

# A residência em saúde da família e comunidade no fortalecimento do Sistema Único de Saúde

*The family and community health residency in the strengthening of the Unified Health System*

*La residencia de salud familiar y comunitaria en el fortalecimiento del Sistema Único de Salud*

## RESUMO

**Objetivo:** compreender a maneira como a residência em saúde da família e comunidade atua como instrumento para o fortalecimento e a defesa do Sistema Único de Saúde sob a ótica da enfermagem. **Método:** estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com 13 enfermeiros residentes. Neste estudo, os dados foram coletados de modo remoto por meio de entrevista semiestruturada, processados pelo software IRaMuTeQ e interpretados conforme análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** os resultados apontam que as residências na área da saúde se expressam com força política, conhecimento teórico e formação na prática, essenciais para fortalecer o controle social. **Conclusão:** faz-se necessário que a formação dos profissionais seja orientada a partir dos princípios/objetivos do SUS e que ocorra o combate aos ataques iminentes, exemplificados pelo baixo financiamento e má gestão. **Descritores:** Sistema Único de Saúde; Enfermagem; Política Pública; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Residência em Saúde.


## ABSTRACT


**Objective:** to understand the way in which residency in family and community health acts as an instrument for strengthening and defending the Unified Health System from the perspective of nursing. **Method:** exploratory-descriptive study with a qualitative approach, developed with 13 resident nurses. In this study, data were collected remotely with semi-structured interviews, processed by the IRAMUTEQ software, and interpreted according to Bardin's content analysis. **Results:** the results indicate that residencies in the health area express themselves with political force, theoretical knowledge, and training in practice, essential to strengthen social control. **Conclusion:** the training of professionals must be guided from the principles/objectives of the SUS and the fight against imminent attacks, exemplified by low funding and poor management, must occur. **Descriptors:** Unified Health System; Nursing; Public Policy; Training of Human Resources in Health; Health Residency.

## RESUMEN


**Objetivo:** comprender el modo en que la residencia en salud familiar y comunitaria actúa como instrumento de fortalecimiento y defensa del Sistema Único de Salud (SUS) desde la perspectiva de la enfermería. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo, desarrollado con 13 enfermeras residentes. En este estudio, los datos se recolectaron de forma remota mediante entrevistas semiestructuradas, que, posteriormente, fueron procesadas por el software IRaMuTeQ e interpretadas de acuerdo con el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** las residencias en el área de la salud se desarrollan con fuerza política, conocimiento teórico y formación práctica, lo que es esencial para fortalecer el control social. **Conclusión:** es necesario que la formación de los profesionales se base en los principios/objetivos del SUS y que ocurra la lucha contra los inminentes ataques, ejemplificados por una baja financiación y mala gestión. **Descritores:** Sistema Único de Salud; Enfermería; Política Pública; Formación de Recursos Humanos en Salud; Residencia Sanitaria.

Fernanda Thayná  
de Souza Pinheiro<sup>1</sup>  
 0000-0003-4748-7752

Vinicius Rodrigues de Oliveira<sup>2</sup>  
 0000-0002-9915-0062

João Paulo Xavier Silva<sup>3</sup>  
 0000-0003-3082-9373

John Carlos de Souza Leite<sup>3</sup>  
 0000-0002-0183-6913

Natália Bastos Ferreira Tavares<sup>3</sup>  
 0000-0002-1139-600X

José Alexandre Queiroga  
do Nascimento<sup>3</sup>  
 0000-0001-7183-465X

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Regional do Cariri, Iguatu, CE, Brasil.

**Autor correspondente:**  
Vinicius Rodrigues de Oliveira  
E-mail: [viniciusrodriguesvro@gmail.com](mailto:viniciusrodriguesvro@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A ideia de direito à saúde foi elaborada na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, já a sua consolidação é resultado da estrutura legal responsável pela formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Entretanto, tais normas têm sofrido ataques que contrariam as conquistas elencadas pela reforma sanitária no Brasil. O desfinanciamento, a má gestão e a onda neoliberal política/econômica que visa à saúde como lucro não são assuntos recentes, mas que geraram ao longo dos anos a consequente perda do reconhecimento do SUS como um projeto de justiça social pertencente ao povo<sup>1,2</sup>.

Desde a sua criação, não se observa outro momento histórico em que o SUS foi tão reconhecido no que tange a um direito essencial e necessário como no período da pandemia causada pela covid-19, com ápice nos anos de 2020 a 2021. Identifica-se que não é só a sociedade com uma visão mais positiva, como também a própria mídia, por meio da divulgação de notícias e produção de seriados que trazem uma visão diferente do estereótipo de má qualidade<sup>3</sup>.

Se observarmos São Paulo, a maior cidade do país em índice populacional, as pesquisas de opinião realizadas anualmente desde 2015 apontam que, no ano de 2021, o SUS foi escolhido como o melhor serviço de saúde da cidade, crescendo de 2% para 13%<sup>4</sup>.

A partir do exposto, como justificar a manutenção de meios que fragilizam e retiram o financiamento do SUS? É o caso da Emenda Constitucional de número 95 do ano de 2016, que congela os gastos com o SUS até 2036, revelando-se uma medida drástica, com o argumento da austeridade fiscal, responsável por estagnar os investimentos na saúde, ciência e tecnologia. Podemos questionar ainda o seguinte: como resistir em tempos nos quais se cruzam diversos tipos de crise? As crises sanitária, social, política e econômica já eram esboçadas desde 2014 e nos levam a uma recessão longa, aumentando o desemprego, gerando maior dependência

nacional das relações econômicas mundiais e reduzindo a qualidade de vida da população<sup>5</sup>.

Faz-se necessário construir caminhos que fortaleçam o SUS diante do crescimento da inflação, de governos que incentivem o setor privado ou do enfraquecimento de políticas sociais, que, sobretudo, corroboram para o grave aumento da fome<sup>6</sup>.

Nesse sentido, Castro, Silva e Vasconcelos (2022)<sup>7</sup> afirmam que as residências contribuem para o fortalecimento do sistema, atuando diante das áreas prioritárias de modo interdisciplinar e interprofissional, nas necessidades de saúde em áreas de desigualdade social, além de integrar equipes com poucos recursos humanos.

Trata-se de uma proposta de formação no SUS e para o SUS, que busca inserir o profissional na realidade de saúde, fortalecendo os princípios e diretrizes elaborados desde a reforma sanitária, os aspectos colunares que sustentam as ideias de saúde digna para todos e geram agentes para além de técnicos, também políticos e sociais<sup>8,9</sup>.

No estado do Ceará, a Escola de Saúde Pública (ESP/CE) vinculada à Secretaria de Saúde do estado atua desde 1993 no campo das residências, inicialmente com a área médica e, nos anos seguintes, em residências integradas multiprofissionais, com foco na educação permanente e interprofissional, para qualificação pedagógica e política dos sujeitos<sup>10</sup>.

Diante do exposto, tem-se a seguinte questão norteadora: qual a compreensão do residente de enfermagem sobre as contribuições da residência em saúde da família e comunidade para o fortalecimento e defesa do SUS?

Portanto, a realização deste estudo é justificada pela necessidade de discutir estratégias potencialmente fortalecedoras do SUS, como a formação em saúde pela residência, visando interromper ciclos de desmonte ocorridos ao longo dos anos.

Assim sendo, o objetivo consiste em compreender de que forma a residência em saúde da família e comunidade atua como instrumento para o fortalecimento e defesa do SUS sob a ótica do residente de enfermagem.

## MÉTODO

Tratou-se de um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com 13 enfermeiros residentes que compõem a ênfase multiprofissional de saúde da família e comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foram a graduação em enfermagem, estar devidamente matriculado no programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade da ESP-CE e estar no segundo ano de formação. Excluíram-se os residentes que estavam de férias ou de licença. A amostragem se deu de forma intencional, não probabilística e por conveniência.

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada, conduzida por uma enfermeira com experiência no desenvolvimento de estudos qualitativos. Salieta-se que as entrevistas seguiram um roteiro temático elaborado pela pesquisadora, com base nos objetivos do estudo. Assim, buscou-se abordar, de maneira ampla, a compreensão dos entrevistados sobre o SUS e as contribuições da residência em saúde da família e comunidade e o papel do residente para fortalecer esse sistema.

Devido ao cenário de pandemia de covid-19, a coleta foi realizada de forma remota por meio do aplicativo móvel WhatsApp. No primeiro contato, agendou-se horário para realização da entrevista; no segundo momento, a coleta ocorreu de modo síncrono por meio de áudios ou chamadas de vídeo, com o intuito de auxiliar e permitir maior atenção para o diálogo. As respostas dos entrevistados apresentavam duração de 20 a 30 minutos e foram arquivadas e nomeadas por numerais para que fosse garantido o anonimato. O fim da coleta se deu por meio da saturação dos dados.

Após a coleta, os dados foram organizados, digitados e armazenados no programa Microsoft Word, versão 2016, formando o corpus textual. Para o processamento das falas, utilizou-se o software Interface de R pour les

Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), versão 0.7, que permite análises estatísticas de textos produzidos, desde a lexicografia básica, calculando a frequência de palavras, até as multivariadas, como a usada neste estudo: Classificação Hierárquica Descendente (CHD)<sup>11</sup>, que resultou em três classes distintas, cada uma formada pelos termos mais frequentes. A Classe 1, com 36,16% de seguimentos do texto, denominada de “Discutindo a formação do residente e sua relação com a manutenção do SUS”; a Classe 2, com 15,25% dos seguimentos do texto, intitulada de “Residente e territórios: atores basilares no fortalecimento e defesa do SUS”; e a Classe 3, com 48,59% de seguimentos do texto, designada de “O papel político da enfermagem e o fortalecimento mútuo entre o SUS e a profissão”.

Quanto à orientação metodológica para interpretação dos achados deste estudo, ela foi pautada na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016)<sup>12</sup>. Conforme recomendado para execução dessa técnica analítica, inicialmente, procedeu-se à pré-análise das entrevistas, seguida do aprofundamento destas, isto é, a exploração do material, finalizando com o tratamento e a interpretação dos resultados a partir da técnica de inferência.

Os participantes da pesquisa manifestaram seu interesse em participar do estudo por meio da concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e termo de Consentimento Pós-Esclarecido, atendendo, dessa forma, aos princípios éticos para pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ofício circular Nº 2/2021/CONEP, que trata da coleta de dados virtuais.

O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da ESP-CE por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob número de parecer 5.023.001 e CAAE: 51543521.2.0000.5037. Como estratégia para garantir o anonimato dos participantes, os pesquisadores utilizaram a sigla ENF, seguida de um número, atribuído de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

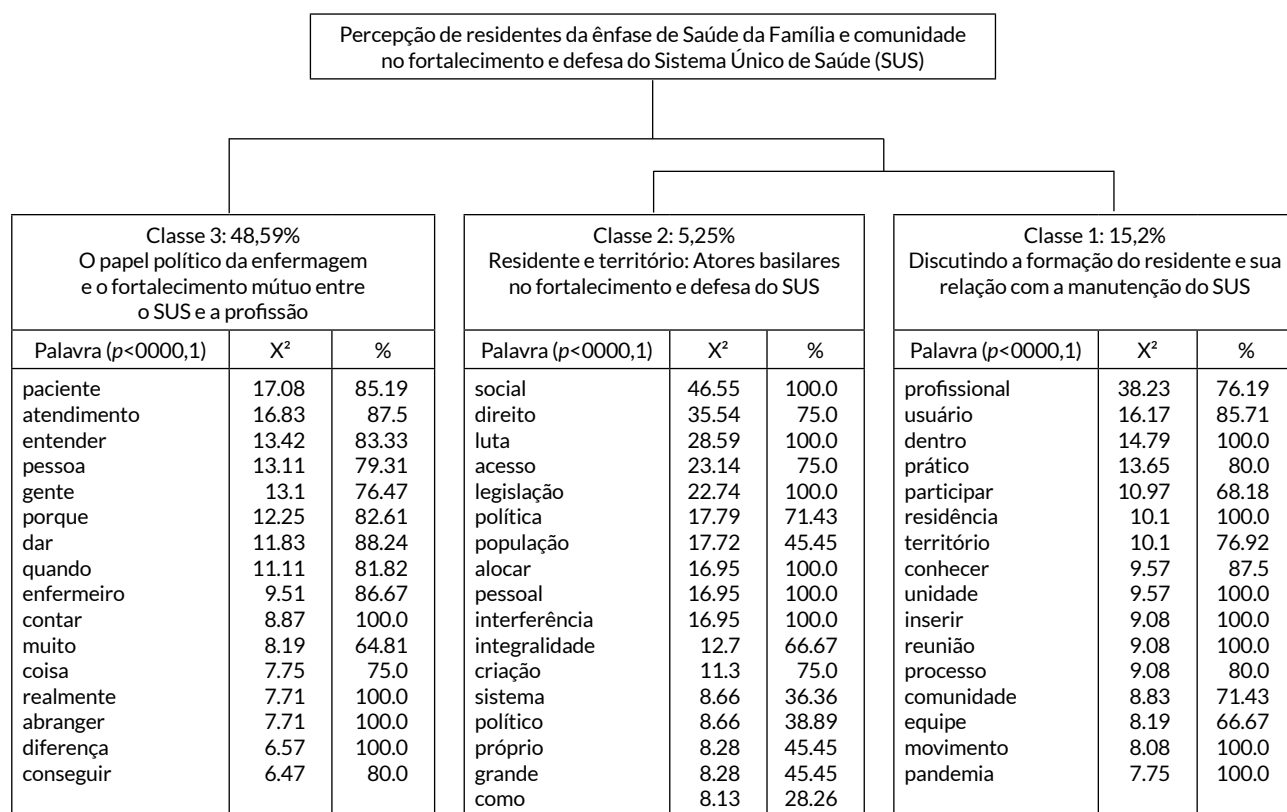
Os residentes entrevistados apresentaram idades entre 25 e 42 anos, dos quais 38,5% tinham 25 anos, 23% tinham 26 anos e 38,5%, entre 27 e 42 anos. Todos os participantes eram do sexo feminino, com título de graduação obtido entre 2015 e 2020.

As cidades natais variavam entre os estados da Bahia, Tocantins e Ceará. Participaram os

residentes da ESP/CE alocados nos municípios de Aracati, Crateús, Caucaia, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Icapuí, Iguatu, Morada Nova e Quixeramobim. Apenas três exerciam a residência na mesma cidade que residiam anteriormente.

As falas processadas pelo software IRAMUTEQ geraram as categorias de classes apresentadas na Figura 1.

**Figura 1** - Dendrograma da classificação hierárquica descendente obtido por meio da análise lexical do software IRAMUTEQ. Fortaleza, Brasil, 2022.



Fonte: dados da pesquisa.

### O papel político da enfermagem e o fortalecimento mútuo entre o SUS e a profissão

Antes da era SUS, os serviços de saúde constituíam-se de fragmentos e eram compostos apenas por médicos e atendentes de enfermagem. Foi com a construção de um novo sistema de saúde que a equipe multiprofissional surgiu, ganhando destaque diversas profissões, como fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, entre outros. O SUS não só expandiu

os estabelecimentos de saúde, como gerou inúmeros empregos e transformou o conceito de saúde pública, ampliando as equipes<sup>9</sup>, principalmente a enfermagem, como descrito nas falas a seguir:

“A enfermagem tem muita confiança da comunidade por ser muito atuante dentro dela”. (ENF 2)

“A enfermagem é uma categoria muito grande e potente, então está presente fortemente no SUS”. (ENF 3)

“(…) esse período só me fez perceber o quão grande a enfermagem é, o quanto nosso trabalho é indispensável para a manutenção do sistema. Sem a enfermagem a UBS não funciona, sem enfermagem não tem SUS”. (ENF 13)

Nesse sentido, ao passo que observamos as falas, reconhecemos a presença de termos como ‘paciente’ e ‘enfermeiro’ e entendemos a indissociabilidade dos temas. Tecer reflexões sobre o SUS e seu fortalecimento também é discutir sobre o papel dessa imensa categoria, tanto prático-assistencial quanto politicamente.

Os profissionais de enfermagem são 60% dos trabalhadores que enfrentaram o cenário da crise sanitária causada pela covid-19. Eles estão presentes em todos os estados e municípios, níveis diversos de atenção e nas mais variadas fazes da vida, assim como na ciência, na pesquisa, no ensino e no controle social<sup>13</sup>.

Apesar da importância, a enfermagem atua com cargas horárias exaustivas e baixa remuneração; o crescente desemprego pode chegar a 20% em certos estados. Além disso, sofre com o perigo de violência e agressões nos ambientes de trabalho, e ainda com os acidentes e os riscos da profissão, como o adoecimento mental progressivo e o sedentarismo causado por falta de tempo e cansaço. Tais problemas assolam a enfermagem antes mesmo da pandemia<sup>14</sup>.

Há a necessidade urgente de valorização do SUS, que, assim sendo, legitima a enfermagem e agrega valor à profissão. Se esta é a maior classe e a principal coluna de sustentação da saúde no país, o seu papel consiste em compreender o contexto social no qual está inserida e ocupar os espaços políticos e de gestão para mudar tal realidade opressiva.

A residência é um dos espaços que permite a construção desses debates e gera inquietações em temas sensíveis para sustentabilidade do SUS, como a participação popular, uma formação em saúde orientada aos princípios sanitaristas, a necessidade de financiamento adequado e a capacidade da enfermagem de produzir

novos olhares, estudos, movimentos sociais e políticos em favor da saúde pública<sup>15,16</sup>.

A forma como a sociedade e a política se constroem no país afeta a enfermagem de forma individual, incluindo o residente que atua no interior; de modo geral, toda a categoria profissional atuante; e, compulsoriamente, o modo de trabalho no SUS. Quanto mais inclusiva, defensora dos direitos humanos e sanitarista for a sociedade, a valorização alcança em maior quantidade os diversos polos frágeis que envolvem o campo da saúde.

### Residente e território: atores basilares no fortalecimento e defesa do SUS

A percepção do residente acerca da essência e o que representa o SUS é de suma importância, haja vista que as formações sociais, intelectuais e regionais dentro da residência são diversas. Entender o contexto político do tema “defesa e fortalecimento do SUS” e como ele está presente no território de atuação/vivências nos possibilita identificar as divergências e, principalmente, os pontos em comum do que se entende sobre SUS. Além de diretamente conhecermos a percepção do entrevistado, podemos identificar, por meio do que esses profissionais vivem em ato, o entendimento dos usuários no território. Logo, vemos a partir da ótica destes.

O SUS é, inegavelmente, o reconhecimento do direito e acesso à saúde, no qual o residente garante a integralidade da assistência por meio de um atendimento gratuito expresso nas consultas e na sua práxis. Destaca-se a presença de valor teórico-conceitual nas falas a seguir:

“O SUS prevê a integralidade do cuidado de ações de promoção, proteção recuperação e reabilitação de todos, sem nenhuma discriminação, sem privilégios”. (ENF 5)

“(…) um sistema amplo e completo, que garante o acesso universal à saúde, bem como a integralidade da assistência e a equidade, dentre outros tantos princípios”. (ENF 11)

“É um sistema de saúde que tem como objetivo ser universal e ofertar a integralidade das ações e serviços de saúde”. (ENF 3)

“Também sou encantada pelas competências do SUS, como, por exemplo, a da vigilância em saúde, fiscalização e controle da água, alimentos, bem como dos produtos que consumimos”. (ENF 8)

Outro pilar é o aspecto político, inerente ao sistema, como observamos na junção das seguintes palavras: social, direito e luta, ou até mesmo: acesso, legislação e política. O residente entende o contexto de luta social, percebe que a fraca legislação e o suporte político tornam o financiamento a principal causa do desmonte sofrido pelo SUS, ao identificar o sucateamento por falta de materiais, estrutura fragilizada e remuneração inadequada. Compreende também a indissociabilidade da gestão e política nesse processo:

“Por conta da falta de valorização e financiamento, ele não consegue oferecer aquilo que deveria, acabando nas lotações e falta de recursos”. (ENF 2)

“Os políticos destoam e ficam fazendo esse desfinanciamento, tirando o financiamento do SUS e reduzindo as ações, e as reais e efetivas ações profissionais, por falta de financiamento, vão retirando um pouco do que o SUS pode oferecer”. (ENF 4)

“(…) no município que estou alocada, a luta é muito grande, pois os próprios políticos não valorizam o sistema e muito menos valorizam a atuação dos profissionais residentes, temos dificuldade de comunicação com a gestão, com estrutura de local de trabalho, com a falta de recursos humanos, com insumos, com recursos financeiros; muitas vezes tiramos do nosso bolso para realizar as ações em saúde; temos dificuldade no direito de participar de reuniões internas sobre a organização da saúde no município”. (ENF 11)

A situação atípica e de calamidade pública devido à pandemia da covid-19 foi a única razão pela qual ocorreu modificação/aumento nos repasses para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), anteriormente definida pela Lei Complementar 141/2012. Em 2019, a União registrou uma despesa total de R\$ 122,3 bilhões. Já em 2020, o orçamento do Ministério da Saúde (MS), que contabilizava R\$ 124,20 bilhões

destinados à execução de ASPS recebeu um incremento de R\$ 64,12 bilhões, chegando a atingir R\$ 31,73 bilhões em créditos extraordinários direcionados ao Fundo Nacional de Saúde<sup>17</sup>.

Tal medida específica e por tempo limitado é necessária, mas não resolve o problema, uma vez que o MS não fez o rateio adequado dessa verba, tampouco há recursos adequados em longo prazo para serem alocados ao SUS, haja vista que não ocorreu a revogação da Emenda Constitucional (EC) N° 95/2016, instituída para gestão fiscal dos gastos públicos, que congela o repasse de recursos de forma autocrática, sem permitir remodelagem até 2026 e sem analisar as implicações para o aumento da desigualdade diante de tantas famílias que dependem dos serviços públicos<sup>17,5</sup>.

Apesar de ser um serviço essencial com mais de 30 anos e feito para todos sem distinção, ele sofre ataques que demonstram a necessidade da manutenção de uma luta política e social, assim como a ocorrida para sua formação na reforma sanitária<sup>18,19</sup>.

Nos diversos territórios em que os residentes estão inseridos, percebeu-se a necessidade da valorização do SUS com falas que expressam a pouca e até inexistente atuação e/ou entendimento político dos profissionais de serviço e usuários da comunidade, além da importância do programa de residência:

“(…) enquanto profissional eu percebi que a gente tem uma dificuldade maior de sair, porque a rotina de trabalho é mais exaustiva e não tem muito incentivo por parte do empregador e do funcionário em participar dos movimentos, então é como se não existissem (…)”. (ENF 3)

“(…) a residência traz um diferencial para aquele município, porque são uma equipe de profissionais diferente das equipes que a gente já tem e que estão há anos engessados e fazem sempre a mesma coisa”. (ENF 6)

“Em relação aos pacientes, é muito difícil você ver essa participação política deles na defesa do SUS”. (ENF 9)

A não compreensão do que o SUS representa e o não entendimento da necessidade

de fortalecer esse direito à saúde implicam, diretamente, na frágil participação e no controle social, princípios fundamentais para a sua consolidação. Atitudes passivas diante dos ataques à saúde pública no nosso país comprometem o próprio cuidado em saúde ou até mesmo a não valorização do SUS pelos próprios usuários e profissionais, além de ampliar as desigualdades, fragilizando, assim, um instrumento essencial para a nação<sup>20,21</sup>.

Sabe-se que o estigma popular acerca do SUS sofreu alterações devido à pandemia, ocorrendo um reconhecimento do seu papel, principalmente em razão dos meios de comunicação, que são fontes de narrativas para a população. Assim como, anteriormente, tais meios associavam o SUS a falhas e problemas, na atualidade, ocorre a inserção da saúde pública até mesmo como tema nas séries ficcionais dos últimos anos.

O fato é que as percepções depreciativas, associadas aos meios midiáticos, estão mais presentes naqueles sujeitos que não usam o SUS diretamente, como apontado pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), informando que as pessoas que o utilizam avaliam-no melhor<sup>3</sup>.

### Discutindo a formação do residente e sua relação com a manutenção do SUS

A formação do residente está pautada em atividades coletivas, como ações de promoção e educação em saúde, uso de metodologias ativas, estudo de módulos teóricos sobre os mais variados temas, realização de pesquisas, intervenções no território, nas avaliações e na vivência da prática clínica dentro do território em que está inserida<sup>22</sup>.

Pode-se destacar que grande parte dos residentes não tem experiência ou formação prévia em Atenção Básica, sendo estimulada a executar ações de planejamento e organização do processo de trabalho, assim como ser apoiadora matricial, gerar mudanças nas técnicas em saúde, articular a teoria e a prática, além de formar uma identidade profissional, ao mesmo tempo que atua de modo interdisciplinar<sup>22</sup>.

Alguns aspectos fundamentais da relação entre residente e território foram discutidos no tópico anterior e nos permite tecer reflexões sobre as possibilidades do fortalecimento e da defesa do SUS nos cenários de prática. Por exemplo, observamos a relação direta entre esses atores no dia a dia das suas formações, em que convivem com a comunidade exercendo ações voltadas para as necessidades diárias e reais vivenciadas.

Tal proximidade faz com que a modalidade de formação produza habilidades a serem desenvolvidas por esses profissionais, tanto pelos meios pedagógicos e teóricos inseridos pela instituição quanto pela realidade de saúde imposta. O entendimento político, social e prático estimulado pode, em alguns momentos, não estar presente em gestores da prefeitura e nos demais profissionais dos municípios, que por vezes são preceptores tanto do núcleo profissional quanto de toda a equipe, sendo responsáveis por direcionar o trabalho no campo.

Podemos observar nas falas dos residentes dos diferentes municípios as dificuldades enfrentadas em razão de tal diferença:

“Há muito o conceito de interesse político dentro das prefeituras, o que, conseqüentemente, causa grandes impactos na saúde, que, por sua vez, seleciona os profissionais por “voto”, e não por competência profissional, muitos dos quais não entendem os processos de trabalho ou fazem suas competências de acordo com suas vontades”. (ENF 1)

“(…) a minha preceptora fala que o SUS é uma maquiagem, mas eu nunca achei que o SUS fosse uma maquiagem, ele só falta uma gestão para ser fortalecido, se fosse uma maquiagem, porque as coisas dão certo em alguns lugares?”. (ENF 6)

“(…) a luta é muito grande, pois os próprios políticos não valorizam o sistema e muito menos valorizam a atuação dos profissionais residentes, temos dificuldade de comunicação com a gestão”. (ENF 11)

O preceptor é o profissional de referência e desempenha funções que interferem diretamente na formação do residente,

revelando a complexidade no processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, ser habilitado em sua prática profissional não reflete obrigatoriamente na capacidade para desempenhar funções pedagógicas. Há, ainda, o entendimento da existência de desafios e dificuldades a serem aprendidas e superadas pela preceptoria, entretanto, é necessário que haja minimamente um perfil de formação que atenda às necessidades de saúde do SUS<sup>15</sup>.

A presença do programa de residência gera mudanças no serviço/território inserido, que levantam discussões críticas e reflexivas quanto ao fortalecimento e à defesa do SUS, instigadas pela realidade e pelos debates trazidos pela ESP, como as apresentadas nas falas a seguir:

“Está presente nas rodas de campo e de núcleo por parte dos residentes e preceptores. Esse assunto é bastante discutido em quase todas as rodas. Muitos reconhecem e sabem que precisam lutar pelo SUS”. (ENF 2)

“Eu só visualizo este tema no município a partir da residência”. (ENF 6)

“Eu vejo que são semelhantes, a ESP lança algumas discussões e a gente assemelha ao que vivenciamos na prática, no território. Também é semelhante nos eventos”. (ENF 10)

A formação diferenciada da residência é o que permite que temas como este cheguem a espaços variados. São essas discussões, o processo formativo, as mudanças e até mesmo os incômodos nos territórios que podem promover a efetivação do entendimento coletivo dos ideais que formaram o SUS.

Um dos objetivos da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade é o de qualificar jovens para o trabalho, atuando de modo descentralizado, alcançando diversas realidades sociais e levando profissionais, em sua maioria recém-formados, para aprender e contribuir com o SUS.

Tal troca permite um contínuo processo de fortalecimento mútuo, tanto das profissões que ali estão inseridas, a exemplo do estudo, a enfermagem, como do modelo de especialização pela imersão vivida ao longo dos dois

anos de formação, perpassando a hegemonia de residências médicas e compreendendo a complexidade das necessidades humanas, valorizando, portanto, as diversas profissões<sup>15,21</sup>.

Salienta-se que as residências multiprofissionais, estabelecidas pela Lei 11.129/2005, sofrem com as suas próprias lutas estruturais e organizacionais. Por isso, existe um contexto a ser exposto e não há como discutir a formação do residente sem elucidar os aspectos que interferem diretamente nesse processo<sup>23</sup>.

Por exemplo, a redução do poder de voz dada aos residentes na Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e reduz a representação de entidades sindicais, de coordenadores, preceptores e até mesmo dos próprios residentes nas decisões a serem tomadas em relação às suas atividades; em contrapartida, aumenta os representantes do governo, tornando maior a submissão a ministérios da educação e cultura, negando os principais atores<sup>17-24</sup>.

Ademais, diversos estudos que trazem a experiência da residência em relatos apontam fragilidades impactantes, como o número elevado de assédio moral sofrido, principalmente em ambientes hospitalares, o adoecimento psíquico, os altos casos de afastamento por covid-19, problemas com a carga horária exaustiva e a ausência de isonomia com as residências médicas<sup>24</sup>.

A formação intensiva de um profissional/estudante traz consigo fatores estressores que geram sinais físicos e psíquicos pela sobrecarga de trabalho e grade curricular. Os altos índices de *burnout*, a sensação de medo e a falta de confiança, desencadeados pela exaustão emocional, privação de sono, falta de experiência e habilidades, dentre outros, evidenciam a necessidade de estratégias por parte dos programas e universidades que resultem em melhor qualidade formativa<sup>25</sup>.

Além disso, pode-se destacar que quanto mais ansioso está o residente, menor a resiliência, que é tão necessária em situações graves para a



saúde pública como foi a pandemia, pois é por meio dela que se tem a capacidade de readaptação, enfrentamento e desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e socioculturais<sup>25</sup>. Aptidões necessárias para que ele seja um agente na defesa para o fortalecimento do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência em saúde da família e comunidade é um dos instrumentos sociais e formativos que contribui para o fortalecimento e a defesa do SUS, pois tanto os seus aspectos pedagógicos como a atuação nos cenários de prática favorecem o desenvolvimento de potencialidades que reafirmam os princípios e as diretrizes humanitárias e sanitárias.

O estudo reafirma o protagonismo da enfermagem no sistema de saúde brasileiro, assim como o crescimento e o fortalecimento mútuo entre SUS e profissão, apresentando fragilidades/potencialidades que são observadas a partir da vivência dos enfermeiros.

Observou-se como uma limitação na construção deste estudo o escasso interesse de uma parcela dos profissionais em discutir o tema e a pouca disponibilidade de tempo dos entrevistados, o que gerou a necessidade de um maior período para coletar os dados, acrescido da impossibilidade de diálogos presenciais devido à covid-19, o que interfere na interação do entrevistado e na percepção do entrevistador.

Desse modo, o principal benefício do estudo é a divulgação da necessidade inadiável que os sujeitos sociais devem ter na sua atuação para que as forças sejam correlacionadas a favor manutenção do SUS como um direito democrático, resistindo às medidas que, paulatinamente, corroem a legislação, descredibilizando-o socialmente, enfraquecem o controle social e são propulsoras dos planos de saúde e da hegemonia médico-centrada.

É necessário que os residentes possam obter voz ativa e aproximar os temas que não são discutidos ou percebidos, mas que interferem diretamente em sua qualidade de vida. Para aqueles que acreditam no direito à vida, que possam resistir. A luta reformista iniciada

na década de 80 permanece. O SUS precisa ser fortalecido e defendido por agentes capazes de gerar transformações, na busca de uma sociedade mais humanitária, e que, como sistema único, solidifique-se para que viva independente das gestões políticas que surgirem no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Souza M, Oliveira A. O sistema único de saúde: a necessária resistência e luta pelo direito universal à saúde. *Direitos, Trabalho e Política Social*. 2017;7(12):489-99. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/12073>
2. Pinheiro FTS, Tavares NBF, Araújo AF, Silva JPX. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: da gênese à crise contemporânea. *Sanare*. 2018;17(2):82-90. DOI: [10.36925/sanare.v17i2.1265](https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1265).
3. Alves TA, Padilha ARS. Menos estigma, mais complexidade: uma nova lente sobre a Atenção Primária em Saúde e o Sistema Único de Saúde nas telas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2021;25:e210351. DOI: [10.1590/interface.210351](https://doi.org/10.1590/interface.210351).
4. SUS é eleito o melhor serviço público da capital. Prefeitura de São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=311572>
5. Gomes JWF, Pereira RAC, Bezerra AR, Lúcio FGC, Saraiva FAM. Efeitos fiscais e macroeconômicos da emenda constitucional do teto dos gastos (nº 95/2016). *Nova Economia*. 2021;30(3):893-920. DOI: [10.1590/0103-6351/5235](https://doi.org/10.1590/0103-6351/5235).
6. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. *Saúde Debate*. 2021;45(130):555-8. DOI: [10.1590/0103-1104202113000](https://doi.org/10.1590/0103-1104202113000).
7. Castro MMC, Silva LB, Vasconcelos APSM. Crise sanitária e desafios para as residências em saúde. In: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. *Formação e residências em saúde: contribuições da ABEPSS*. Brasília, DF: ABEPSS; 2022. p. 44-70.
8. Santos LFRD, Maurício HA, Lins FM, Silva IKS, Moreira RS. Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). *Interface Comun Saúde Educ*. 2021;25:e200549. DOI: [10.1590/interface.200549](https://doi.org/10.1590/interface.200549).
9. Lopes EDF, Machado CLB. Formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde: a historicidade da proposição e criação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde num Hospital Público da Região Sul. *Braz J Dev*. 2021;7(8):78144-60. DOI: [10.34117/bjdv7n8-166](https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-166).

10. Secretaria da Saúde (CE). Residências em saúde. Fortaleza: Secretaria da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/ensino/residencia-em-saude/>
11. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353. DOI: [10.1590/s1980-220x2017015003353](https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353).
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
13. Machado MH, Pereira EJ, Ximenes Neto FR, Wermelinger MCMW. Enfermagem em tempos de COVID-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. *Enferm Foco*. 2020;11(1):32-39. DOI: [10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3994](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3994).
14. Santos KRM, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Esc Anna Nery*. 2021;25:e20200370. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370).
15. Manhães LSP, Tavares CMM, Ferreira RE, Elias ADS. Saberes pedagógicos mobilizados pelo preceptor de enfermagem na residência multiprofissional. *Recien*. 2021;11(33):35-45. DOI: [10.24276/rrecien2021.11.33.35-45](https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.35-45).
16. Sousa JA, Farias QLT, Costa MM, Fontenele AAM Jr. Formação política na graduação em enfermagem: o movimento estudantil em defesa do SUS. *Saúde Debate*. 2020;43(Spec 5):312-21. DOI: [10.1590/0103-11042019S525](https://doi.org/10.1590/0103-11042019S525).
17. Faleiros DR, Pereira BLS. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(11):5639-51. DOI: [10.1590/1413-812320212611.13712021](https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13712021).
18. Paim, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1723-8. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-unico-de-saude-sus-aos-30-anos/16737?id=16737>
19. Pinheiro FTS, Silva JPX, Tavares NBF, Araújo AF. Participação universitária em defesa do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(125):504-515. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2621>.
20. Viegas SMF, Nascimento LC, Menezes C, Santos TR, Roquini GR, Tholl AD, et al. SUS-30 anos: direito e acesso no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200656. DOI: [10.1590/0034-7167-2020-0656](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656).
21. Jungles RP, Martins BL, Machado PF. Reflexões acerca das percepções dos profissionais residentes sobre um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Meio Ambiente*. 2021;10:193-209. DOI: [10.24302/sma.v10.3553](https://doi.org/10.24302/sma.v10.3553).
22. Flor TBM, Cirilo ET, Lima RRT, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(3):921-36. DOI: [10.1590/1413-81232022273.04092021](https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.04092021).
23. Ministério da Educação (BR). Portaria interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>
24. Dantas ESO, Araújo Filho JD, Silva GWS, Silveira MYM, Dantas MNP, Meira KC. Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 1):e20200961. DOI: [10.1590/0034-7167-2020-0961](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0961).
25. Rosinha GF, Chavaglia SRR, Pires FC, Ohi RIB, Ferreira LA, Santos AS. Fatores desencadeantes do estresse psicológico em residentes não médicos: revisão integrativa. *Refacs*. 2021;9(4). DOI: [10.18554/refacs.v9i4.4901](https://doi.org/10.18554/refacs.v9i4.4901).

#### Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga | Editora Chefe  
Deise Moura de Oliveira | Editora Científica

**Nota:** Trabalho de conclusão de residência profissional em saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

**Recebido em:** 21/06/2022

**Aprovado em:** 27/01/2023

#### Como citar este artigo:

Pinheiro FRS, Oliveira VR, Silva JPX, 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. [Access\_\_\_\_\_]; Available in: \_\_\_\_\_. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.4754>