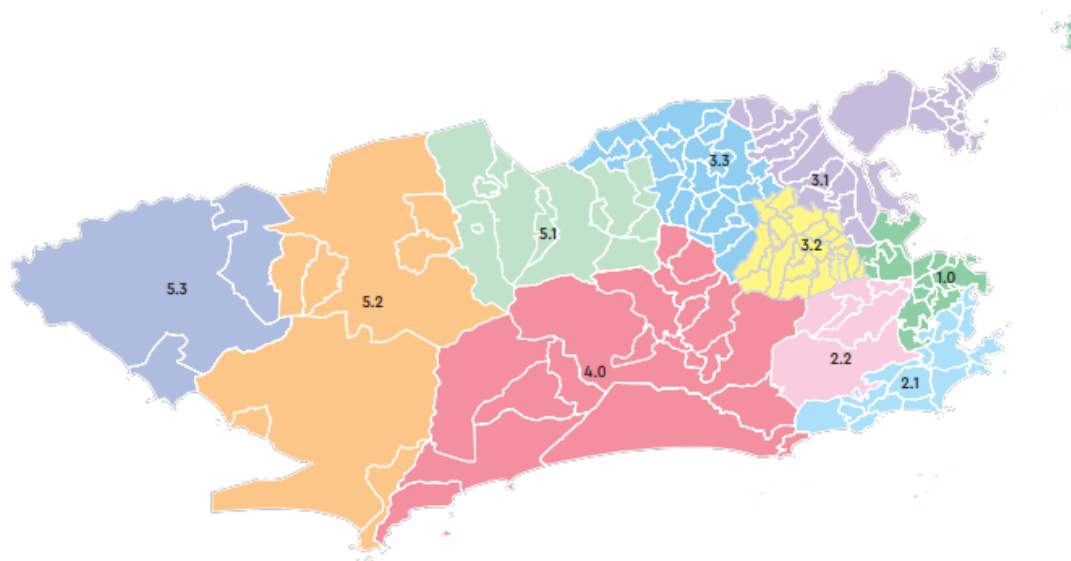
Devido à limitação de tempo para realização da pesquisa, optou-se por concentrar a pesquisa nas 5 (cinco) áreas de planejamento urbano, em vez de abranger as 10 (dez) Áreas Programáticas de saúde, garantindo viabilidade ao estudo sem comprometer sua qualidade.

Figura 1 - Mapa das Áreas de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município.



Fonte: Data-Rio. Mapa Digital do Rio de Janeiro de 2024. <https://www.data.rio/apps/PCRJ::mapa-digital-do-rio-de-janeiro-1/explore>. Acesso em: 25/08/2024.

Figura 2 - Mapa das Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro segundo a distribuição do Plano Municipal de Saúde.



Fonte: Plano Municipal de Saúde. Áreas de Planejamento. https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/03/PMS2022-2025_Final_Web.pdf. Acesso em: 25/08/2024.

E pensando de maneira estratégica, foram selecionadas uma unidade de saúde da Atenção Primária à Saúde em cada uma das 5 (cinco) áreas de Planejamento Urbano do município para a realização das entrevistas. Com exceção da área 5 (cinco), onde, devido à sua grande expansão territorial, foram escolhidas duas unidades de saúde. A seleção final dos

participantes e das unidades entrevistadas seguiu os critérios de inclusão, que abrangiam profissionais de saúde (notadamente enfermeiros) atuando como gerentes nos serviços de saúde no nível loco-regional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), com pelo menos 1 (um) ano de experiência no cargo. Os critérios de exclusão foram: unidades que nunca possuíram vinculação ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade e profissionais que não atendessem aos critérios mínimos estabelecidos, incluindo aqueles que não possuíam graduação em enfermagem ou que não possuísem pelo menos 1 (um) ano de atuação na função.

Esse cenário foi escolhido por abranger unidades que contam com o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, sendo, portanto, unidades voltadas ao aprendizado em serviço e ao aperfeiçoamento profissional. Além de serem campos favoráveis para contextualizar e compreender o processo de implantação e a situação da qualificação da inserção do programa, bem como seus efeitos nas unidades, nas equipes e nos usuários da APS no município.

Embora a seleção dos participantes tenha seguido os critérios de inclusão previamente estabelecidos, houve uma adaptação necessária para contemplar a Área Programática 2.1. Devido à falta de profissionais que atendessem aos critérios mínimos estabelecidos, com exceção de um profissional que, embora elegível, optou por não participar da pesquisa, foi necessário realizar uma entrevista com a gestora de uma unidade que, até o início deste ano, fazia parte do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade. Desde 2015, ano de criação do programa, essa unidade manteve sua vinculação como campo de formação de residentes, mesmo após ter sido desvinculada temporariamente devido ao fechamento causado por um incêndio. Há, ainda, a previsão de sua retomada com lotação para o ano de 2025.

Os participantes foram identificados por pseudônimos e numerados de 1 a 6, seguindo a ordem em que as entrevistas foram realizadas. Trazendo maior clareza ao estudo, os entrevistados estavam presentes nas Áreas Programáticas de saúde nas regiões: 1.0, 2.1, 3.1, 4.0, 5.1 e 5.2. O Gestor 1 está localizado na AP 1.0, o Gestor 2 localizado na AP 3.1, o Gestor 3 localizado na AP 4.0, o Gestor 4 localizado na AP 5.2, o Gestor 5 localizado na AP 5.1 e o Gestor 6 localizado na AP 2.1.

5.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES

5.3.1 INSTRUMENTO DA COLETA

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário semiestruturado específico, com o objetivo de analisar a percepção dos gestores sobre os processos de trabalho dos enfermeiros residentes e sua organização no serviço da Atenção Primária à Saúde. O formulário serviu como guia para a entrevista semiestruturada, e em sua primeira parte, foram coletadas informações sobre o perfil do entrevistado (nome; sexo; idade; especialização e tipo de especialização; profissão/posição ocupada na ESF; tempo de atuação na ESF e unidade de gestão). A segunda parte do formulário continha o questionário propriamente dito, dividido em 8 seções: Perfil e competências dos enfermeiros residentes do PREFC; Experiências de integração dos enfermeiros residentes do PREFC; Efeitos na qualidade do atendimento e satisfação; Dinâmicas de trabalho na ESF; Efeitos nos indicadores de saúde da comunidade; Desafios e facilitadores da integração; Recomendações e perspectivas, e Aspectos Complementares. Essas seções incluíram perguntas norteadoras, pertinentes ao objeto de estudo. (APÊNDICE B).

5.3.2 PROCEDIMENTO DA COLETA

Os participantes das unidades localizadas nas 5 áreas de Planejamento Urbano do município foram inicialmente contatados por e-mail. Após o retorno e o aceite para participar da pesquisa, o contato prosseguiu por meio telefônico, e, a partir disso, foi agendada a entrevista, que poderia ser realizada presencialmente ou por vídeo chamada, conforme a preferência do participante. Em todos os casos, foram assegurados a privacidade e o respeito aos horários de disponibilidade dos entrevistados.

Após a confirmação da participação, as entrevistas foram marcadas, e a coleta de dados ocorreu no período de 06 de setembro a 6 de novembro de 2024. Durante as entrevistas, adotei uma abordagem que priorizou o respeito à individualidade e à autonomia dos participantes. Além disso, todos foram devidamente informados sobre o objetivo da pesquisa, sua importância, seus benefícios e a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízos.

No início de cada entrevista, foi garantido que os nomes dos participantes e os locais de realização seriam mantidos em sigilo. Após esses esclarecimentos, foi solicitada a autorização para a gravação das entrevistas, utilizando um gravador digital telefônico, a fim de capturar todas as informações e nuances das narrativas.

Com o consentimento dos participantes, os dados foram gravados e, posteriormente, transcritos e organizados para análise. As entrevistas tiveram uma duração média total de aproximadamente 4 horas e 41 minutos.

A maioria dos entrevistados constituiu-se do sexo feminino (5 mulheres e 1 homem). Dentro dos entrevistados observou-se que todos possuíam curso de pós-graduação, sendo de maneira predominante Lato sensu, além do tempo de atuação na Atenção Primária ser em média entre 4 e 5 anos como gestores, o que indica familiaridade com as questões de Saúde Pública.

Tabela 1: Características dos participantes do estudo

Profissionais Gestores	
Participantes, total	6
Homens	1
Mulheres	5
Idade	6
30-39	2
40-49	3
50-69	1
Pós-graduação, total	6
Sem especialização	0
Pós-graduação (em curso)	0
Pós-graduação (Lato Sensu)	4
Pós-graduação (Stricto Sensu)	2
Tempo de Atuação na Gestão da ESF	6
< 1 ano	0
Até 2 anos	0
Até 3 anos	1
Até 4 anos	2
> 5 anos	3

Fonte:Elaborado pela autora.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior denominado “QualificaPREFC”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ, seguindo as recomendações éticas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e aprovado sob o parecer de número 6.131.025.

Para dar início ao processamento da pesquisa, solicitei previamente autorização aos Centros de Estudos das respectivas áreas de planejamento para a realização das entrevistas. Após a aprovação, foram enviados convites por e-mail aos gestores, a fim de verificar sua aceitação em participar da pesquisa em saúde. Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa e, somente após seu consentimento, foram entrevistados. A participação foi formalizada mediante a assinatura do termo de anuência institucional (APÊNDICE C), do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e a anuência para a gravação da entrevista. O estudo seguiu os cuidados éticos estabelecidos pelas Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016, assegurando a preservação da dignidade, direitos, segurança e bem-estar dos participantes.

Os participantes foram identificados pelo pseudônimo “Gestor”, acompanhados da numeração de “1 a 6”, para preservação do anonimato. Não houve beneficiários financeiros diretos ou indiretos.

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a organização e análise das informações, as entrevistas foram transcritas utilizando as gravações realizadas pelo aparelho telefônico e a suíte *Microsoft 365* com o programa *Microsoft Word*® (versão atual). O processo envolveu a pausa do gravador periodicamente para verificar a precisão da transcrição gerada automaticamente pelo *Word*, garantindo a fidelidade das narrativas. Em seguida, foram seguidas as etapas para análise do conteúdo e das informações coletadas.

A análise dos resultados foi fundamentada na metodologia de análise de conteúdo de Bardin, que consiste em um "conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens" (BARDIN, 2008, p. 44). Essa abordagem pode envolver diversas técnicas, como a análise categorial, a avaliação, a enunciação, a proposição do discurso, a expressão e as relações, que visam extrair significados das mensagens (BARDIN, 2008).

Para este estudo, foi escolhida a **análise de conteúdo categorial**, considerada a mais antiga e a mais utilizada. Esse tipo de análise ocorre a partir da divisão do texto em unidades, agrupadas em categorias por meio de comparações analógicas (BARDIN, 2008, p. 199). A partir dessa análise, emergiram duas categorias principais, que permitem responder à pergunta de pesquisa e aos objetivos traçados.

Dessa forma, a análise proporciona uma compreensão sobre as categorias e subcategorias, estabelecendo a base para a apresentação dos resultados deste estudo.

6. RESULTADOS

A primeira categoria, **"Desenvolvimento e Integração dos Enfermeiros Residentes"**, concentra-se nas competências adquiridas e na adaptação desses profissionais ao ambiente da Estratégia de Saúde da Família. Ela é composta por duas subcategorias. A primeira **"Competências e Habilidades dos Residentes"**, que observa as percepções dos gestores sobre as capacidades técnicas e interpessoais desenvolvidas ao longo da residência. A segunda subcategoria **"Experiência de Integração e Adaptação"**, explora as dinâmicas de inserção dos residentes na rotina da ESF e o papel dos gestores e preceptores no suporte ao processo adaptativo.

A segunda categoria, **"Contribuições dos Enfermeiros Residentes na Estratégia de Saúde da Família"**, destaca as influências dos residentes sobre a qualidade do atendimento e os indicadores de saúde da comunidade. Nesta categoria, a primeira subcategoria **"Influência na Qualidade e Satisfação do Atendimento"** abrange a percepção dos gestores sobre a melhoria do acolhimento e da humanização do cuidado. Por sua vez, a segunda subcategoria **"Influência nos Indicadores de Saúde e Promoção de Saúde"** considera as mudanças observadas nos indicadores de saúde e o engajamento dos residentes em ações de prevenção e promoção, bem como sua contribuição na gestão de condições crônicas.

6.1 DESENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS RESIDENTES

6.1.1 COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DOS RESIDENTES

Nesta categoria, o relato dos entrevistados permitiu destacar aspectos das características, habilidades e processos de adaptação dos enfermeiros residentes ao contexto da ESF. Um dos pontos ressaltados referiu-se à diferenciação de habilidades entre os residentes de primeiro (R1) e segundo ano (R2).

[...] A gente vê uma evolução e a competência mais bem desenvolvida pelo R2, obviamente, né? [...] A gente consegue ver uma evolução bem positiva do R1 um pouco mais para o final do ano, por que a gente está falando de competência e de habilidade técnica, mas eu acho que isso vai sendo construído perpassando também pela questão interpessoal, né? [...] Então assim, é com certeza diferente a competência e habilidade técnica do residente de família e comunidade, obviamente vou sempre escolher para contratar um ex-residente [...] (Gestor 1).

Essa observação reflete que o processo de amadurecimento e aprimoramento das habilidades dos residentes ocorre de forma progressiva, sendo mais evidente no segundo ano de residência, quando as competências técnicas e interpessoais estão mais consolidadas. Além disso, foi mencionada a importância de os residentes desenvolverem tanto habilidades técnicas quanto de liderança e comunicação, necessárias para a integração e atuação na equipe:

Acho que vem também da capacidade e da qualidade que o programa impõe e solicita que o residente trabalhe. Então, a gente vê muita criação de PTS e muita coordenação de cuidado, com muito mais qualidade e muito mais proximidade do paciente. Essa aproximação, essa vigilância e esse cuidado ficam muito mais fortes e fortalecidos, e todo mundo entende o seu espaço, né? O agente comunitário trabalha a sua atribuição de maneira mais eficaz, assim como o médico, a farmácia e o paciente (Gestor 1).

Eu acho que o programa caminha muito bem nesse sentido, porque passa tudo que eles precisam, assim, de forma teórica, e o preceptor aqui no campo, na prática, prepara para que eles sejam os melhores enfermeiros possíveis quando forem assumir uma equipe sozinhos (Gestor 5).

Outro aspecto relevante é a adaptação inicial dos residentes, que muitas vezes encontram desafios ao transitar da teoria acadêmica para a prática na ESF. Essa transição é destacada como um processo que exige esforço tanto do residente quanto da equipe da unidade para identificar e superar as deficiências prévias da formação na graduação. Os gestores comentam como as unidades precisam se adaptar para acolher os residentes, considerando as particularidades de cada novo grupo.

Eles chegam muitas vezes com deficiências da graduação, então obviamente o cara não demonstra, né? Ou ele já chega desesperado dizendo que não sabe fazer nada e precisam se adaptar. Esse processo de transição é um desafio para a unidade, mas, com o tempo, os próprios residentes vão se colocando e superando as dificuldades [...] Então, assim, tem esse momento de transição, que é todo mês de março, ele é um desafio para a unidade (Gestor 3).

Primeiro, tem residente que chega achando que isso aqui é um estágio. Não, não é um estágio; ele é um residente, ele vai ser cobrado como tal. Ele é um enfermeiro da equipe, ele não está aqui para estagiar. É lógico que ele pode ter dúvidas, e ele tem que ter dúvidas e deve perguntar. Mas ele não é um estagiário; ele não está ocupando espaço de outro [...] Tem algumas coisas que a gente precisa acabar adaptando de acordo com cada equipe em que esse residente chegou [...] (Gestor 2).

Toda vez que você tem um aluno, seja ele residente, acadêmico ou acadêmico-bolsista, ele é um profissional da unidade. Eu vejo a residência de uma forma um pouco diferente, não sei. Mas aqui o residente entra, ele está na escala padrão, ele é um profissional da unidade. Ele é residente hoje [...] Precisamos estar juntos, observando, conversando, mas ele tem que executar todas as atividades agora. Então, assim, precisamos que o residente se sinta pertencendo à unidade à qual ele elegeu e entenda qual é a dimensão disso (Gestor 6).

Eu acho sinceramente que o dia a dia é que as coisas vão caminhando. Não existe uma receita pronta, porque a gente lida com pessoas, né? Vai ter um que vai chegar e

já se integrar ali na equipe, vai caminhar. Vai ter aquele que vai chegar mais tímido e ficar mais na dele. Eu acho que a questão é realmente trabalhar para que as pessoas entendam que somos todos uma grande equipe, que nosso papel principal é pensar no cuidado e promover saúde para o usuário (Gestor 5).

Os relatos dos gestores também apontaram a importância da comunicação e da forma como os residentes lidam com feedbacks, evidenciando um desafio na comunicação interpessoal, especialmente devido à insegurança e à adaptação ao ambiente de trabalho:

[...] Às vezes, você nem falou nada que é para pesar; quando converso com eles, sempre digo: ‘gente, isso é só uma conversa, vamos aqui fazer uma troca, eu não estou aqui chamando a atenção de ninguém’ [...] E aí tem que ter muito cuidado para falar, porque podem achar que estou querendo dizer que tem que fazer do meu jeito, mas estou dando apenas uma sugestão (Gestor 5).

Os residentes, em sua maioria, são pessoas jovens, né? São jovens ou recém-formados ou formados há poucos anos e têm a insegurança, a insegurança da formação e a segurança da vida [...] Então, dependendo da forma como você fala, ‘ó, isso aqui não pode mais acontecer’, eles são sempre um pouco mais melindrados, às vezes mais reativos, para se defender mais do que para se comunicar e resolver a situação. [...] Mas como a comunicação é muito grande, ela também envolve relações pessoais, e, nesses momentos, sim, porque o residente, por muitas vezes, se sente um pouco mais frágil, se sente cobrado [...] Então, às vezes, a comunicação pessoal é atrapalhada por palavras inadequadas (Gestor 2).

Então, eu acho que uma das grandes potencialidades do residente é a questão de ser um observador de fora. Como ele ainda está no processo de aprendizado, não possui o brio do conhecimento completo, e por isso acaba pontuando coisas fundamentais. Mas, ao mesmo tempo, vejo vocês sendo manipulados por outros profissionais. Vejo essa fragilidade também. Então, é uma potencialidade quando vocês conseguem identificar um processo. Mas uma fragilidade no sentido de, vocês têm que reclamar trazendo uma proposta, uma melhoria (Gestor 3).

As percepções sobre as deficiências da graduação também foram mencionadas como um fator que impacta diretamente o processo de adaptação e o desenvolvimento de habilidades dos residentes:

[...] O que eu acho é que quem vem para a residência muitas vezes é recém-formado. E aí eu vejo muito mais, eu não digo nem pelo profissional, mas eu digo pela qualidade da formação na faculdade, eu acho que a galera ainda sai muito crua [...] Eu acho que um enfermeiro formado não saber punccionar uma veia, não saber ter uma dinâmica de liderança de uma equipe, eu acho isso muito complexo, mas eu acho que isso é falta da graduação e que aí quando o residente chega aqui, a residência meio que tem que compensar, correr atrás desse déficit (Gestor 3).

No entanto, os relatos também destacaram que, apesar dos desafios iniciais, os residentes demonstram potencial para evoluir e se adaptar com o apoio da equipe e dos preceptores:

Percebo que eles amadurecem bastante. A maioria deles, ao chegar ao segundo ano, parece que vira uma chave e muda completamente. Isso faz parte do processo, já que

o primeiro ano é geralmente mais inseguro. Muitos vêm direto da faculdade, ou seja, terminam a graduação, entram para o programa e já chegam aqui recém-formados [...] Até aqueles que são um pouco mais inseguros acabam se adaptando com a convivência com os demais, com os preceptores e com nosso dia a dia. Com isso, eles vão mudando, se soltando e se envolvendo mais (Gestor 5).

A comunicação aqui é super positiva por parte dos residentes, né? E quando tem alguma questão de não concordar com alguma conduta ou com alguma coisa, eles sempre trazem isso de uma forma muito harmoniosa. Ou geralmente passam para um preceptor, e o preceptor vem até a mim e fala. E a gente tenta, em reunião de equipe da unidade, sempre discutir, alinhar esses processos (Gestor 4).

Eu acho que o programa é muito bom nesse sentido, de preparar eles pro mundo. E aí cabe a gente aqui, eu como gerente e os preceptores, para prepararmos eles para o que vai ser quando saírem (Gestor 6).

Por fim, as falas demonstram que, além do conhecimento técnico, os residentes trazem novas perspectivas e atualizações para as unidades:

Eu gosto muito de trabalhar com a residência e de tê-los aqui. É bem desafiador, mas eles trazem um olhar diferenciado. Eles trazem, como eu te falei, muitas atualizações; eles dividem bastante coisa, eu gosto bastante. Claro que nem todos são perfeitos, como nenhum de nós somos, não é? A gente não vai estar bem em um dia, mas vai estar melhor no outro; outro, vai contestar um pouco o que você está falando, mas não vejo problema. Acho que é saudável, a gente conversa, a gente vai trocando (Gestor 5).

Eu acho que é isso que a gente precisa: trazer novos conhecimentos e novas práticas, não apenas para facilitar a vida do profissional, mas também a de todos os nossos pacientes (Gestor 4).

Eu digo, gente, esse carimbo nosso da residência é um carimbo reconhecido mundialmente. É como o carimbo da Fiocruz; todo mundo conhece a Fiocruz. Todo mundo quer a residência do Rio de Janeiro, e a gente tem que fazer isso valer. Então a gente tem que ser muito bom. A gente tem que ser muito cuidadoso. A gente precisa trabalhar muito o cuidado. Não pode ser de qualquer maneira (Gestor 6).

6.1.2 EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO E ADAPTAÇÃO

A integração dos enfermeiros residentes nas unidades de saúde da ESF envolve uma série de fatores e a sua presença é reconhecida como um fator de mudança mas em alguns casos, pode sim gerar desconforto entre os profissionais:

[...] É claro que qualquer mudança é muito incômoda, né? A residência incomoda [...] Algumas enfermeiras que não são da residência falam: 'Ah, tudo você fala com a residência de enfermagem primeiro'. Eu digo: 'Gente, como não vou falar com eles primeiro? Eles são 5 das 8 equipes que eu tenho.' A agenda padrão da unidade precisa estar de acordo com a agenda da residência. Então, isso é um desafio: tentar equilibrar as relações nesse sentido, né? (Gestor 1).

O papel do gestor é destacado como parte do processo de integração dos residentes.

Os entrevistados relatam sobre a importância da sensibilidade do gestor em acolher e entender as especificidades do programa de residência e sobre a diferença que isso causa na maneira como os residentes são recebidos e se adaptam ao serviço:

Eu acho que o papel do gestor é fundamental. Se há alguém que é sensível a isso, a ter o programa de residência de enfermagem, isso faz toda a diferença [...] Portanto, o gestor é essencial nesse processo, garantindo que a entrada ocorra de maneira positiva e fluida. Isso é importante até para entender as demandas que a residência traz, como a agenda padrão, a ausência do residente, a saída do preceptor, as reuniões de grupo de trabalho, as aulas extras, e assim por diante. Se não houver um gerente que seja sensível, a situação se torna difícil e complicada (Gestor 1).

A figura do preceptor também é apontada como a chave para a adaptação dos residentes, tanto em termos de aceitação quanto de inserção plena na equipe e no processo de trabalho da unidade:

Mas para a atuação efetiva eu vejo os preceptores muito nesse lugar, sabe? Até porque no final, são eles que ficam e acabam facilitando completamente a atuação dos residentes na equipe, na unidade e na comunidade. Eles têm essa capacidade de dialogar e caminhar juntos (Gestor 4).

O preceptor precisa saber integrar o residente [...] Então, o preceptor precisa ser muito ágil, precisa ser inteligente para entender como ele vai fazer esse profissional se integrar no serviço. Não é só ser aceito porque ele é legal; não é isso. É se integrar enquanto profissional, como peça importante dessa engrenagem. Então, o principal articulador disso é o preceptor (Gestor 2).

Um dos gestores inclusive descreve sobre a importância de criar um ambiente em que preceptores e residentes se sintam parte de algo maior, não apenas dentro de suas equipes ou programas, mas dentro de toda a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde:

Trabalhar o pertencimento desses preceptores e desses residentes. Eles precisam se sentir pertencentes a esse espaço. Aqui, é como um bolo: uma fatia é a sua unidade, outra a sua equipe, outra o seu programa de residência. Porém, o bolo todo se chama Secretaria Municipal de Saúde e, dentro da Secretaria, há outro bolo chamado estrutura governamental, pela qual batalhamos muito para conquistar. Portanto, isso precisa ser valorizado. Porque investimos em todos eles, qualificamos todos eles para ter uma rede nossa. Imagine só, formar dentro da rede e trazer para a mesma rede? Isso é magnífico. Isso é motivo de orgulho (Gestor 6).

Quando perguntados sobre os processos de trabalho, os gestores mencionaram a importância de terem bem estruturados os processos como um fator que contribui para uma integração mais tranquila dos residentes:

É, eu acho que a questão principal é o fluxo, porque eles chegam sem conhecer o funcionamento da unidade, nem os protocolos [...] Esse desafio é recorrente a cada

ano com os novos residentes (Gestor 5).

Eu acho que temos processos de trabalho bem estáveis, o que facilita muito a chegada do residente. Se você tem uma unidade de saúde onde cada hora se faz algo de um jeito, fica difícil [...] Esse ponto de ter um fluxo bem estabelecido é o que recomendo e acho que facilita. Para receber um aluno que mudará a cada dois anos, você precisa ter um fluxo bem estruturado (Gestor 3).

A qualificação da equipe, sem dúvidas, é o maior facilitador na inserção de novos residentes todos os anos. Quando você tem tudo amarrado, com todos os fluxos bem estabelecidos e os profissionais com a mesma fala, isso facilita muito o processo de trabalho e a integração desses residentes (Gestor 6).

Os gestores trazem a importância de garantir estabilidade e uniformidade nas práticas conduzidas dentro das unidades e sobre como isso facilita a adaptação dos residentes e também garantem uma continuidade no padrão de atendimento dispensado à população assistida.

6.2 CONTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS RESIDENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

6.2.1 INFLUÊNCIA NA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO

A presença dos residentes de enfermagem foi relatada como um fator de influência na qualidade do atendimento nas unidades de saúde, especialmente em termos de acolhimento e humanização do cuidado. Conforme relatado pelos gestores, a atuação dos residentes contribui para o fortalecimento dos vínculos com os usuários, promovendo um ambiente de atendimento mais acolhedor e com maior empatia.

Com o profissional residente, a gente tem sim a população se sentindo melhor acolhida, se sentindo melhor escutada, entendeu? Então acho que tem esse diferencial, sem dúvida nenhuma (Gestor 3).

[...] Assim, eles trazem para a nossa vivência um lado mais humano, uma paciência que, às vezes, um profissional que não passou pela residência acaba não tendo. Às vezes, a pessoa não entende o usuário, leva para uma questão pessoal e acha que o usuário fala daquele jeito mais agressivo e encara isso de uma forma ruim. Mas a gente precisa entender o indivíduo, né? E vejo muito isso na comunicação dos residentes; eles param e escutam o indivíduo. Eles trazem realmente uma linguagem diferente (Gestor 5).

Os feedbacks dos usuários foram mencionados como uma forma de reiterar o papel dos enfermeiros residentes no serviço prestado à comunidade, reforçando a percepção positiva do cuidado por parte da população.

Sim, a gente recebe o tempo todo ouvidoria positiva, não só do residente, como também dos preceptores [...] geralmente o usuário partilha de estar feliz com o atendimento da equipe, coloca o nome da pessoa, do residente, de forma carinhosa, de como foi acolhido. Abordagem de toda uma equipe de residência de enfermagem no caso, a questão humanizada da situação (Gestor 1).

Eu tenho ouvidoria em relação ao atendimento por parte dos enfermeiros, do acolhimento. [...] Questão de ouvidorias positivas, sempre positivas, né? Então isso me deixa bem alegre de ver esse reconhecimento pela população e até mesmo nos colegiados gestores, pois eles participam também, né? Eu sempre levo os residentes. [...] E aí dentro do colegiado, os usuários têm esse espaço de falar sobre o programa da residência, né? E eles sempre elogiam muito os profissionais da residência, da equipe que tem a residência. Temos um feedback muito positivo da comunidade (Gestor 3).

Negativo, eu nunca tive, na verdade. Eu entendo como um ponto positivo quando vem um usuário e fala: ‘Cadê a minha enfermeira?’ Isso, para a gente, é um termômetro, né? Já mostra que realmente eles vêm tendo um bom papel e uma boa vinculação com o usuário, então, para mim, isso já é um ponto positivo. E a ouvidoria, né? A gente recebe bastante elogio dos enfermeiros também (Gestor 5).

Relatos dos gestores revelam que, ao término da residência, alguns usuários chegam a questionar a ausência dos residentes, evidenciando o vínculo criado:

Tem ouvidoria positiva e negativa, né? Tem negativa que é legal de ver, que é ‘você mandou o meu enfermeiro embora?’ Não, ele só se formou (risadas) (Gestor 2).

Quando vão embora, às vezes os usuários me procuram dizendo que eu mandei o enfermeiro embora. Eu falo: ‘Eu não mandei embora, não. Ele só se formou’ Já teve usuário aqui dizendo que ia fazer ouvidoria para pedir para o residente dele voltar, porque ele tinha sido demitido. Isso é prova de que eles constroem um vínculo forte e que faz toda a diferença no cuidado, né? Porque aquele usuário, principalmente aquele que tem uma resistência maior de adesão, quando constrói o vínculo, acaba aceitando mais as recomendações (Gestor 5).

Já quando questionados sobre a presença de residentes e sua contribuição para os usuários e para a unidade, os gestores destacaram que a contribuição esbarra com o perfil individual de cada residente como critério definidor:

Essa pergunta é um pouco difícil, porque assim, eu acho que sempre vai ter de passar pelo perfil do residente. [...] porque vai ter aquele residente que quer fazer o que tem que fazer apenas e também tudo bem assim, né? Tem aquele residente que tem muita iniciativa, tem esse olhar para fora da caixinha, aquele que realmente quer fazer a diferença [...] Acho que vai muito do perfil, mas é muito claro que o residente, ele está aqui para incomodar positivamente, entendeu? E fazer realmente acontecer a mudança. Mas eu tive muitas experiências exitosas de residentes que colaboraram com o processo de trabalho muito intensamente, de identificar problemas e trabalharmos juntos para solucionar (Gestor 1).

Então, eu acho que a contribuição é: Eu acho que a gente discute a enfermagem, os processos. Eu sou a maior defensora da questão da residência. Por quê? É que quando você tem uma formação de um especialista, você pensa numa qualidade de

assistência [...] às vezes a gente tem umas falhas da enfermagem, que são coisas muito bisonhas, sabe? E aí entra muito na conta do enfermeiro, porque se o meu técnico está fazendo um procedimento errado, cadê meu enfermeiro que tem que fazer a supervisão direta do técnico vendo isso, né? Então, às vezes, o enfermeiro fica muito enclausurado dentro de um consultório, só que a enfermagem é muito mais. E aí, quando eu tenho o residente que sai desse consultório, ele consegue ver fluxos na observação clínica que ninguém viu, porque ele está ali com aquele olhar de qualidade, com olhar de especialização. Então, às vezes, ele consegue ter uma visão muito melhor, então é um ganho para a unidade [...] A residência de enfermagem às vezes fica muito trancada na questão de saber fazer um diagnóstico, e não é só isso, né? O especialista em saúde da família tem que ser muito bom em território, tem que ser muito bom na clínica da família [...] E tem muita gente que vem para a saúde da família e quebra a cara, acha que vai ser o postinho onde você vai prescrever um anti-hipertensivo, vai fazer curativo e acabou, e não é bem assim (Gestor 3).

Em relação à contribuição, eu cobro até um pouquinho mais delas, né? Sou uma gerente um pouquinho chata. Eu falo: o que é a estratégia? A gente trabalha muito na rua, né? Muito no boca a boca [...] E hoje eu cobro muito isso delas, porque, às vezes, ficamos muito centradas dentro do consultório, esperando a população vir, esperando sempre chegar às demandas. 'Ah, por que essa mãe vem tanto com essa criança com diarreia?' Mas o que está levando essa criança a ter tantas diarreias consecutivas? Esse diagnóstico territorial fala muito sobre o próprio território, né? E eu cobro muito essa parte, né? Em relação à contribuição delas dentro do território, de conhecer a dinâmica familiar, de observar isso [...] Mas o nosso papel principal é a promoção, né? Promover a saúde dessa população (Gestor 4).

Mas eles ainda assim descrevem a presença de residentes como um elemento de fortalecimento da prática da enfermagem, pois amplia a discussão sobre os processos de trabalho.

[...] A presença da residência, a presença do aluno, é de excelência e a gente tem que batalhar por isso. A gente tem que batalhar ainda mais para defender a nossa categoria de enfermagem (Gestor 6).

Às vezes vocês estão fazendo uma educação permanente e conseguem enxergar uma outra ótica e mudar um processo de trabalho. Porque às vezes os outros enfermeiros que não são especialistas não tiveram tempo para dar esse feedback ou não têm esse olhar. E vocês ali, naquela atuação, conseguem. E, ainda mais, vocês passam ideias maiores e melhoram demais (Gestor 3).

Em um exemplo concreto comentado por um gestor, a sala de curativos da sua unidade de saúde passou por uma reformulação após uma iniciativa da residência de enfermagem, resultando em alta mais rápida dos pacientes e um menor consumo de materiais:

Em 2021, a gente tinha um problema na sala de curativos. A gente não conseguia dar alta, nem fazer mudança de tratamento. Tínhamos essa fragilidade importante na sala de curativos. Foi proposto pela própria residência de enfermagem, pelos preceptores, a permanência sempre de um profissional de enfermagem na sala, seja preceptor ou residente, nos períodos diurno e vespertino, sempre teria um profissional. Inicialmente, isso começou com a residência, mas hoje se aplica à unidade inteira. Até os enfermeiros que não são de equipe com residência estão escalados para a sala de curativos.

Tivemos ganhos técnicos importantes: altas muito mais rápidas, menor consumo de material, e a satisfação do usuário que está conseguindo ter alta com mais brevidade.

Hoje, a gente tem sempre a vigilância de um enfermeiro dentro da sala de curativos [...] Então, é algo que a residência trouxe como possibilidade de mudança, a gente comprou a ideia e hoje vê o quanto isso deu certo (Gestor 2).

6.2.2 INFLUÊNCIA NOS INDICADORES DE SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE

A presença dos residentes de enfermagem nas unidades de saúde foi associada pelos gestores a mudanças nos indicadores de saúde:

Aqui na região nós somos 18 unidades de saúde e dessas 18, essa unidade é a única que tem residência de enfermagem, e na nossa área programática, sem ser leviana, a nossa unidade é a melhor. E eu atribuo isso, certamente, ao alcance dos indicadores por conta da residência de enfermagem [...] Então, assim, eu não tenho dúvidas de que os processos são bem construídos, bem amarrados, e os indicadores são alcançados porque existe esse acompanhamento de gestão e monitoramento com a residência de enfermagem (Gestor 1).

Vamos falar de DIU. A gente diminuiu bastante o número de gestantes. Tem nascido menos pessoas mesmo, menos nascidos vivos, mas tem menos adolescentes se colocando em risco, com fim de gravidez indesejada. E é a residência de enfermagem que faz o grupo de planejamento reprodutivo aqui. Então, a gente consegue mostrar isso. A gente tem menos riscos hoje de óbito materno-infantil, que é algo importante aqui na região, com a colocação de DIU pelos enfermeiros residentes. A procura das mulheres para retirar o DIU é muito baixa, muito baixa mesmo [...] Então, isso é outro ganho que a gente tem com a residência: temos mais força, são mais pessoas com mais capacidade técnica. Nunca tivemos nenhuma perfuração de útero; tudo sempre com muita qualidade (Gestor 2).

Então, as equipes que têm a residência sempre batem, né? A gente tem o déficit em geral em alguns indicadores, mas é todo mundo. A gente vê as equipes alcançando mais indicadores e com uma qualidade maior nas que têm a residência de enfermagem (Gestor 3).

A bota de Unna, que eles fizeram um treinamento, e a gente não tinha muitos enfermeiros habilitados para isso e envolvidos com essa prática de cuidado, hoje a gente tem mais, até por conta dos residentes.

Hoje também existe um grupo de auriculoterapia, que surgiu porque todos os residentes passaram por esse treinamento. Muitos usuários procuravam, e os usuários do tabagismo, depois, queriam continuar com a prática. Então, a gente tem um grupo fixo de auriculoterapia que é feito pelos residentes, com uma preceptora que fica como referência para eles, mas ele é todo conduzido pelos residentes.

Quanto às deficiências que percebo nos residentes, como esquecer de ativar o CID daquele paciente, vejo que isso também acontece com profissionais que não são residentes. Então, não posso afirmar que tenho grandes problemas com a residência aqui, pois, na verdade, não tenho (Gestor 5).

Alguns gestores descrevem que a presença dos residentes já traz a representação de um olhar diferenciado e vigilante na equipe, o que vai contribuir para a melhoria contínua dos indicadores, embora esses resultados também dependem do esforço coletivo:

É, eu acho que a gente, quando está formando um especialista, vai pensar em qualidade assistencial, melhorar a qualidade em todos os sentidos. Então, eu acho que sim. Eu acho que quando a gente ganha a residência de enfermagem, a gente está discutindo um outro nível, entendeu? (Gestor 3).

Parece até na entrevista que a gente quer só deixar o lado positivo, mas é porque tem muito mais positivo do que negativo para falar da residência. Enfim, o atendimento do sujeito, principalmente pelo residente e pelas pessoas que compõem o programa, não é voltado somente para um caso de dor ou uma queixa pontual; ele atende o sujeito em sua complexidade social, de saúde, emocional e de segurança pública. O residente o atende de maneira completa. Então, vai abordar as dúvidas com relação à alimentação, vai abordar, obviamente, o estresse causado pela violência urbana, do marido que sai de madrugada e está exposto, da esposa que vai buscar a criança no momento de tiroteio. Então, o residente atua em todos esses espaços. A gente sabe que não é sempre possível por causa da pressão assistencial, que é grande, mas quem a equipe consegue acompanhar — que é a maioria dos cadastrados — é de maneira completa (Gestor 2).

Eu acho que a residência ajuda bastante na questão da vigilância da equipe [...] E com essa vigilância, fica mais fácil visualizar como está a equipe. Mas, particularmente, não consigo relacionar isso diretamente ao residente, porque o alcance de um indicador é o trabalho conjunto de toda uma equipe. O residente não consegue alcançar nada sozinho, ele depende de todos na equipe, do médico, do ACS, de todos.

Mas acredito que esse olhar de vigilância, que às vezes o enfermeiro de equipe sozinho não consegue exercer, é feito muito bem pelo residente. Ele desempenha um papel importante na vigilância da equipe. E eu vou um pouco além: o indicador é um número seco, mutável. Não se consegue abrir o indicador e ver realmente a qualidade da assistência. Ele é feito a várias mãos: a mão do usuário, a mão da equipe, a mão do odontólogo, a mão da gestão da unidade e a estrutura que te qualifica para dar conta de tudo isso (Gestor 6).

Conforme relatado pelos gestores, os residentes contribuem diretamente para o acompanhamento e gestão de condições crônicas, além de promoverem atividades de saúde coletiva para a sociedade, apesar de algumas dificuldades listadas pelos entrevistados.

Temos uma capacidade técnica, e a gente sabe disso, que é muito superior à da maioria das unidades do Rio de Janeiro. Mas também pecamos por conceitos bem básicos da estratégia de saúde da família. Um deles é a participação comunitária, a participação popular e as atividades coletivas [...] Exatamente os grupos da unidade, os grupos mais cheios, grupo de gestantes, grupos de orientação, grupo da dor, ocorrem por causa da residência de enfermagem. Então, é um ganho muito significativo. Nas equipes que não têm a residência de enfermagem, isso não acontece. Outra coisa positiva é o ensino para os agentes comunitários. Mês sim, mês não, um canal teórico é voltado para a capacitação dos agentes comunitários e dos técnicos de enfermagem (Gestor 2).

Primeiro, temos uma conjuntura muito ruim pós-pandemia, com o abandono dos doentes crônicos. Houve um afastamento importante, e agora é claro que estamos encontrando pacientes em situações mais complicadas. Sabemos que, na doença crônica, sempre buscamos minimizar danos. Com uma janela de dois anos sem acompanhamento, era esperado que as condições piorassem. Além disso, nos últimos dois anos, enfrentamos a insegurança no território, o que também afetou o trabalho. A gente tá vivenciando esse processo, né? No início deste ano, passamos praticamente um semestre com a clínica fechada por conta da violência, o que nos impediu de visitar o território [...] Dentro desse contexto, estamos constantemente tentando nos ajustar [...] Acho que precisamos reconquistar o território, mesmo que aos poucos. No pouco que conseguimos atuar no ano passado, vimos melhorias significativas (Gestor 3).

Acho que ajuda. Mas, assim, quando eu olho para a unidade, vejo que é um dos pontos que a gente ainda precisa avançar bastante. Eu acho que o COVID atrapalhou bastante, porque a gente perdeu essa noção de que nosso trabalho é promoção e prevenção. Mas eu acho que a residência tem esse perfil de trazer um pouco essa demonstração de que a gente não é só esse modelo de fazer prescrição, de resolver apenas a doença, esse modelo hospitalocêntrico. A gente quer prevenir. Então, sim, eu acho que estamos aqui para isso. A gente ainda precisa avançar bastante, né? É sair um pouco mais, priorizar a visita domiciliar e não apenas a vigilância de listas, indo para o território mais vezes e com isso atingir uma proporção maior de prevenção e promoção à saúde (Gestor 1).

Então, no momento uma das equipes que tem residência, é responsável por um abrigo de usuários de dependentes químicos, né? A gente tinha um residente do sexo masculino que começou com uma questão de utilizar a aromaterapia para lidar com esses usuários do abrigo. Então, ele conseguiu criar um vínculo muito bom entre o abrigo e os usuários do abrigo com a unidade. Então, isso foi um fato que me marcou, né? Com a experiência dele, trazer essa questão da aromaterapia foi muito significativo. Além disso, tivemos vários casos de usuários que voltaram aqui para agradecer, que não voltaram mais a usar drogas devido a esse atendimento, por essa forma de acolhimento. E esse residente tinha uma sensibilidade com esses homens que, para a sociedade, estão marginalizados, né? Então, assim, esse acolhimento que ele tinha fez um grande diferencial na equipe e foi uma experiência muito marcante na nossa realidade toda, entende? (Gestor 4).

Mediante as falas destacadas, os entrevistados apontam que a presença dos residentes contribui para a ampliação das ações de promoção à saúde e práticas voltadas à humanização e ao vínculo com a comunidade. À medida que apontam os desafios enfrentados, como o abandono do acompanhamento de condições crônicas e as dificuldades impostas pela violência no território, os relatos mostram que as estratégias propostas pelos residentes, como a realização de grupos educativos, capacitações e a adoção de abordagens sensíveis e inovadoras, têm gerado resultados positivos tanto na qualidade do cuidado quanto na integração entre usuários e a equipe de saúde.

7. DISCUSSÃO

Apesar dos avanços apontados pelos gestores entrevistados, a inserção do programa de residência em enfermagem evidencia fragilidades no conjunto de competências adquiridas ainda durante a formação acadêmica. Esse cenário reforça um modelo ainda centrado na prática médica e aponta lacunas nos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma abordagem efetiva na Estratégia de Saúde da Família. Essa perspectiva é corroborada por Souza et al. (2017), que destacam que muitos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, ainda não possuem competências essenciais para identificar e abordar os desafios envolvidos na consolidação do SUS.

Os relatos dos gestores indicam a importância dos residentes também desenvolverem habilidades que irão transcender o âmbito técnico, como liderança e comunicação, aspectos necessários para sua integração e atuação eficaz nas equipes da ESF. Assim, Souza et al. (2017) apontam o enfermeiro como um profissional central nos serviços de saúde, capaz de promover um cuidado integral e humanizado, e para que essa prática se concretize, as habilidades interpessoais e comunicacionais são indispensáveis, pois fortalecem tanto o vínculo com a equipe quanto o cuidado prestado aos usuários.

Os desafios relacionados à adaptação inicial dos residentes, especialmente durante a transição entre a formação acadêmica e o início da prática no SUS, foram destacados como fatores que impactam o primeiro momento de inserção na residência. Contudo, observa-se uma melhora expressiva no desempenho e na integração dos residentes a partir do segundo ano de formação. Segundo Castellanos et al. (2023), o objetivo da formação acadêmica na saúde é exatamente preparar os profissionais para atuar no sistema público, com foco na saúde pública. As habilidades essenciais como raciocínio clínico e pensamento crítico, fundamentais para diagnosticar condições de saúde e de doença, são desenvolvidas apenas parcialmente na graduação, sendo aprimoradas ao longo de processos formativos mais imersivos, como a residência (CROSSETTI et al., 2009).

Apesar dos desafios enfrentados no primeiro ano, os residentes demonstram um grande potencial de evolução e adaptação. Esse amadurecimento é impulsionado pela convivência com os preceptores e com a equipe. Como destacado pelos entrevistados, a transição para o segundo ano de residência representa uma etapa importante, com os residentes apresentando maior segurança e envolvimento nos processos de trabalho, reflexo de um aprendizado progressivo e coletivo. Nesse contexto, o papel do preceptor é essencial. Segundo Ramos e Rennó (2018), o preceptor oferece suporte técnico e atua como mediador e

facilitador no processo formativo, dividindo a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento conjuntamente com o residente.

Os aspectos afetivo-emocionais possuem papel importante no processo de aprendizagem. Um ambiente acolhedor, relações interpessoais estáveis, onde o indivíduo sente-se à vontade para atuar, facilita o processo de memorização e aprendizagem (Ramos e Rennó, 2018).

Os gestores destacam que a presença dos residentes nas unidades de saúde da ESF proporciona suporte técnico, além de novas perspectivas e atualizações, beneficiando tanto os profissionais quanto os pacientes. Contudo, o processo de integração dos residentes pode gerar desconfortos iniciais entre os membros da unidade, evidenciando a necessidade de ajustes e de uma convivência harmônica. Esse desafio, entretanto, é reconhecido como uma oportunidade de inovação e fortalecimento do cuidado, consolidando o papel transformador da residência nos serviços de saúde (Ramos e Rennó, 2018).

Ademais, a formação interdisciplinar e sólida dos profissionais torna-se essencial para atender às demandas do SUS, como apontado por Castellanos et al. (2013), o SUS exige profissionais capacitados como agentes estratégicos, profundamente embasados nos princípios da saúde pública e preparados para atuar em um sistema cada vez mais extenso, complexo e especializado, enfrentando os desafios presentes nas políticas sociais que buscam a participação e o bem-estar da população.

Essa formação diferenciada visa permitir que temas essenciais ao SUS sejam abordados em diversos contextos, promovendo discussões e transformações nos territórios. O modelo formativo, baseado na imersão prática durante os dois anos de residência, contribui para fortalecer as profissões envolvidas, como a Enfermagem, e o próprio modelo de atenção à saúde, ao compreender e valorizar a complexidade das necessidades humanas e a importância das diferentes categorias profissionais no cuidado em saúde (Pinheiro et al., 2023).

Nesse cenário, os Programas de Residência em Enfermagem desempenham um papel central ao formar profissionais qualificados e alinhados às demandas do SUS. Os programas são planejados com Projetos Pedagógicos voltados para as realidades e necessidades regionais, com o objetivo de desenvolver competências críticas e reflexivas nos residentes. Eles asseguram uma prática integral e interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde, abrangendo ações que vão desde a promoção e prevenção até a manutenção, tratamento e reabilitação da saúde (Ramos e Rennó, 2018).

A presença dos residentes é percebida como um diferencial na qualidade do cuidado, especialmente em termos de acolhimento e humanização, promovendo um ambiente onde os usuários se sentem escutados e valorizados. Esse vínculo é reforçado pelos constantes feedbacks positivos, tanto formais, como nas ouvidorias, quanto informais, através de interações diárias, que evidenciam a satisfação da comunidade com o atendimento prestado pelos residentes. Essa abordagem, como destaca Silva (2020), tem garantido cuidados primários de qualidade, promovendo o aperfeiçoamento profissional e a construção de um cuidado mais humano e resolutivo.

A vinculação estabelecida entre os residentes e a população tem um efeito direto na adesão ao cuidado, especialmente entre usuários mais resistentes, que, ao construírem uma relação de confiança, passam a aceitar melhor as recomendações dos profissionais. Essa característica reforça um dos principais objetivos da residência em saúde da família e comunidade: capacitar profissionais, para atuarem de forma descentralizada no SUS, adaptando-se às diferentes realidades sociais e fortalecendo a interação com as famílias e comunidades atendidas (Pinheiro et al., 2023)

Essa relação fortalece a enfermagem enquanto categoria profissional e se apresenta como um eixo para a sustentabilidade e eficiência das práticas em saúde pública. A atuação dos residentes demonstra como o papel do enfermeiro no SUS é importante, pois, por meio de suas habilidades e atitudes, os enfermeiros residentes fortalecem a educação em saúde e o diálogo entre saberes, expandindo o cuidado de uma dimensão individual para uma perspectiva coletiva (Souza et al., 2017).

Além disso, a residência consolida a integração entre ensino, serviço e comunidade, priorizando o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, fundamentais para a prática da APS (Pinheiro et al., 2023).

Como destacado pelos gestores, a residência capacita os enfermeiros para identificarem fluxos e propor soluções inovadoras, agregando valor ao cuidado e à gestão da saúde na APS. De acordo com estudos realizados por Silva (2020) na percepção dos profissionais formados, a residência oferece uma oportunidade única para aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar habilidades e atitudes essenciais para o desempenho qualificado na APS, fortalecendo, assim, a assistência prestada à população (Silva, 2020).

Apesar dos desafios enfrentados, como o impacto da pandemia e a insegurança no território, a presença dos residentes demonstrou potencial para transformar práticas de cuidado, promovendo estratégias e ações que reforcem a humanização e a integralidade da assistência. O Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade é

reconhecido como o maior programa de residência da América Latina e destaca-se pelo compromisso com a formação de profissionais qualificados e pela excelência no preparo para sua atuação no Sistema Único de Saúde (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2024). Assim, o programa se reafirma como uma ferramenta para ampliar a atuação das equipes e fortalecer os princípios da APS, especialmente no contexto de vulnerabilidades sociais e desafios territoriais.

Presente em todas as dez Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro e abrangendo 26 unidades de saúde, o programa apresenta uma taxa de fixação de 97%, com seus egressos atuando nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município, reforçando sua proposta de formar profissionais no SUS para o SUS (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2024).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o objetivo desta pesquisa, este estudo buscou analisar os efeitos locais da qualificação dos profissionais sobre o processo de trabalho das equipes e dos profissionais, através da assistência prestada pelos Enfermeiros Residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, com foco na integração e nas práticas desenvolvidas dentro das equipes da Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva de gestores do município do Rio de Janeiro.

Os achados apontam que os enfermeiros residentes do PREFC desempenham um papel estratégico no fortalecimento da APS. A evolução progressiva das competências técnicas e interpessoais dos residentes, especialmente ao longo do segundo ano de formação, reflete a capacidade do programa de preparar profissionais qualificados e adaptados à realidade complexa da APS. Esses residentes destacam-se pela capacidade de criar vínculos com os usuários, promover uma assistência mais acolhedora e humanizada e colaborar com uma assistência mais qualificada.

Além disso, os gestores ressaltaram a contribuição dos residentes para a organização dos fluxos de trabalho, o alcance de indicadores de saúde e a execução de ações voltadas à promoção e prevenção. A atuação dos residentes trouxe mudanças no processo de trabalho e cuidado na ESF, como a reformulação de práticas de cuidado, maior engajamento da equipe nos processos de trabalho e aprimoramento de estratégias para gestão de condições crônicas. Contudo, desafios como a adaptação inicial dos residentes e lacunas na formação acadêmica prévia foram destacados como aspectos que demandam atenção contínua.

Este estudo contribui para o campo acadêmico e prático ao evidenciar o efeito positivo do PREFC na qualificação da APS e no fortalecimento das práticas de enfermagem. O programa promove mudanças nos cenários de treinamento em serviço, mobilizando as equipes para o aperfeiçoamento profissional, melhorando a qualidade da assistência e formando profissionais mais qualificados para o mercado de trabalho e mais ainda, profissionais aptos para o Sistema Único de Saúde, pois essa formação especializada favorece a fixação dos profissionais na saúde pública carioca, ampliando a capacidade de atendimento às demandas complexas do território.

Entretanto, como limitação, reconhece-se que o foco nas percepções de apenas alguns gestores pode restringir a compreensão completa dos efeitos do PREFC, sendo necessário incorporar outros atores, como os usuários e os próprios residentes. Também, o estudo aborda exclusivamente uma residência uniprofissional, o que pode limitar a análise de interações

interprofissionais que ocorrem em modelos multiprofissionais, restringindo a visão sobre o efeito mais amplo no trabalho em equipe na APS. Adicionalmente, embora a pesquisa tenha considerado a divisão regional do desenvolvimento urbano com base na distribuição da Secretaria Municipal de Saúde, ela foi realizada em apenas seis unidades dentro de dez áreas programáticas em saúde existentes do município do Rio de Janeiro. Essa limitação pode restringir a generalização dos resultados para outras localidades, dado o extenso território e as distintas realidades presentes no município.

Como proposta para estudos futuros, sugere-se a realização de pesquisas longitudinais que avaliem a evolução de indicadores de saúde em equipes que contam com o PREFC e equipes que não contam com o programa, bem como a análise de amostras de equipes que não contavam com a presença do programa e passaram a contar, possibilitando uma avaliação mais detalhada sobre as implicações dessa inserção. Também se destacam como relevantes as investigações sobre a percepção dos próprios residentes e usuários acerca do PREFC, para uma compreensão mais ampla e integrativa do programa. Esses pontos podem aprofundar a compreensão sobre a relevância do programa e contribuir para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à formação e atuação profissional na APS.

Por fim, destaca-se a importância da especialização nos moldes de residência, reconhecida como o padrão ouro no processo de formação profissional. É imprescindível que essa modalidade seja continuamente valorizada e fortalecida, com investimentos em educação permanente e uma articulação efetiva entre as instituições de ensino, as unidades de saúde e os gestores públicos. Essa articulação contribui para a formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de alinhar teoria e prática, transformar processos de trabalho e desenvolver práticas que respondam às necessidades da pessoa, da família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luciana Pavanelli von Gal de; FERRAZ, Clarice Aparecida. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, p. 31-35, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/55qr3jpvtHhBMcCp5ZjHjYb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de abril de 2024

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, p.e3450, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8253368/pdf/0104-1169-rlae-29-e3450.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2024.

ARAÚJO, Mayssa da Conceição et al. **Preceptorship contributions to the development of clinical and managerial skills in nursing residency**. Revista brasileira de enfermagem, v. 76, n. 2, p. e20220510, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10177629/#> Acesso em: 08 de agosto de 2024.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: Lisboa; 2008. Disponível em: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2024.

BRASIL, Rio de Janeiro. **Lei Complementar nº 270, de 16 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a Política Urbana e Ambiental do Município, institui a revisão do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 16 jan. 2024. Disponível em: <https://www2.rio.rj.gov.br/smu/buscafacil/Arquivos/PDF/LC270M.PDF>. Acesso em: 25 de agosto de 2024.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2024.

_____, Rio de Janeiro. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [livro eletrônico]: 2022-2025** / Daniel Soranz; coordenação: Liliane Cardoso de Almeida Leal, Carmem Lopes, Fabiana Dias.- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/03/PMS2022-2025_Final_Web.pdf. Acesso em: 22 de abril de 2024.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 450, de 10 de novembro de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 11 nov. 2011. Seção 1, p. 69-70. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0450_10_11_2011.html. Acesso em: 21 de abril de 2024.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 593, de 9 de agosto de 2018**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 06 nov. 2018. Seção 1, p. 44.

Disponível em:
https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743116/do1-2018-11-06-resolucao-n-593-de-9-de-agosto-de-2018-48742846. Acesso em: 14 de abril de 2024.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 de abril de 2024.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 14 de abril de 2024.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 14 de abril de 2024.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al. **Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações**. Ciência & saúde coletiva, v. 18, p. 1657-1666, 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/rf4BWZG483v5D3DB7XZXdh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

CECCIM, Ricardo Burg et al. **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico]** / Porto Alegre: Rede UNIDA, 212 p.: il - (Série Vivências em Educação na Saúde), 2018. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179762/001069642.pdf?sequence>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira et al. **Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 30, p. 732-741, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8zJwpnkPz49644sdyxXJWwt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

DE CARVALHO, Jacqueline Oliveira et al. **Estratégias de aprendizagem: o uso de metodologias ativas na formação e na qualificação de preceptores**. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 34, n. 02, 2023. Disponível em:
<https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1512>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

DE CARVALHO, Maria Alice Pessanha; GARCIA, Margareth Rose Gomes; SEIDL, Helena. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da

Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 154-170. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 14 de abril de 2024.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yonna. **A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. IN: _____ e col. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: ArtMed, 2006.

GIOVANELLA, Lígia. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28 de novembro de 2024.

GIL, Antônio Carlos, 1946 - **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed - São Paulo: Atlas, 2002.

LAZZARI, Edineia et al. **Programa de residência em enfermagem de família e comunidade: manual do residente** - 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <http://sigaenf.subpav.org/index.php/system/files/sgadoc/Manual%20do%20Residente.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

LOPES, Olívia Cristina Alves et al. **Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família**. Escola Anna Nery, v. 24, p. e20190145, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/#>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia. **Engagement no trabalho entre residentes e aprimorandos de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 1487-1492, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KZJ9QWQjbjjWxJwFRqN5GKS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 de agosto de 2024.

LOWEN, Ingrid Margareth Voth et al. **Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, p. 964-970, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WqWxSrQyqzV9Ssd4Mw5mgdM/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08 de agosto de 2024.

PINHEIRO, Fernanda Thayná de Souza et al. **A residência em saúde da família e comunidade no fortalecimento do Sistema Único de Saúde**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2023;13:e4754. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4754/3019>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

PULGA, Vanderléia Laodete et al. **Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho** / Organizadores: – 1. ed., Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p. 67-79. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Livro-Residencia-multiprofissional-em-saude-costurando-redes-de-cuidado-e-formacao-no-norte-gaucha.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2024.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Boletim PREFC nº 1: Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade.** Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://sigaenf.subpav.org/system/files/sgadoc/boletimprefcn1.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2024.

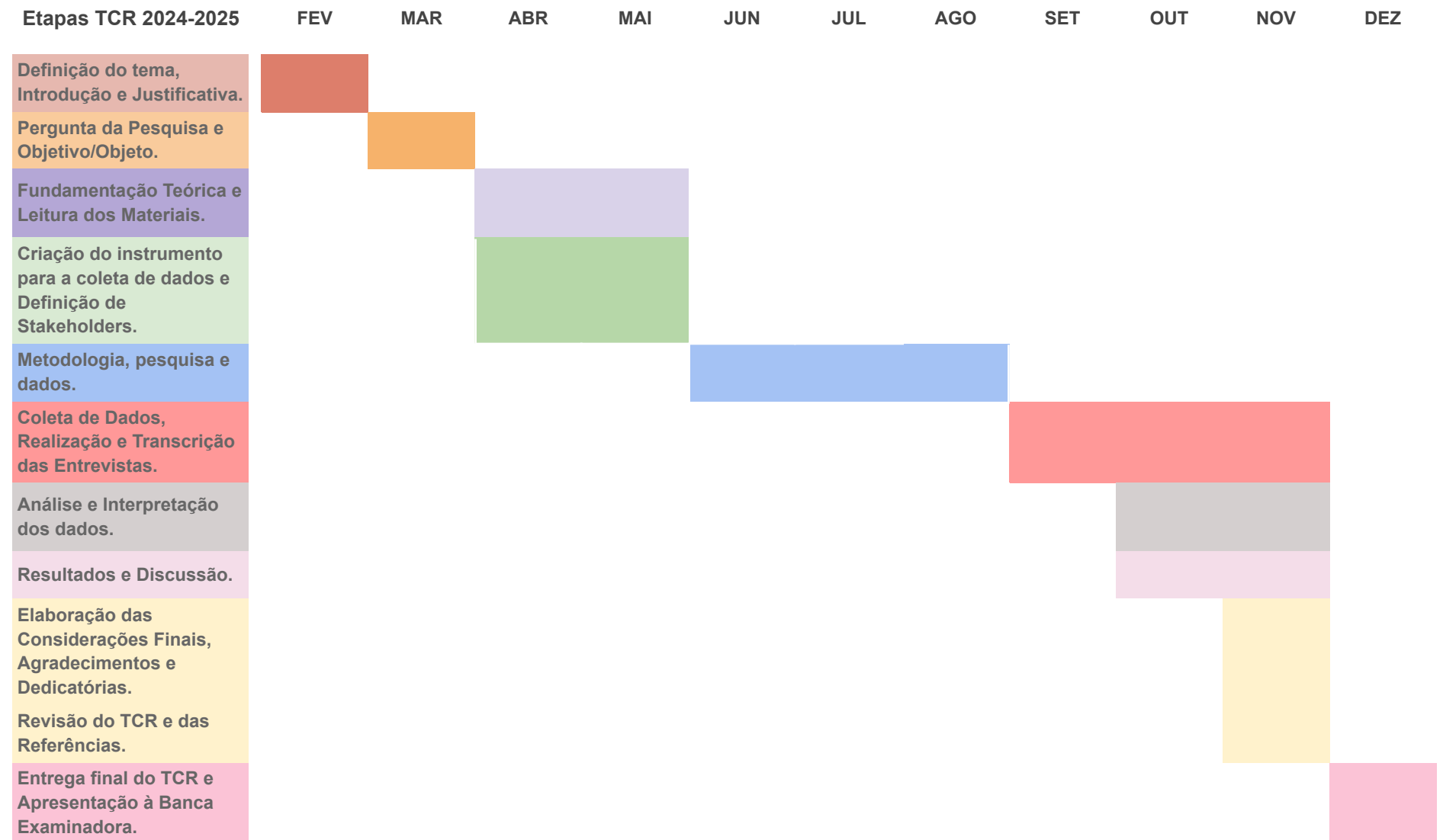
PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Boletim PREFC nº 6: Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade.** Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://sigaenf.subpav.org/system/files/sgadoc/Boletim%20PREFC%20N%C2%BA6.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2024.

RAMOS, Thiago Magela; RENNÓ, Heloíza Maria Siqueira. **Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família sob a ótica dos egressos.** Revista gaúcha de enfermagem, v. 39, p. e2018-0017, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yLJzmmJGjCSXkwFKrVCjcdB/?format=pdf> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

SILVA, Angela Fernandes Leal da. **Residência em enfermagem em saúde da família na cidade do Rio de Janeiro: gênese e trajetória.** 2020. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_9068cb66e323e6e8f12f1e640b2a76c6 Acesso em: 17 de novembro de 2024.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. **Contribuições da saúde coletiva para o trabalho de enfermeiros.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 543-549, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/g84jNj5jyNHqP9swPhjgpBL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

Apêndice A - Cronograma de pesquisa Fevereiro 2024 – Dezembro 2024



Apêndice B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

“Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a Inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade: Uma perspectiva de análise”

Informações Iniciais

Nome:

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Especialização: () Não tem () Pós-graduação Cursando () Pós-graduação Lato Sensu () Pós-graduação Stricto Sensu

Profissão/Posição que ocupa na Estratégia de saúde da família:

Tempo de atuação Estratégia de saúde da família: () Menos de 1 ano () Até 1 ano () Até 2 anos () Até 3 anos () Até 4 anos () 5 anos ou mais

Unidade de Saúde/Gestão:

Seção 1: Perfil e Competências dos Enfermeiros Residentes do PREFC

- A) Como você descreveria o perfil dos enfermeiros que completam o PREFC em termos de competências e habilidades?
- B) Quais as contribuições esses profissionais têm trazido para as equipes da ESF?

Seção 2: Experiências de integração dos Enfermeiros Residentes do PREFC

- A) Você poderia compartilhar experiências específicas que ilustram como a integração dos enfermeiros do PREFC modificou a prática de cuidados nas equipes da ESF?
- B) Como a chegada dos enfermeiros do PREFC influenciou a abordagem das equipes da ESF em relação ao paciente e ao cuidado prestado?

Seção 3: Efeitos na qualidade do atendimento e satisfação

- A) Na sua percepção, a inserção dos enfermeiros do PREFC influenciou a qualidade do atendimento na ESF? Por favor, explique.
- B) Existem feedbacks de pacientes ou familiares destacando a atuação dos enfermeiros do PREFC? Pode compartilhar alguns exemplos?

Seção 4: Dinâmicas de trabalho na ESF

- A) De que maneira a inserção de enfermeiros do PREFC afetou a dinâmica do trabalho de sua unidade, incluindo termos de comunicação e colaboração?
- B) Percebe se houve mudanças de liderança ou tomada de decisão nas equipes da sua unidade devido à presença de enfermeiros do PREFC?

Seção 5: Efeitos nos Indicadores de Saúde da Comunidade

- A) Observou-se alguma mudança nos indicadores de saúde da comunidade atendida que possa ser atribuída à atuação dos enfermeiros do PREFC? Por favor, esclareça.
- B) Como a inserção desses profissionais contribuiu para a gestão e prevenção de condições crônicas na comunidade da sua unidade?

Seção 6: Desafios e Facilitadores da Integração

- A) Quais foram os principais desafios enfrentados pela unidade ao integrar os enfermeiros do PREFC? Como esses desafios foram superados?
- B) Existem aspectos ou condições que facilitaram a inserção e atuação efetiva dos enfermeiros residentes na ESF?

Seção 7: Recomendações e Perspectivas

- A) Baseado em sua experiência, que recomendações você sugere para otimizar a inserção e contribuição dos enfermeiros do PREFC nas equipes da ESF?
- B) Como você visualiza o futuro da inserção de enfermeiros formados pelo PREFC na ESF e quais seriam os passos ideais a serem seguidos?

Seção 8: Aspectos Complementares

- A) Há algum outro aspecto ou experiência relacionada à inserção dos enfermeiros do PREFC na ESF que você gostaria de compartilhar?

Apêndice C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Ao gestor(a) técnico da unidade de saúde, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: *“Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade: Uma perspectiva de análise”*. Esta pesquisa faz parte do projeto maior denominado **QualificaPREFC**, em que já se encontra aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), apresentando a seguinte numeração de parecer: 6.131.025. A pesquisa será conduzida sob a orientação da MSc, Jacqueline Oliveira de Carvalho, vinculada à Coordenação Geral do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde - PREFC/SMSRJ e dos convênios com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Thamires de Aguiar Gomes Costa, enfermeira residente do 2º ano do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O objeto e objetivo da pesquisa são, respectivamente: “A assistência prestada pelos Enfermeiros Residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, com foco na integração e nas práticas desenvolvidas dentro das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)” e “Analisar os efeitos locais da qualificação dos profissionais sobre o processo de trabalho das equipes e dos profissionais.”.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada através de entrevistas realizadas individualmente com o(a) gerente da unidade de saúde e tratará de questões relacionadas apenas à assistência prestada pelos Enfermeiros Residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a

pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para os profissionais da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do Gestor(a) Técnico

**Apêndice D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA GESTORES (ENTREVISTA)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA GESTORES
(ENTREVISTA)**

Prezado (a) Gestor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada *Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade: Uma perspectiva de análise*. Esta pesquisa faz parte do projeto maior denominado *QualificaPREFC*, em que já se encontra aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), apresentando a seguinte numeração de parecer: 6.131.025. A pesquisa será coordenada pela enfermeira residente do 2º ano do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Thamires de Aguiar Gomes Costa, sob orientação da Msc. Jacqueline Oliveira de Carvalho, coordenadora geral do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade.

O objetivo geral do estudo é: Analisar os efeitos locais da qualificação dos profissionais sobre o processo de trabalho das equipes e dos profissionais.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, cabendo ao senhor(a) a decisão de participar ou não. Portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Ainda que aceite participar do estudo, o (a) senhor (a) pode desistir do mesmo a qualquer momento. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, inclusive após a entrevista. Os contatos do pesquisador responsável estão indicados no final deste termo.

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas. Neste sentido, serão adotadas medidas para eliminar ou diminuir tais riscos, garantindo sigilo e privacidade das informações fornecidas. A entrevista poderá ser interrompida caso o participante sinta necessidade, podendo ser reagendada para outro momento ou cancelada se for o interesse do entrevistado. O participante da pesquisa não será identificado nos materiais e publicações relacionados à pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e confiável, sendo o acesso às mesmas restritas aos pesquisadores. “Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/SMS e com o fim deste prazo, será

descartado”. “Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)”.

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, com duração aproximada de 30 a 40 minutos, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custo para o entrevistado. A entrevista será gravada se houver consentimento do participante. Ressalta-se que o participante da entrevista pode sair da mesma antes de ser finalizada, caso sinta necessidade. A entrevista poderá ser realizada no local de trabalho ou de maneira remota, observando a conveniência para o entrevistado bem como a não perturbação ao processo e ambiente de trabalho do entrevistado.

Este termo está redigido em duas vias com igual teor, ficando uma delas com o participante entrevistado.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, bairro: Centro, CEP – 20031-040 UF: RJ,

Município: Rio de Janeiro, Telefone: (21)2215-1485,

site: www.prefeitura.rio/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Contato com o pesquisador responsável:

Thamires de Aguiar Gomes Costa, Rua Alexandre Ramos, 413, Bl 1 Ap 503, Jacarepaguá - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, thaamiresgomes.1@gmail.com / (21) 964715888.

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Transformações nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a inserção do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade: Uma perspectiva de análise” e concordo em participar.

- ☐ Autorizo a gravação da entrevista.
- ☐ Não autorizo a gravação da entrevista.

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa – (participante)