



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

PRISCILA VIEGAS KERCHER

**CARTOGRAFANDO OS PROCESSOS DE ENSINAR E DE APRENDER EM
ÁREAS FECHADAS NO CONTEXTO HOSPITALAR:
OS PRECEPTORES EM CENA**

Porto Alegre - RS

2019

PRISCILA VIEGAS KERCHER

**CARTOGRAFANDO OS PROCESSOS DE ENSINAR E DE APRENDER EM
ÁREAS FECHADAS NO CONTEXTO HOSPITALAR:
OS PRECEPTORES EM CENA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre no Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde -
Mestrado Profissional da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Ingressar no curso de mestrado profissional em ensino na saúde foi um momento de muita realização, pois sempre estive muito identificada com as áreas de educação e de saúde coletiva desde a época da graduação em psicologia. Assim, os agradecimentos são direcionados àquelas pessoas que acompanharam essa caminhada e que acreditaram no meu potencial.

Ao meu pai, Paulo, por me ensinar a lutar pelos meus objetivos e a conquistá-los com determinação e persistência.

À minha mãe, Maria Jussara, por ter sempre ficado do meu lado e por ter acompanhado, com muita dedicação, toda a minha trajetória escolar e acadêmica.

À minha irmã, Paula, que me serviu de modelo e me mostrou que era possível alcançar os objetivos e a realizar os sonhos

Ao meu companheiro, Rômulo, pelo amor, pelo incentivo, pelo reconhecimento, pela cumplicidade, pela paciência e pelo imenso apoio durante toda a minha caminhada profissional.

À família do meu companheiro, pelo carinho e admiração.

Aos meus dindos e primos, pela torcida.

Aos colegas e amigos, por ter compartilhado as vivências e experiências.

Aos professores do mestrado, pela excelente formação que tive.

À UFRGS por ter possibilitado a imersão em um mundo que eu desconhecia, proporcionando-me um crescimento pessoal e profissional.

Ao programa de residência alvo do estudo, o qual tenho imensa gratidão como residente egressa e muito orgulho de ter voltado em outra posição e auxiliado na qualificação dos processos de ensino-aprendizagem dos preceptores.

Em especial, ao meu orientador Luiz Fernando Calage Alvarenga, pela construção do projeto de pesquisa, o qual tornou possível este escrito e, por todo o companheirismo e trabalho desenvolvido ao longo destes dois anos.

A todos que, embora não tenham sido mencionados diretamente, torceram por mim e/ou participaram da minha trajetória acadêmica.

RESUMO

As residências multiprofissionais são consideradas importantes espaços de formação em serviço. Foram criadas com a finalidade de qualificar a assistência prestada pelos profissionais no Sistema Único de Saúde. Assim, os preceptores são profissionais essenciais nesse processo, pois atuam diretamente com os residentes nos cenários de práticas. O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, foco do estudo, possui suas atividades nas áreas fechadas do hospital, onde se concentram pacientes adultos críticos (risco iminente de perder a vida ou órgão/sistema do corpo), tais como o Serviço de Emergência e o Centro de Tratamento Intensivo de Adultos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, a qual teve como participantes 12 preceptores do referido programa. Seu objetivo principal é analisar os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores na formação dos residentes. Como percurso metodológico, elegeu-se a cartografia, visto se tratar de uma pesquisa-intervenção e de não ser isenta de intencionalidade, uma vez que a pesquisadora é residente egressa do programa. Utilizou-se como instrumentos de coleta de informações uma ficha para caracterização, contemplando aspectos de formação e experiência prévia como preceptores, uma entrevista semiestruturada com duração média de 30 minutos, a qual foi gravada e transcrita posteriormente, produção de relatos livres e escritos sobre a experiência de ser preceptor e o projeto político pedagógico do programa. Como resultado, redigiu-se um artigo, no qual a cartografia foi composta por três direções, as quais são denominadas de Direção I: *“Formando a identidade de preceptor”*; Direção II: *“Construindo a preceptoria na formação dos residentes”*; Direção III: *“Compreendendo os processos de ensinar e de aprender no contexto de atenção ao paciente crítico”*. A partir das informações coletadas na pesquisa, foi realizada uma oficina de devolução com os preceptores como produto principal. Assim, constatou-se a necessidade de maior investimento institucional no processo formativo do preceptor, culminando na escrita e entrega de um relatório com a sugestão da criação de uma proposta de educação permanente em saúde aos preceptores.

Palavras-chave: Preceptores. Residência multiprofissional. Educação permanente em saúde.

ABSTRACT

Multiprofessional residences are considered important in-service training spaces. They were created with the purpose of qualifying the assistance provided by professionals in the Brazilian Unified National Health System. Thus, preceptors are essential professionals in this process, because they act directly with residents in the practice scenarios. The Integrated Multiprofessional Health Residency Program, which is the study focus, has its activities in the closed areas of the hospital that concentrate critical adult patients (imminent risk of losing life or organ / body system), such as the Emergency Department and the Intensive Treatment Center of Adults. It is a qualitative research of descriptive and exploratory character, which was attended by 12 preceptors of said program. Its main objective was to analyze the health education devices used by preceptors in the training of the residents. As a methodological course, the cartography was chosen, since it is an intervention research and is not exempt from intentionality, since the researcher is a resident graduated of the program. It was used as instruments of information collection, a card for characterization contemplating aspects of training and previous experience as preceptors, a semistructured interview with an average duration of 30 minutes, which was recorded and transcribed later, production of free and written reports about the experience of being a preceptor and the pedagogical political project of the program. As a result, an article was written, in which the cartography was composed of three directions, which are denominated Direction I: "Forming the identity of preceptor"; Direction II: "Building the preceptory in the training of the residents"; Direction III: "Understanding the processes of teaching and learning in the context of critical patient care". From the information collected in the research, a devolution workshop was held with the preceptors as the main product. Thus, it was verified the need for greater institutional investment in the preceptor training process, culminating in the writing and delivery of a report with the suggestion of the creation of a proposal of permanent education in health to the preceptors.

Keywords: Preceptors. Multiprofessional residency. Permanent health education.

Lista de siglas e abreviaturas

CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
EPS	Educação Permanente em Saúde
MEC	Ministério da Educação
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SE	Serviço de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	7
2	CAMINHO I: CONSTRUINDO AS INTENCIONALIDADES DA PESQUISA	10
2.1	OBJETIVOS	11
2.1.1	Objetivo Geral	11
2.1.2	Objetivos Específicos	11
2.2	DE RESIDENTE À PESQUISADORA.....	12
2.3	CAMINHOS E PERCURSOS	13
3	CAMINHO II: TRAÇANDO AS BASES TEÓRICAS	16
3.1	ESBOÇANDO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO POLÍTICA NACIONAL	16
3.2	CONHECENDO AS FUNÇÕES DO RESIDENTE E DO TUTOR, DESTACANDO A FUNÇÃO DO PRECEPTOR	18
3.3	COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	21
3.4	ENTENDENDO OS DISPOSITIVOS NA RELAÇÃO ENTRE ENSINAR E APRENDER.....	23
4	CAMINHO III: APRESENTANDO O CENÁRIO DE PESQUISA	25
5	CAMINHO IV: ARTIGO	28
6	CAMINHO V: CONCLUINDO A TRAJETÓRIA	60
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A – Ficha de caracterização do perfil dos participantes	66
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada	67
	APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido	68
	APÊNDICE D - Breve relatório de pesquisa e do produto principal	70
	ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	73

1 APRESENTAÇÃO

As características regionais do nosso país, os perfis epidemiológicos, as condições crônicas e as doenças transmissíveis variam muito. Constata-se em alguns locais uma dificuldade de provimento de profissionais da área da saúde para atender as necessidades da população de forma integral. Após alguns estudos e desenvolvimento de políticas, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lançaram os Programas de Residência Multiprofissional como estratégia para suprimento dessa demanda emergente. Os mesmos favorecem reflexões sobre o processo de trabalho na área da saúde, contemplando as particularidades locais, o cotidiano, as relações e os modos de fazer, não somente na perspectiva dos residentes, mas também daqueles envolvidos nos próprios cenários de práticas, favorecendo o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) como um todo (SARMENTO *et al*, 2017).

As residências multiprofissionais já foram alvo de muitas resistências. Atualmente, pode-se pensar que são vistas como uma relevante ferramenta de formação de profissionais na área da saúde, tendo como um de seus enfoques as mudanças nos modelos tecnoassistenciais (SARMENTO *et al*, 2017). Contempla muitos atores, dentre eles os tutores, os preceptores e os residentes. Os preceptores serão tomados no presente trabalho como personagens principais. E qual o motivo dessa escolha? Os preceptores, nesse grande cenário, são agentes ativos, protagonistas, educadores e formadores de profissionais graduados na área da saúde. E o que tem de importante nisso? O simples e complexo ato de transformação de realidades. Convido você, leitor, a mergulhar comigo nessa reflexão que não se esgota por aqui. A pesquisa desenvolvida não buscou somente respostas, mas também questionamentos acerca da temática dos preceptores, de sua formação e de sua relação com os residentes nos processos de ensinar e de aprender em determinado contexto.

Assim, o estudo tem como enfoque os processos de ensinar e de aprender em um programa de residência multiprofissional na perspectiva dos preceptores. Esse programa se caracteriza pela assistência integral a pacientes críticos em unidades hospitalares fechadas, tendo o serviço de emergência (SE) e o centro de tratamento intensivo (CTI) de adultos como cenários de práticas dos residentes. Durante a formação, os residentes circulam nos cenários desenvolvendo atividades

teóricas, teórico-práticas e práticas, conforme itinerário montado semanalmente pelo programa.

O programa conta com quatorze preceptores de diferentes profissões (enfermagem, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, farmácia, fisioterapia e nutrição), sendo sete responsáveis pelas práticas no SE e sete pelo CTI. Tendo em vista que os preceptores são fundamentais para a formação dos residentes, a pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de compreender possíveis fatores inerentes a essa relação estabelecida, bem como questões relacionadas a função de preceptor e a preceptoría como dispositivo de EPS.

O interesse pela realização da pesquisa nesse campo de estudo teve íntima relação com o fato de a pesquisadora ser residente egressa do referido programa de residência multiprofissional e também por sua experiência como preceptora em outra instituição. Certamente essa dupla vivência contribuiu muito pela escolha da temática do estudo, bem como pela construção de uma cartografia como forma de apresentá-lo. A cartografia foi escolhida como percurso metodológico justamente pelo estudo não ser isento de intencionalidade, uma vez que a pesquisadora possui uma relação anterior com o programa, além da possibilidade da mesma de se deparar com suas implicações na pesquisa. Ter sido qualificada pelo programa e a possibilidade de retornar como pesquisadora enquanto processo dinâmico, certamente foi uma das motivações.

Vistas as questões expostas acima, o estudo possui o seguinte problema de pesquisa: quais são os dispositivos de educação em saúde utilizados por preceptores na formação dos residentes de um programa de residência multiprofissional voltado à atenção de pacientes críticos?

A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário, localizado na região sul do país, no qual se encontra legitimado o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (PRIMS), que tem como ênfase o cuidado ao paciente adulto crítico. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim, a dissertação será dividida em cinco capítulos, os quais serão denominados de “caminhos”. Adotou-se a nomenclatura de caminhos, considerando-os como aberturas de múltiplas possibilidades e como processo de implicação e de subjetividade da pesquisadora ao redigir o escrito. Entende-se que em um mapa, por exemplo, existe mais de uma opção de caminho a um destino, não havendo certo e

errado, mas talvez diferentes maneiras de chegar a um determinado lugar. No primeiro caminho, serão abordadas as intencionalidades da pesquisa, os objetivos e, brevemente, o cenário do estudo e percurso metodológico. No segundo, os referenciais teóricos serão apresentados, tendo como finalidade situar o panorama geral e a base da pesquisa. No terceiro, o programa de residência, foco da pesquisa, será contextualizado. No quarto, constará o artigo científico decorrente da pesquisa, contendo suas partes elementares devidamente nomeadas conforme construção da cartografia. Nesse capítulo, o produto da pesquisa estará integrado no artigo. No quinto e último caminho, têm-se o processo de finalização da dissertação.

Diante do exposto acima, cabe acrescentar que durante o processo de execução do projeto de pesquisa, o presente orientador assumiu a coordenação do programa de residência foco do estudo. Embora assumido o cargo, o mesmo não teve nenhum envolvimento direto na condução da pesquisa no campo de estudo. Assume-se sua participação indireta, uma vez que exerceu sua função de orientador.

2 CAMINHO I: CONSTRUINDO AS INTENCIONALIDADES DA PESQUISA

As residências multiprofissionais são consideradas importantes espaços de formação em serviço. Foram criadas com a finalidade de qualificar a assistência prestada pelos profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, existem diversos programas em todo país, contemplando diferentes áreas de atuação, envolvendo várias profissões da área da saúde. A proposta da formação em serviço tem como base a prática diária nos campos de atuação pelos profissionais residentes, contando sempre com suporte técnico. Somado a isso, os programas de residência multiprofissional defendem a atuação interdisciplinar por meio do trabalho em equipe, pensando a saúde como conceito ampliado e contemplando ações de prevenção e de promoção da mesma à população (CECCIM, 2009).

De acordo com a legislação vigente, os programas de residência multiprofissional possuem como atores os residentes, os preceptores e os tutores. Os residentes são aqueles profissionais que participam do processo seletivo e que estão buscando qualificação e titulação de especialista pelo programa de residência escolhido. Os preceptores são profissionais concursados/contratados dos serviços de saúde, os quais se configuram como campos de atuação dos residentes. Esses possuem titulação mínima de especialista e tem a responsabilidade de acompanhar e facilitar os processos de ensino-aprendizagem e de integração dos residentes junto aos serviços. Os tutores auxiliam preceptores e residentes nos processos de ensinar e de aprender mediante a construção de espaços potencializadores. Necessitam ter titulação mínima de mestrado e experiência profissional mínima de três anos (BRASIL, 2012).

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, foco do estudo, possui suas atividades nas áreas fechadas do hospital que concentram pacientes adultos críticos (risco iminente de perder a vida ou órgão/sistema do corpo), como o Serviço de Emergência (SE) e o Centro de Tratamento Intensivo de Adultos (CTI). Nesses espaços, circulam atualmente cerca de 14 preceptores, 14 residentes e 3 tutores, que compõem o campo mencionado.

Considerando que a função de preceptor é fundamental para a formação do residente, uma vez que é estabelecida uma relação de trocas de relatos de experiências, bem como de processos de ensino e de aprendizagem, torna-se importante aprofundar o olhar para o profissional-preceptor. Além disso, há a

especificidade do campo escolhido para pesquisa e atravessamentos institucionais que acabam exercendo forças e tensionamentos para a relação que se constitui entre preceptor e residente. Nesse sentido, este projeto possui como foco principal a função exercida por preceptores na formação de residentes, visto que a residência multiprofissional possui como pressuposto a qualificação do trabalho para o SUS. Assim, os preceptores são profissionais essenciais nesse processo, pois atuam diretamente com os residentes nos cenários de práticas. A preceptoria, então, é um importante dispositivo que exige dos profissionais preceptores habilidades técnicas não só para realizarem sua assistência, mas também para ensinar o outro no seu cotidiano (RIBEIRO; PRADO, 2013).

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 **Objetivo Geral**

Dentro desse contexto foram pensados os objetivos da pesquisa, a qual tem como objetivo geral:

- Analisar os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores na formação de residentes que compõem a área de concentração do programa de residência multiprofissional alvo do estudo.

2.1.2 **Objetivos Específicos**

Apresenta como objetivos específicos:

- Descrever como os preceptores percebem sua identidade na relação de ensino e de aprendizagem que se estabelece com os residentes;
- Identificar como os preceptores visualizam os processos de ensino em saúde dos residentes na formação em serviço;
- Elencar dificuldades e facilidades, bem como estratégias utilizadas pelos preceptores nos processos de ensinar e de aprender, considerando as particularidades do programa de residência multiprofissional alvo do estudo;

- Organizar e desenvolver oficina de devolução do material pesquisado como produto principal para os preceptores na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS).

2.2 DE RESIDENTE À PESQUISADORA

Para que o leitor possa compreender melhor as motivações para o desenvolvimento deste estudo, compartilharei brevemente das experiências como residente e como preceptora.

Ser residente para mim significava a realização de um sonho. Durante a formação na faculdade, todos os meus estágios estiveram voltados para a área da saúde. Então, eu via na residência multiprofissional em saúde uma oportunidade de qualificação e de transformação pessoal e profissional. Quando me inseri no contexto, tinha muitas expectativas de como seriam as atividades. Tive a vivência de não ter minhas preceptoras o tempo todo comigo nos cenários de práticas, gerando em alguns instantes questionamentos acerca das minhas funções nesses espaços, uma vez que a carga horária era superior à delas. Pensava muito sobre a relação entre preceptor e residente e qual era o papel delas na minha formação. Lembro que por muitos momentos não me sentia compreendida e cheguei a pensar que, para ser preceptor, a vivência como residente poderia ser um pré-requisito. A turma de residentes na qual eu estava inserida, era composta de profissionais com perfil muito questionador e provocador de tensionamentos, gerando desconforto nos preceptores. Havia julgamento da parte dos residentes no sentido de não se sentirem acolhidos e com a sensação de que os preceptores estavam mais direcionados ao funcionamento da instituição do que com a formação do residente.

Após dois meses da conclusão da residência, eu me tornava preceptora em outra instituição hospitalar. O fato de ter sido residente pontuou bastante no processo seletivo e desempenhar a função de preceptora fazia parte do meu contrato de trabalho como uma obrigatoriedade, não como uma escolha. Com o passar do tempo, percebi que estava ingressando em um programa de residência multiprofissional com menos estrutura de funcionamento global quando comparado àquele que me qualifiquei. Não obtive nenhuma espécie de formação para ser preceptora e, junto com essa função, eu era responsável pela assistência psicológica de áreas com número elevado de pacientes, além de desenvolver a

supervisão de alunos de graduação. Foi nesse instante que me identifiquei com minhas ex preceptoras e pude procurá-las para dialogar sobre a complexidade dessa função em meio a tantas outras atribuições e cobranças institucionais.

Ao experienciar os dois lados, pude me deparar com os tensionamentos presentes nas relações e passei a me questionar sobre a responsabilidade que eu tinha em formar profissionais para o SUS. Questionava acerca de que recursos e ferramentas de ensinar e de aprender eu poderia utilizar? Remetia-me à vivência como residente, sendo nesse ponto que me deparei com a complexidade da função de preceptor e com a retroalimentação de um déficit na sua formação. Por isso, resolvi retornar ao programa no qual fui qualificada como pesquisadora, para compreender mais sobre os processos de ensinar e de aprender na residência multiprofissional, colocando o preceptor em cena, no seu protagonismo, no seu encontro com a educação em saúde.

2.3 CAMINHOS E PERCURSOS

O presente estudo se trata de uma pesquisa-intervenção, isto é, uma pesquisa participativa de caráter qualitativo, que visa uma atuação transformadora da realidade, contemplando uma intervenção micropolítica em uma determinada experiência social (KASTRUP, 2008). Engloba, portanto, implicações em quatro níveis, os quais são: o pesquisador, os participantes, o problema de pesquisa e o campo de investigação.

Como percurso metodológico, elegeu-se a cartografia, a qual pressupõe que toda pesquisa é intervenção, não havendo, portanto, separação entre o conhecer e o fazer, pois é um saber que emerge do fazer (PASSOS; BARROS, 2009). Na proposta da cartografia, o papel do pesquisador é central, pois a produção de conhecimento é propiciada e potencializada pelas percepções, sensações e afetos vividos no encontro com o seu campo, com o seu estudo, que não é neutro, que não é isento de interferências. Nesse sentido, o método cartográfico proporciona uma nova forma de produzir ciência, envolvendo a criação, a invenção e a implicação do pesquisador durante o desenvolvimento do estudo (ROMAGNOLI, 2009). A cartografia possibilita o encontro com a singularidade, com a processualidade dos processos, com a complexidade dos fenômenos envolvidos. Assim, o pesquisador se implica com a realidade vivenciada no seu campo de estudo, podendo traçar

sentidos e significados enquanto compromisso ético e estético. A pesquisa-intervenção está associada à produção do novo, ao rompimento do paradigma reducionista de produção de conhecimento, assumindo que o pesquisador não é isento de intencionalidades, não existindo, portanto, separação entre o sujeito e objeto de estudo (PAULON; ROMAGNOLI, 2010). Pelo contrário, valoriza a complexidade que se apresenta nos planos de análise que compõem a realidade, bem como os planos de forças que atravessam o pesquisador, os objetos de estudo, o cenário de pesquisa e o impacto social (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Dessa forma, pode-se pensar que o processo cartográfico foi disparado durante a vivência como residente, posteriormente como preceptora e, neste momento, materializado neste escrito como pesquisadora. A escolha pelo tipo de pesquisa e percurso metodológico para desenvolvê-la não se deu por acaso, visto múltiplas possibilidades que a cartografia permite, uma vez que o estudo possui intencionalidades e afetividades.

Para o desenvolvimento da pesquisa se utilizou como instrumentos um questionário breve para caracterização do perfil dos participantes no que se refere à sua formação acadêmica e experiência profissional como preceptor. A entrevista semiestruturada como procedimento cartográfico possibilitou a construção e o acesso compartilhado da experiência. Assim, a escuta e o olhar do cartógrafo se ampliam, compreendendo a entrevista como diálogo que não visa somente à informação, mas sim à dimensão processual da experiência (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Somado a isso, relatos escritos de percepções e vivências dos participantes da pesquisa enquanto preceptores foram solicitados. Documentos legais do programa de residência em questão, tal como o Projeto Político Pedagógico, foi contemplado para conhecimento das atividades e propostas de ensino e de aprendizagem descritas, bem como seu funcionamento global.

A análise cartográfica não pretende descrever exaustivamente as forças que circundam um território existencial (campo de pesquisa), mas sim identificar aquelas que produzem movimentos de invenção de si e do mundo, sendo, portanto, uma leitura singular do cartógrafo, uma vez que sua subjetividade entra em cena (KASTRUP, 2008). Para a análise ocorrer, são realizados questionamentos referentes às possíveis tensões, nós e potências diante das vivências no transcorrer da pesquisa.

A análise se constitui como um processo, pois há uma temporalidade e não necessariamente coincide com o término do cronograma de pesquisa. Os desdobramentos seguem em constante transformação, visto movimentos disparados e efeitos despertados pelos mesmos. A análise tem como ponto de partida não somente as informações, mas as experiências e uma dimensão participativa na constituição dos objetos e da heterogeneidade dos mesmos. Nessa direção, os resultados da cartografia são problemas e analisa-los possibilita sentidos e inaugura novos questionamentos. Na cartografia, a análise é análise de implicação, não havendo neutralidade do pesquisador. É realizada por meio de problematização e tem caráter participativo e singular, propiciando um reposicionamento subjetivo. A atitude de análise não é caracterizada após a coleta das informações da pesquisa e sim presente durante todo o processo. Para a cartografia, a multiplicidade de sentidos não tem um tempo determinado e sustentar essa abertura é um dos pontos complexos de sua análise (BARROS; BARROS, 2013).

A opção por apresentar a dissertação por meio de caminhos já foi previamente elucidada. Entretanto, gostaria de acrescentar que essa nomenclatura ocorreu de forma natural e espontânea, talvez associando caminhos a escolhas diante de muitas possibilidades, escolhas também das trajetórias profissionais traçadas por mim e, não tão distante, conectadas com minha história de vida. Dentro dos caminhos podem existir muitas direções e, diante desse raciocínio, surgiram as direções analíticas durante a produção da cartografia e, especificamente, estarão dispostas no caminho denominado de artigo científico.

As direções surgiram a partir do acompanhamento e da processualidade da pesquisa, desde a sua pré concepção à sua efetiva realização com o auxílio dos instrumentos e das informações coletadas. Foram pontos traçados pelo material que ia se compondo juntamente com as experiências no campo e afetos despertados em constante transformação. Trata-se de uma vivência complexa, inesgotável, representante de um pequeno recorte de múltiplas conexões possíveis.

3 CAMINHO II: TRAÇANDO AS BASES TEÓRICAS

3.1 ESBOÇANDO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO POLÍTICA NACIONAL

O ensino na saúde contempla processos de compreensão e de intervenção, os quais são aplicados por meio de saberes e práticas junto aos sujeitos nos processos de construção da saúde e do autocuidado (LYSAKOWSKI; CAREGNATO; SUDBRACK, 2016). Com a aproximação dos Ministérios da Educação e da Saúde, criaram-se os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) para especialização dos profissionais, para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela regulação das RMS, tendo em vista a criação de vagas para a qualificação de profissionais da saúde. Somado a isso, também é responsável pelo financiamento das bolsas, avaliação e acompanhamento dos programas. Já o Ministério da Educação financia os proventos dos hospitais universitários (SARMENTO *et al*, 2017)

Esses programas foram constituídos na tentativa de contrapor a formação dos profissionais, centrada em procedimentos especializados, bem como a fragmentação dos processos de trabalho, dificultando a resolutividade para as necessidades de saúde da população. Nesse sentido, as RMS buscam formar profissionais que atuem em direção à integralidade, a qual é caracterizada como um dos princípios fundamentais do SUS, podendo ser compreendida, pelo menos, por meio de três perspectivas. A primeira perspectiva corresponde à abordagem integral do sujeito, superando a visão fragmentada, buscando a compreensão das suas dimensões biopsicossociais. Já a segunda se refere às práticas de saúde oferecidas a partir da integração e articulação das ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura. Por último, considera-se o acesso continuado às redes de atenção conforme as necessidades da população, que deve ser garantido mediante a organização dos serviços (BRASIL, 2012).

As RMS foram regulamentadas em 2005 por meio da Lei nº 11.129. Possuem duração mínima de dois anos e caracterizam-se como modalidades de pós-graduação *Lato Sensu* com carga horária de 5.760h, sendo que cada programa possui suas ênfases de acordo com as necessidades locais e regionais (BRASIL, 2010). Dentre sua carga horária total, 80% é destinada à execução de atividades

práticas/teórico-práticas e 20% teóricas (BRASIL, 2010). As consideradas teóricas são denominadas como aquelas que se desenvolvem por meio individual ou em grupo para aquisição de conhecimento teórico e técnico. As teórico-práticas se caracterizam pela aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, podendo ser conduzidas por meio de diferentes metodologias de ensino-aprendizagem. Por último, atividades práticas exercidas pelos residentes são as relacionadas com o treinamento em serviço sob a orientação de seu preceptor. As profissões contempladas são: psicologia, serviço social, fonoaudiologia, farmácia, biomedicina, enfermagem, educação física, fisioterapia, ciências biológicas, medicina veterinária, odontologia, terapia ocupacional e nutrição. A carga horária semanal prevista é de 60h em regime de dedicação exclusiva, desafiando os projetos políticos pedagógicos dos programas a adaptar essa normativa às particularidades dos cenários de práticas. Assim, questiona-se a realidade do processo formativo do residente, no qual deve contemplar espaços criativos, de construção conjunta e de trocas profissionais e multissetoriais, tendo como objetivo comum a qualificação dos processos para atendimento à saúde do usuário (RODRIGUES, 2016).

Para organização das ênfases de diversos programas de residência multiprofissional, algumas utilizaram como referência os conceitos de campo e de núcleo. O campo representa os cenários de práticas, a área de concentração, responsável por integrar os núcleos de saberes e as práticas das diferentes profissões envolvidas. O núcleo é caracterizado como o arcabouço de conhecimentos e práticas específicos de determinada profissão, marcando sua identidade e destacando a representação socialmente construída da mesma. Sendo assim, um determinado campo pode ser composto por diversos núcleos, sendo os limites imprecisos, uma vez que cada profissão se apoia no outra para execução de sua práxis (CAMPOS, 2000). Para o mesmo autor, campo e núcleo são passíveis de mutação e caracterizam-se como sendo dinâmicos onde um, inevitavelmente, influencia o outro. Utiliza a metáfora representando o campo como a água e seu contexto maior, e o núcleo como os círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto na água. As RMS geralmente se baseiam nos conceitos de multiprofissionalidade, isto é, cada profissão contribui de forma isolada para a resolução de uma determinada demanda de saúde, havendo uma espécie de somatória de forças em direção a um objetivo em comum; e também no conceito de interdisciplinaridade, na qual pressupõe uma relação estabelecida entre as

disciplinas envolvidas, visando o compartilhamento das forças para melhor resolução do objetivo comum (ROQUETE *et al*, 2012). Atualmente, vem se discutindo o conceito de educação interprofissional, podendo ser contemplada como uma estratégia utilizada pelas RIMS para capacitar profissionais para o trabalho em equipe, visto interdependência das áreas de conhecimento. Os processos de ensino e aprendizagem ocorrem de forma compartilhada, crítico-reflexiva e ampliada, possibilitando que os profissionais possam aprender uns com os outros, favorecendo intervenções integradas e resolutivas às necessidades do usuário (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2015).

Nesse sentido, as RMS visam a inserção dos profissionais residentes em contextos que representam a realidade sanitária do nosso país, com suas necessidades e particularidades, possibilitando que os mesmos possam vivenciar o processo de saúde e doença de modo ampliado e integrado (RODRIGUES, 2016). Somado a isso, experiências na interface com as políticas de saúde são fundamentais para propiciar futuras modificações nos processos de trabalho, formação e gestão do SUS.

Dentre os critérios de avaliação, supervisão e regulação dos diferentes programas aprovados no nosso país, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) considera como importante, entre outros pontos, a organização integrada dos currículos e o uso de metodologias participativas, bem como articulação entre ensino, serviço e sociedade (BRASIL, 2014). Assim, a residência multiprofissional enquanto formação em serviço propicia que o profissional seja qualificado para prestar assistência de alta resolutividade, podendo transformar a realidade local (SARMENTO *et al*, 2017).

3.2 CONHECENDO AS FUNÇÕES DO RESIDENTE E DO TUTOR, DESTACANDO A FUNÇÃO DO PRECEPTOR

De acordo com a resolução da CNRMS N° 2, de 13 de abril de 2012, o residente possui, entre suas funções, implementar estratégias inovadoras no campo de atuação, visando qualificar o serviço e consolidar o SUS; atuar de forma participativa e corresponsável no processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo a partir de tensionamentos, mudanças e processos reflexivos junto aos trabalhadores, gestores e usuários; contribuir para o

aprimoramento do programa de residência, o qual está inserido. Somado a isso, precisa se dedicar exclusivamente ao programa, cumprindo 60 horas semanais.

O tutor é responsável pela orientação acadêmica dos preceptores e dos residentes, sendo essa função exercida por profissional com titulação mínima de mestre e experiência mínima de três anos. Possui como competências básicas: implementar estratégias pedagógicas articulando saberes e práticas; auxiliar no planejamento de ações de educação permanente para preceptores; organizar junto aos preceptores reuniões sistemáticas para consolidação das atividades de campo; participar da avaliação dos residentes, bem como orientar seus trabalhos de conclusão (BRASIL, 2012). A função de tutor parece estar associada ao de professor, sendo muitas vezes desempenhada pelo mesmo, sendo um guia, um facilitador para ocorrência dos processos de ensino e de aprendizagem, além de estar associado historicamente também a função de proteção (BOTTI; REGO, 2007). Segundo Ceccim *et al* (2018), o tutor tem sua especificidade pautada na facilitação do diálogo e da comunicação da equipe multiprofissional, na integração dos diversos saberes no processo de trabalho, levando em consideração as condições sócio-sanitárias locais, bem como a avaliação do processo formativo do residente de forma global.

Já o preceptor é o profissional responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos cenários de atuação, possuindo titulação mínima de especialista. É necessário que o preceptor seja da mesma profissão do residente, possuindo algumas atribuições, tais como servir de referência para que o residente possa desenvolver suas atividades no campo, integrando assistência e gestão em saúde; participar com o residente de intervenções voltadas à produção de conhecimento, articulando ensino e serviço; identificar potencialidades e possíveis dificuldades do residente, tendo como finalidade o seu desenvolvimento e qualificação (BRASIL, 2012).

Quanto às especificidades do preceptor, encontram-se a possibilidade de promover o diálogo entre iguais, integrando o conhecimento específico da profissão com a realidade local. Possui a função de organizar o processo de trabalho do residente de modo a aprofundar os saberes adquiridos; deve estimular o residente a adquirir a responsabilidade sanitária, investigando necessidades da população do território, o qual está atuando; promover o exercício com o residente no que diz

respeito à integralidade da atenção; realizar avaliação do seu processo formativo (PARENTE, 2008).

O preceptor é responsável por articular o trabalho com o ensino, sendo um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem da residência. Nesse sentido, o preceptor precisa não só dominar o seu conhecimento clínico, mas também transformar as experiências práticas em aprendizado para o residente, mobilizando estratégias que lhe permitam a condução desse processo (cenário profissional em ambiente educacional) (RIBEIRO; PRADO, 2013). As autoras defendem que a preceptoria se revela como atitude educativa no contexto da residência, compreendendo o processo de ensinar para além da transmissão de conhecimento, pressupondo a construção conjunta com o residente.

A preceptoria exige habilidades pedagógicas para além das competências técnicas e práticas do preceptor. Na pesquisa realizada com profissionais que exerceram essa função, os mesmos atribuíram um crescimento profissional e pessoal como ponto positivo (TRAJMAN *et al*, 2009). Segundo esses mesmos autores, a sobrecarga de trabalho, a interferência na assistência e a divisão do espaço físico foram apontados como pontos negativos.

Aquele que é profissional e preceptor possui as funções de educar e de orientar, além de transformar e de ser transformado na relação que estabelece com o preceptorando. Nesse sentido, a função de preceptor está para além de um processo de ensinar e aprender, visto que possibilita a criação de vínculos e de encontros (SILVA; ESPÓSITO; NUNES, 2008).

Segundo Missaka e Ribeiro (2011), poucos estudos enfocam a formação do preceptor e pontuam a necessidade de maior investimento através de cursos pedagógicos. Consideram a importância do preceptor como mediador da construção do conhecimento, aquele que articula os aspectos teóricos, técnicos e práticos da formação, necessitando estabelecer relações pedagógicas com o residente. Como principais competências do preceptor, os mesmos autores encontraram no seu estudo o conhecimento e habilidade em desempenhar funções assistenciais e competência pedagógica.

O preceptor é o profissional do serviço, o qual aproxima a teoria da prática e possibilita o compartilhamento de experiências (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014). Segundo os mesmos autores, espera-se que a relação entre preceptor e preceptorando seja horizontal, que o primeiro favoreça o ato de pensar e de levantar

hipóteses, bem como estimule o trabalho coletivo do último. Somado a isso, o preceptor deve propiciar que as mudanças ocorram durante o processo formativo do residente.

Entende-se que o preceptor necessita ter clareza quanto aos objetivos de seu trabalho, assim como estratégias pedagógicas para efetivá-los, conhecer a realidade dos cenários de práticas e estar próximo dos residentes e equipe de saúde no desenvolvimento do processo de trabalho (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Dentre as várias definições para a função de preceptor, o que se destaca é a sua atividade pedagógica no processo educativo do residente. Destaca-se nesse estudo, a possibilidade de as atuações do preceptor serem discutidas e construídas conjuntamente com os residentes (ARAÚJO *et al*, 2017). Aqui, parece considerar os processos de ensinar e de aprender como fluxos dinâmicos e bilaterais.

3.3 COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) articula o ensinar e o aprender no cotidiano do trabalho e das organizações, objetivando transformações das práticas profissionais e reorganização dos processos de trabalho, integrando necessidades e novas possibilidades de criação e de invenção do cotidiano (BRASIL, 2007). Dessa forma, as RMS são consideradas como importantes ferramentas de EPS, visto seu potencial de transformação, uma vez que tem como pressuposto a formação em serviço.

A EPS considera conhecimentos prévios e experiências dos profissionais, pois compreende que os processos educacionais podem ser constituídos a partir da problematização do processo de trabalho. O Ministério da Saúde apostou na constituição de Pólos de Educação Permanente regionais para elaboração e constituição de novas propostas de cursos de formação na área da saúde, rompendo com a lógica de compra por produtos e procedimentos educacionais fragmentados e sem sentido (BRASIL, 2007).

A Política de Educação Permanente em Saúde, criada em 2007, propicia que os diferentes atores possam se articular e se tornarem protagonistas de suas necessidades locais de saúde. Nesse sentido, colocar em evidência a educação em saúde enquanto política de governo favorece que trabalhadores possam refletir sobre suas práticas de cuidado na perspectiva de aprender a aprender, bem como

sua implicação com o ensino e produção de conhecimento (CECCIN, 2005). Assim, a EPS passa a ser relevante e indispensável, uma vez que tem como um de seus pressupostos reorganizar os fazeres entre o que se apresenta na realidade e as ideologias do sistema de saúde, propiciando os processos de autoavaliação e autogestão (MACHADO *et al*, 2015).

A proposta se baseia na descentralização e disseminação da capacidade pedagógica, visando atender as demandas apresentadas conforme cada realidade. Com isso, são adotadas abordagens construtivistas, como problematização e aprendizagem significativa como meios de potencializar possíveis mudanças nos cenários institucionais, uma vez que o trabalhador é visto como agente transformador da realidade (LEMOS, 2016). A EPS surgiu como estratégia pedagógica visando identificar necessidades, planejamento participativo, reflexões sobre o contexto local e levantamento de problemas, bem como prioridades (LUCENA *et al*, 2016). Os autores acrescentam ainda que a EPS coloca a formação em saúde em evidência, considerando saberes para além do conhecimento produzido pela academia como as relações produzidas entre profissionais e usuários e/ou profissionais e comunidade local.

Para ser considerado como processo de EPS, é necessário que haja uma leitura e análise estratégica da cultura institucional do serviço de saúde, alvo do plano de ação, visto suas especificidades para mudanças efetivas (BRASIL, 2009). Em consonância, o processo de EPS é muito mais amplo e complexo que apenas intervenções denominadas de capacitação, embora possa contemplá-las. Em muitas situações, a capacitação se reduz a transmissão de informações/conhecimento, estando os trabalhadores numa condição de passividade, resultando na precariedade da incorporação das situações apreendidas para o contexto de trabalho. Somado a isso, a EPS engloba o conceito de aprendizagem organizacional, a qual transpassa o nível individual, sendo coletivamente integrada nos serviços. Para a produção de mudanças nos cenários de prática, torna-se fundamental privilegiar reflexões compartilhadas e sistemáticas.

A proposta de EPS se diferencia das formações tradicionais pois, além de contemplar a técnica, também se preocupa com as transformações dos processos, das relações e da subjetividade das pessoas. Assim, caracteriza-se como uma dimensão complexa, envolvendo inúmeros fatores, dentre eles, o sujeito trabalhador da saúde como enfoque principal (MEYER *et al*, 2018). Nesse sentido, os processos

de aprendizagem devem englobar reflexões do cotidiano de trabalho, bem como o que precisa ser transformado, qualificando o fazer profissional e a assistência prestada à população, gerando maior resolutividade e satisfação (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Diante desse contexto, os espaços de preceptoria na residência multiprofissional atuam como dispositivos disparadores e potencializadores dos processos de ensino-aprendizagem dos residentes, podendo a formação dos preceptores estar contemplada institucionalmente na perspectiva da EPS. Nesse sentido, é proposto se utilizar a EPS como estratégia formativa dos preceptores, propiciando espaços de trocas, de diálogos, de estranhamentos, de desacomodação, de tensionamentos, de reflexão crítica e, conseqüentemente, de transformações e de mudanças (MEYER *et al*, 2018).

3.4 ENTENDENDO OS DISPOSITIVOS NA RELAÇÃO ENTRE ENSINAR E APRENDER

Historicamente, Foucault desenvolve seu conceito de dispositivo em sua obra “História da sexualidade”. O termo “dispositivo” engloba elementos heterogêneos, tais como discursos, leis, decisões regulamentares, proposições filosóficas, morais, filantrópicas entre outros, podendo se revelar por meio de uma urgência/demanda. Isto é, o dispositivo pode estar presente na relação entre fenômeno social e sujeito, discurso e práticas, ideias e ações, atitudes e comportamentos (KLEIN, 2007). O dito e o não dito são os elementos que compõem o dispositivo, caracterizando-se como a rede que se estabelece entre eles. Essa rede produz a existência de mudança de posições, bem como de transformação de funções (FOUCAULT, 2010). O dispositivo geralmente tem uma função estratégica, estando circunscrito em uma relação de poder com múltiplas dimensões em jogo. As práticas discursivas e não discursivas contribuem para a construção do dispositivo, bem como as relações estabelecidas entre saber e poder, produzindo subjetividades. Dessa forma, a complexidade do dispositivo não está nas ações individualizadas dos sujeitos, mas sim na relação estabelecida entre as ações e os resultados dessa produção (KLEIN, 2007). As ações são sociais e não dos indivíduos, e no dispositivo cada um opera parte do conjunto de ações que o constituem.

Segundo Deleuze (1990), o dispositivo é um conjunto multilinear, composto por diversas linhas, faz ver e falar e funciona acoplado a regimes históricos de enunciação e de visibilidade. Além disso, o dispositivo abarca linhas de força, podendo destacar as dimensões de saber-poder, as quais podem estar presentes e imersas em todos os pontos do dispositivo, além dos modos de subjetivação. As linhas estabelecem relações estratégicas de força, podendo instaurar verdades (MARCELLO, 2004).

Barros (1997) se baseia nas considerações de Deleuze para mencionar as quatro linhas que compõem um dispositivo: a visibilidade, a qual torna visível o invisível; a enunciação, que faz emergir a potencialidade da fala e do que é dito; a força, que está relacionada com a dimensão do saber-poder; e a subjetividade, responsável pelos novos modos de criar-se e inventar-se. Palavras, frases, proposições são elementos que se materializam quando em análise, tornando o visível e o enunciado existentes.

Assim, considerando o preceptor como protagonista no contexto de residência multiprofissional, assume-se a preceptoria como dispositivo para a EPS, podendo ser composta por dispositivos que favorecem os processos de ensinar e de aprender na relação com os residentes, tais como estudos de caso, discussão de intervenções clínicas e técnicas, leitura e reflexão compartilhada de artigos científicos, projeto terapêutico singular, dentre outros.

4 CAMINHO III: APRESENTANDO O CENÁRIO DE PESQUISA

O hospital que integra os cenários de prática é caracterizado como uma instituição pública, universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC). Localizado na região sul do país, é responsável por atendimentos de alta complexidade e de diversas especialidades. Possui certificação pela Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), conquistada em 2013, sendo uma referência assistencial e de ensino e pesquisa no nosso país.

Este estudo foi desenvolvido em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no referido hospital focado na atenção ao paciente crítico. Os processos seletivos ocorrem geralmente no final do ano, por meio de uma prova, contendo questões de legislação de saúde e questões específicas do núcleo profissional do candidato, bem como análise de currículo.

Durante o primeiro e segundo ano do programa, todos os residentes participam de disciplinas teóricas ou teórico-práticas correspondentes ao seu momento de formação, as quais estão dispostas no eixo transversal. Geralmente, as disciplinas possuem como facilitadores os tutores (professores vinculados aos diferentes cursos da área da saúde da universidade federal formadora, os quais possuem vínculo ativo com a residência) e contemplam conteúdos relativos às políticas públicas de saúde, gestão em saúde, epidemiologia, bioética, bem como disciplinas de suporte para elaboração do trabalho de conclusão da residência. Somado a isso, os residentes possuem os seminários teóricos de núcleo profissional, organizados conforme cada serviço, sendo acompanhados geralmente pelos respectivos preceptores, bem como seminários específicos do programa escolhido para atuação, podendo ser sistematizados em conjunto pelos residentes, preceptores e tutores.

O programa de residência escolhido para desenvolvimento da pesquisa tem como especificidade o Serviço de Emergência (SE) e o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de Adultos. No processo seletivo, são aprovados sete residentes por ano das seguintes áreas profissionais: psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, enfermagem e nutrição. Os residentes possuem como cenários de suas práticas o SE, o qual é composto por 49 leitos de adultos, que são divididos por áreas conforme complexidade clínica dos usuários e, também, pelo CTI de adultos que possui as áreas 1 (14 leitos) e 2 (13 leitos) como espaços de

intervenção, sendo caracterizadas como unidades de tratamento intensivo gerais, uma vez que atendem usuários de alta complexidade de diversas especialidades.

O programa é composto por sete residentes e sete preceptores do primeiro ano (R1 e P1, respectivamente), bem como sete residentes e sete preceptores do segundo ano (R2 e P2). Somado a isso, há a presença de três tutores que compõem esse cenário de ensino-aprendizagem. Atualmente, possui atividades que integram residentes e preceptores no processo de ensinar e de aprender, destacando-se os seminários, contemplando conteúdos específicos e necessários à ênfase, estudos de caso, *rounds*, preceptorias individuais de núcleo profissional, aplicações práticas das disciplinas de eixo transversal.

Seminários específicos do programa – espaços nos quais residentes, preceptores e tutores compartilham saberes e constroem conhecimento pertinentes às demandas específicas do programa. São elegidos temas a serem debatidos e aprofundados de acordo com as necessidades dos envolvidos. Pode ser em forma de aula expositiva, leitura prévia de artigos sobre determinado assunto e posterior discussão, bem como simulação de práticas vivenciadas no cotidiano do trabalho. Frequência semanal.

Estudos de caso - espaços nos quais residentes, preceptores e tutores articulam teoria e prática diante da escolha de alguns pacientes para aprofundamento de questões técnicas, favorecendo o encontro entre profissões, atuação interdisciplinar e maior benefício à assistência prestada ao paciente e qualificação da equipe. Frequência semanal.

Rounds - espaços de discussão de casos e de tomada de decisões conjunta com responsabilização da equipe multiprofissional quanto ao plano terapêutico dos pacientes. Participação efetiva dos residentes e de alguns preceptores, conforme sua disponibilidade. Frequência diária.

Preceptorias de núcleo profissional – espaço no qual o residente e seu preceptor de núcleo profissional possuem para discussão, reflexão e produção de conhecimento conjunto acerca das vivências cotidianas do trabalho, visando qualificação e aprimoramento técnico do residente. Além desse espaço formal semanal com duração média de 1h, residentes e preceptores convivem diariamente nos cenários de práticas.

Aplicações práticas das disciplinas de eixo transversal – as disciplinas de eixo transversal a todos os programas de residência multiprofissional possuem como

objetivo fazer essa interlocução entre o residente e seus cenários de atuação, no sentido de fazê-lo refletir sobre as especificidades de onde está inserido, bem como a articulação com o que é preconizado pelo SUS. Geralmente as disciplinas exigem dos residentes recortes de seus cenários de práticas por meio de relatos ou até mesmo desenvolvimento de trabalhos acadêmicos, geralmente envolvendo direta ou indiretamente os seus preceptores.

O programa tem como objetivo principal especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuarem em equipe de saúde de forma interdisciplinar na atenção integral ao paciente crítico assegurando os princípios e diretrizes do SUS. No Projeto Político Pedagógico estudos de caso, palestras e seminários constam como metodologias de ensino. Espera-se como perfil geral do residente egresso a aquisição de competências para atuar na atenção ao paciente adulto crítico em ambiente hospitalar, tendo como prática a interdisciplinaridade articulada com as políticas de saúde vigentes no país (Projeto Político Pedagógico, 2015).

A seguir, o caminho percorrido será o artigo científico redigido com as informações advindas do processo de coleta e de análise da pesquisa, bem como o produto principal da mesma, o qual foi o desenvolvimento de uma oficina com os participantes. O produto teve como pressuposto o início de um processo de experimentação de metodologia ativa e aprendizagem significativa enquanto pilares da possibilidade de construção de um programa de EPS voltado à formação dos preceptores na instituição foco do estudo.

5 CAMINHO IV: ARTIGO

ENSINAR A APRENDER OU APRENDER A ENSINAR? OS PRECEPTORES DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CENA

Priscila Viegas Kercher

Luiz Fernando Calage Alvarenga

Resumo

O presente estudo é resultado do mestrado profissional em ensino na saúde e tem como enfoque os processos de ensinar e de aprender em um programa de residência multiprofissional na perspectiva dos preceptores. Esse programa se caracteriza pela assistência integral a pacientes críticos em unidades hospitalares fechadas, tendo o serviço de emergência (SE) e o centro de tratamento intensivo (CTI) de adultos como cenários de práticas dos residentes. Como percurso metodológico foi escolhida a construção de uma cartografia composta por três direções, as quais são denominadas de Direção I: *“Formando a identidade de preceptor”*; Direção II: *“Construindo a preceptoria na formação dos residentes”*; Direção III: *“Compreendendo os processos de ensinar e de aprender no contexto de atenção ao paciente crítico”*. A partir das informações coletadas na pesquisa, foi realizada uma oficina de devolução com os preceptores como produto principal. Assim, constatou-se a necessidade de maior investimento institucional no processo formativo do preceptor, culminando na escrita e entrega de um relatório para a coordenação do programa de residência foco do estudo, com a sugestão da criação de uma proposta de educação permanente em saúde aos preceptores.

Palavras-chave: Preceptores. Residência multiprofissional. Educação permanente em saúde.

Abstract

The present study is a result of the professional master's degree in health education and focuses on the processes of teaching and learning in a multiprofessional residency program from the perspective of preceptors. This program is characterized by the integral assistance to critical patients in closed hospital units, with the emergency service (SE) and the intensive treatment center

(CTI) of adults as resident practices scenarios. As a methodological course, it was chosen the construction of a cartography composed of three directions, which are denominated Direction I: "Forming the identity of a preceptor"; Direction II: "Building the preceptory in the formation of the residents"; Direction III: "Understanding the processes of teaching and learning in the context of critical patient care". From the information collected in the research, a devolution workshop was held with the preceptors as the main product. Thus, it was verified the need for greater institutional investment in the preceptor training process, culminating in the writing and delivery of a report with the suggestion of the creation of a proposal of permanent education in health to the preceptors.

Keywords: Preceptors. Multiprofessional residency. Permanent health education.

Iniciando o percurso

O presente estudo nasceu anteriormente à escrita do projeto de pesquisa. Sua preconcepção iniciou quando a pesquisadora ainda era residente, pois observava os processos de ensinar e de aprender na relação estabelecida com suas preceptoras. Posteriormente, na função de preceptora, após dois meses de conclusão de sua residência, muitas de suas observações geraram questionamentos, impulsionando o desejo de produzir conhecimento acerca da temática dos preceptores enquanto formadores de profissionais na área da saúde.

Assim, este escrito não é isento de intencionalidade, até porque o estudo é resultante da dissertação de mestrado com ênfase em ensino na saúde e foi desenvolvido no programa de residência, do qual a pesquisadora é egressa. Nesse sentido, constata-se que os processos de ensinar e de aprender são mútuos e dinâmicos, possibilitando que a autora pudesse retornar como pesquisadora e produzir novos tensionamentos e transformações no referido contexto de forma compartilhada.

Introduzindo as bases conceituais

O ensino na saúde contempla processos de compreensão e de intervenção, os quais por meio de saberes e práticas são aplicados junto aos sujeitos nos processos de construção da saúde e do autocuidado (LYSAKOWSKI; CAREGNATO; SUDBRACK, 2016). Com a aproximação dos Ministérios da Educação e da Saúde, criaram-se os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) para

qualificação dos profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses programas foram constituídos, na tentativa de contrapor a formação dos profissionais centrada em procedimentos especializados, bem como a fragmentação dos processos de trabalho, dificultando a resolutividade para as necessidades de saúde da população.

As RMS foram regulamentadas em 2005 por meio da Lei nº 11.129. Possuem duração mínima de dois anos, caracterizam-se como modalidades de pós-graduação *Lato Sensu* com carga horária de 5.760 horas, sendo que cada programa possui suas ênfases de acordo com as necessidades locais e regionais (BRASIL, 2010). Dentre sua carga horária total, 80% é destinada à execução de atividades práticas e 20% teóricas ou teórico-práticas (BRASIL, 2010). As atividades práticas exercidas pelos residentes são as relacionadas com o treinamento em serviço sob a supervisão de seu preceptor.

Na saúde, o termo preceptor iniciou sendo utilizado mais especificamente no contexto da residência médica e, após, também passou a ser empregado para a formação de outros profissionais tanto na graduação quanto na pós-graduação em saúde (GIROTTO, 2016). De acordo com a resolução da CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012, o preceptor é o profissional responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos cenários de atuação, possuindo titulação mínima de especialista. É necessário que o preceptor seja da mesma profissão do residente, possuindo algumas atribuições como servir de referência para que o residente possa desenvolver suas atividades no campo, integrando assistência e gestão em saúde; participar com o residente de intervenções voltadas à produção de conhecimento, articulando ensino e serviço; identificar potencialidades e possíveis dificuldades do residente, tendo como finalidade o seu desenvolvimento e qualificação.

O preceptor executa suas atividades no serviço de saúde, o qual realiza a assistência e acompanha as práticas do seu residente. Nesse sentido, o preceptor serve de “modelo” ao profissional em formação, estando responsável por auxiliá-lo na aquisição das competências necessárias para o desempenho de sua prática profissional (GIROTTO, 2016).

Ser preceptor é exercer o papel de mediador dos processos de ensino-aprendizagem e de produção de saberes no cotidiano de trabalho. Facilita a

problematização da realidade, reflexão sobre possíveis soluções e atitudes nos cenários de práticas (LIMA; ROZENDO, 2015).

O profissional preceptor atua junto aos residentes na construção do conhecimento, possuindo características docentes, contemplando e integrando saberes teóricos e práticos. Assim, é necessária capacitação específica para além de suas titulações e conhecimento técnico (ROCHA; RIBEIRO, 2012).

Os programas de residência estão alicerçados na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente enquanto estratégias para formação de recursos humanos para o SUS. Nesse sentido, os preceptores entram em cena como protagonistas e formadores de profissionais, necessitando dominar não só sua prática clínica, como também aspectos pedagógicos, uma vez que estará implicado diretamente com o residente e o seu desenvolvimento nos cenários de prática (RIBEIRO; PRADO, 2013).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se caracteriza como uma importante ferramenta potencializadora de uma atuação profissional crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). A proposta se baseia na educação formativa dos profissionais levando em consideração seu cotidiano de trabalho para além de práticas pedagógicas de transmissão de informação/conhecimento, nas quais os trabalhadores ficam na condição de passividade e de receptor. Nessa nova forma de compor, o profissional assume seu protagonismo, podendo compor estratégias de qualificação por meio do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, trazendo sentido para o seu saber-fazer.

As metodologias ativas geralmente envolvem processos de ensinar e de aprender contemplando estratégias pedagógicas reais ou simuladas oriundas das atividades da prática social em diferentes contextos. Possui como pressupostos a problematização, o desenvolvimento da autonomia e da capacidade crítico-reflexiva para a construção de novos conhecimentos (BORGES; ALENCAR, 2014). Os autores destacam a aprendizagem baseada em problemas e os grupos operativos como recursos pedagógicos de metodologias ativas.

Os espaços de preceptoria na residência multiprofissional atuam como dispositivos disparadores e potencializadores dos processos de ensino-aprendizagem dos residentes, podendo a formação dos preceptores estar contemplada institucionalmente na perspectiva da EPS. Assim, assume-se que a

preceptoria por si só é um dispositivo, como também não se pode deixar de considerar que a mesma é constituída por dispositivos, isto é, possíveis recursos ou estratégias utilizadas pelos preceptores para compor o momento com seus residentes. Para Foucault (2010), o termo dispositivo engloba elementos heterogêneos, tais como discursos, leis, decisões regulamentares, proposições filosóficas, morais, filantrópicas entre outros, podendo se revelar por meio de uma urgência/demanda. O dito e o não dito são os elementos que compõem o dispositivo, caracterizando-se como a rede que se estabelece entre eles.

Diante do contexto acima, o objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores na formação de residentes em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase na assistência a pacientes adultos críticos em unidades hospitalares fechadas.

Delineando o percurso metodológico

O presente estudo se trata de uma pesquisa-intervenção, isto é, uma pesquisa participativa de caráter qualitativo que visa uma atuação transformadora da realidade, contemplando uma intervenção micropolítica em uma determinada experiência social (KASTRUP, 2008). Utilizou-se como método a cartografia, o qual pressupõe que toda pesquisa é intervenção, não havendo, portanto, separação entre o conhecer e o fazer, pois é um saber que emerge do fazer (PASSOS; BARROS, 2009).

Uma das principais características da cartografia consiste em acompanhar os fluxos e suas múltiplas possibilidades. Dessa forma, “a cartografia como método é o traçado desse plano de experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção de conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS; BARROS, 2009, p.17-18).

O objetivo do cartógrafo não é o de representar um objeto e nem o de se manter distante dele, e sim, acompanhar a processualidade dos processos e movimentos, transformando-se com eles e dando espaço para a construção coletiva e transversal de conhecimento (BARROS; KASTRUP, 2009). Somado a isso, a cartografia se propõe a desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades e é traçada no e a partir do plano da experiência (MORAES JR, 2011).

Na proposta da cartografia, o papel do pesquisador é central, pois a produção de conhecimento é propiciada e potencializada pelas percepções, sensações e afetos vividos no encontro com o seu campo, com o seu estudo, que não é neutro, que não é isento de interferências. Nesse sentido, o método cartográfico proporciona uma nova forma de produzir ciência, envolvendo a criação, a invenção e a implicação do pesquisador durante o desenvolvimento do estudo (ROMAGNOLI, 2009). Segundo a mesma autora, a cartografia parte de outra leitura da realidade, uma vez que não quer somente o qualitativo, mas também romper com a separação entre o sujeito e o objeto de estudo.

Segundo Kastrup (2008), para o desenvolvimento da cartografia é necessário seguir algumas pistas. A primeira compreende a ideia de que cartografar é acompanhar processos e não simplesmente representar um objeto de estudo. A segunda entende que a cartografia é um coletivo de forças, nesse sentido, toda forma existente, seja no plano subjetivo ou objetivo, resulta de articulações de forças e de tensionamentos. A terceira coloca que a cartografia sempre é realizada dentro de um território, contemplando suas polaridades, valências e pontos de intensidade. A quarta destaca a importância de o cartógrafo delimitar seu campo problemático de estudo, o qual geralmente é sensível, revelando o problema, bem como sua complexidade. A quinta pista da construção da cartografia requer um dispositivo disparador, o qual no campo de estudo auxilia na produção e na transformação da realidade. A sexta contempla a necessidade de o pesquisador suspender sua posição pessoal e se voltar sensivelmente para o seu campo de estudo, dessa forma a cartografia visa ser um método preciso e rigoroso. Exige do pesquisador um novo processo de aprendizagem, pois a construção do novo conhecimento pressupõe não centrar sua atenção em saberes prévios, bem como seus pré-conceitos. Assim, a sétima pista ressalta que para a prática da cartografia é necessária uma atenção concentrada e aberta ao presente. A oitava considera a inseparabilidade entre pesquisa e intervenção, pois seriam dois planos de um mesmo processo, uma vez que há encontros entre pesquisador-pesquisado que produzem interferências recíprocas, produzindo movimentos em ambos. Para concluir, a cartografia produz seus efeitos sob o pesquisador, participantes, campo de pesquisa e seus rumos futuros.

Campo de estudo e participantes

O estudo foi desenvolvido em um programa de residência multiprofissional de um hospital universitário da região sul do Brasil. O programa possui como característica a atenção ao paciente adulto crítico nos cenários do serviço de emergência (SE) e do centro de tratamento intensivo (CTI). No processo seletivo, são aprovados sete residentes por ano das seguintes áreas profissionais: psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, enfermagem e nutrição.

O referido programa é composto por sete residentes e sete preceptores do primeiro ano (R1 e P1, respectivamente), bem como sete residentes e sete preceptores do segundo ano (R2 e P2). Somado a isso, há a presença de três tutores que compõem esse cenário de ensino-aprendizagem. Atualmente, possui como atividades que integram residentes e preceptores no processo de ensinar e de aprender, os seminários contemplando conteúdos específicos e necessários à ênfase, estudos de caso, *rounds*, preceptorias individuais de núcleo profissional, aplicações práticas das disciplinas de eixo transversal.

A proposta do projeto de pesquisa foi previamente apresentada para a coordenação do programa, bem como para os preceptores dos núcleos profissionais, tendo como finalidade verificar o interesse quanto à realização do estudo e sua viabilidade, bem como para favorecer o processo de construção conjunta e implicação de todas as partes envolvidas.

A pesquisa teve como participantes os preceptores. De um total de 14 preceptores que compõem o programa, 12 aceitaram e se disponibilizaram a participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário no qual se encontra legitimado o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde foco do estudo.

Os participantes responderam primeiramente uma ficha para caracterização contemplando aspectos de formação e experiência prévia como preceptores. Após, uma entrevista semiestruturada abordando questões referentes à preceptoria e processos de ensino e de aprendizagem na relação com os residentes do programa. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. Somado a isso, os participantes produziram relatos livres e escritos sobre a experiência de ser preceptor. Para complementar, a pesquisadora também utilizou o projeto político pedagógica do programa para suas análises.

Análise das informações

Para análise, foi feita a leitura completa e quase despreziosa de todo o material, com o objetivo de rememorar e deixar-se afetar pelo conteúdo lido. A partir dessa primeira leitura, foi realizada uma escolha prévia do que seria analisado, sendo então, feita uma nova leitura, agora, mais focada e atenta a tais escolhas. Segundo Kastrup (2009), a atenção do cartógrafo pode ser caracterizada por quatro variedades de funcionamento: o rastreio, que se configura como sendo a “varredura” do campo de análise; o toque, que diz respeito ao que aciona o processo de seleção dos focos que serão abordados; o pouso, que significa o aumento da percepção dos focos e, por último, o reconhecimento atento, que se caracteriza pela retomada da suspensão da atenção, que se trata da intersecção da percepção e da memória.

Diferentemente de outros métodos, o que impulsiona a análise na cartografia, não são os dados produzidos e, sim, os problemas identificados por meio deles. Nesse sentido, analisar se configura como um procedimento de multiplicação de sentidos e possivelmente inaugurador de outros problemas (BARROS; BARROS, 2013). Considera-se, assim, que toda análise cartográfica é também análise de implicação, uma vez que o pesquisador está implicado e envolvido no seu campo, que não é neutro, então a análise visa dar visibilidade as relações de uma determinada realidade que o pesquisador está imerso (LOURAU, 2004).

Oficina com os preceptores

Após a análise do material produzido pela coleta de informações, foi realizada uma oficina com os participantes como produto principal da pesquisa. O objetivo foi oportunizar aos preceptores uma experiência de metodologia ativa e de aprendizagem significativa, visando a problematização de sua função.

A oficina possibilitou a participação ativa dos envolvidos em um processo que envolve a experimentação e a problematização da temática envolvida. Trata-se de um espaço de construção do novo de forma coletiva e transformadora. A oficina é uma importante estratégia de ensino-aprendizagem, na qual pode favorecer a reflexão da prática profissional cotidiana, bem como possibilita a abertura para processos criativos e exercício da cidadania.

A oficina foi sistematizada da seguinte forma:

- 1) Apresentação inicial das informações obtidos pela pesquisadora. O material foi apresentado em forma de esquemas visuais, contemplando os assuntos/temáticas/categorias que mais apareceram como relevantes na pesquisa.
- 2) A partir da apresentação inicial da pesquisadora, os preceptores se reuniram em trios para maior discussão e problematização (utilizando situações/casos pertencentes ao seu cotidiano de trabalho), bem como elaboração de propostas de melhoria. Foi entregue material gráfico para confecção de cartazes para apresentação posterior ao grande grupo.
- 3) Apresentação dos cartazes para o grande grupo de preceptores e momento de problematização dos conteúdos, tendo como facilitadora do processo a pesquisadora.
- 4) A partir do material produzido pelo grupo, foi elaborado junto com o mesmo, alguns direcionamentos fundamentais para a formação/valorização dos preceptores junto à instituição, contemplando possíveis estratégias de ensino-aprendizagem para sua qualificação. A pesquisadora elaborou um documento final que será entregue posteriormente à coordenação geral do programa de residência multiprofissional como uma possível proposta de Educação Permanente em Saúde para os preceptores.

Explorando as possíveis direções

A proposta da cartografia, como mencionado anteriormente, tem a finalidade de desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades. Para a apresentação dos resultados e discussão, a pesquisadora optou por fazer de modo integrado, escolhendo a denominação de direções.

Para a ciência da administração, o termo direção está associado a uma função que tem como atividade coordenar processos e pessoas para atingir um objetivo comum. O diretor poderá se utilizar de diferentes estratégias e modos de dirigir, caracterizando uma determinada forma de funcionar. O estabelecimento da direção é fundamental, pois sem ela a organização fica sem rumo. Já para a física, a direção é traçada por duas retas paralelas, podendo estar na verticalidade ou na horizontalidade, em composição com os seus possíveis sentidos, formam uma determinada orientação.

Assim, traçou-se o percurso de ensino-aprendizagem dos preceptores por meio de três direções, as quais foram denominadas de: Direção I: *“Formando a identidade de preceptor”*; Direção II: *“Construindo a preceptoria na formação dos residentes”*; Direção III: *“Compreendendo os processos de ensinar e de aprender no contexto de atenção ao paciente crítico”*. As mesmas foram construídas durante o processo que envolveu a constituição da pesquisa, levando em consideração a coleta de informações pelos instrumentos anteriormente citados, as implicações da pesquisadora no estudo, bem como sua subjetividade, características inerentes ao processo de construção do cartógrafo.

Direção I: *“Formando a identidade de preceptor”*

A pesquisa contou um total de 12 participantes, sendo 9 mulheres e 3 homens, com média de idade de 41,67 anos. O tempo médio de término da graduação foi de 16,92 anos, 41,67% possuem somente especialização, 16,67% mestrado e 41,67% doutorado, como maior grau de escolaridade. 50% possui pós-graduação na área da saúde pública / saúde coletiva e 16,67% possuem residência multiprofissional. No que diz respeito à função de preceptor, apenas 8,33% apresentou experiência prévia. Na instituição alvo do estudo, constatou-se 4,58 anos o tempo médio como preceptor, 75% recebeu algum tipo de treinamento com predomínio de palestras e momento posterior de discussão (14,17 horas de tempo médio).

Destaca-se que este grupo de preceptores apresenta formação e qualificação acadêmica, sendo que cinco deles possuem titulação máxima de doutorado, o que não é exigido para o exercício da preceptoria. Podendo estar relacionado com as características institucionais de valorização à qualificação acadêmica de seus colaboradores. Nesse sentido, pode-se pensar na possibilidade de acesso dos residentes também à produção de conhecimento por meio da pesquisa e da construção de projetos interventivos para aprimorar a assistência aos pacientes. No que se refere à residência multiprofissional como ferramenta de qualificação do trabalho para o SUS, ter 50% dos preceptores com suas formações ligadas ao contexto de saúde pública e/ou saúde coletiva pode favorecer o residente às problematizações necessárias a sua trajetória e práticas no serviço público, uma vez que amplia o olhar para além das habilidades específicas de sua área profissional. Outro ponto a ressaltar está relacionado com a precarização quanto à formação dos

preceptores na instituição, visto que a metodologia e as horas destinadas para tal não correspondem à complexidade do exercício de sua função junto aos residentes.

Quanto à definição de ser preceptor, os participantes de forma geral colocaram como sendo um grande desafio, caracterizando como uma experiência gratificante de aprendizado e de crescimento pessoal e profissional.

“Ser preceptora me traz desafios e ao mesmo tempo me faz aprender junto com o residente eu acho, porque eu aprendo muito mais com eles do que eles comigo; com todos os residentes, na realidade, esse é o melhor da residência. E desacomoda, eu sou muito ativa e essa dinamicidade da residência vai muito ao encontro das minhas características pessoais, então me traz realização pessoal e profissional. Então me faz feliz, isso pra mim é ser preceptora (Participante 8)”.

“A minha trajetória na residência como preceptora me aproximou de outras profissões, me trouxe aprendizado e crescimento. Me obriga sair da zona de conforto, frequentemente me faz revisitar a teoria para adquirir mais conhecimento e provocar diálogos e reflexões com mais integração, além disto me fomenta um maior desenvolvimento profissional e como pessoa (trecho relato livre, Participante 6)”.

Em estudo realizado com preceptores, as trocas, a convivência com diversos profissionais, o compartilhamento de saberes favorece o crescimento pessoal e profissional na função de preceptor (LIMA; ROZENDO, 2015). Dentre os pontos positivos do exercício da preceptoria, pesquisa também identificou o desenvolvimento pessoal e profissional do preceptor como algo a ser destacado na relação de ensinar e de aprender com o residente (TRAJMAN *et al*, 2009).

Outros, revelaram sua transformação como preceptor enquanto processo ao longo do tempo.

“Eu acho que fui aprendendo a ser preceptora com os residentes, porque é uma prática que tu vai também transformando ela internamente e pra mim hoje é um processo muito prazeroso ser preceptora (Participante 2)”.

Observa-se neste recorte a dimensão relacional entre preceptor e residente e a importância da troca intersubjetiva para o crescimento e desenvolvimento mútuo da dupla.

Em relação às características do preceptor, os participantes exploraram a questão da disponibilidade com o residente, bem como favorecer o exercício de sua autonomia. Apareceu a importância da presença do preceptor nos cenários de práticas, sendo que em algumas falas se constata o controle como forma de auxiliar o residente na sua inserção profissional.

“Eu gosto de ter um pouco o controle assim, e quando eu digo controle é ter certeza que o residente que tá comigo tá fazendo a sua atividade com segurança, e pra isso eu preciso saber o que esse sujeito tá fazendo (Participante 1)”.

“Mas em palavras mais simples, eu tento colocar esse residente sempre embaixo da asa, pra ficar sempre em controle, apesar da gente saber que não tem controle sobre nada no mundo. Mas nesse contexto, dentro das horas que ele está aqui ele estar sob controle, sob supervisão, sob cuidado... (Participante 4) ”.

Diante dos recortes acima, faz-se necessária a problematização quanto às práticas de controle do residente. O controle aparece associado à cuidado e proteção. Entretanto, pode-se denotar práticas controladoras como práticas disciplinadoras, as quais podem não favorecer o desenvolvimento do residente enquanto sujeito criativo e transformador de novas práticas. O engessamento diante do que pode e não pode fazer, aprisiona e limita o trabalho vivo em ato, o qual necessita de tecnologias relacionais, intersubjetivas e possibilidade de escolhas para efetivamente acontecer (MERHY, 2002).

No que se refere como sendo fundamental na formação do preceptor, os participantes pontuaram como habilidade essencial o gostar de ensinar e compreender que é uma construção conjunta com o residente. Destacaram a importância de ter boas relações interpessoais e ações de educação permanente em saúde para qualificação contínua do preceptor.

“Então, ter uma oficina, ter um manual isso era muito interessante, porque o preceptor ele entra e recebe um turbilhão de informações e ele tem que conhecer no mínimo 20 pessoas (Participante 3) ”.

“Eu acho que mais espaços de aprendizado mesmo pra nós assim, onde a gente também pudesse enquanto preceptores ter mais espaço até mesmo em rodada de conversa; onde a gente pudesse estar construindo as nossas fragilidades, as nossas necessidades ... (Participante 6).

É importante que os preceptores dominem os conhecimentos relativos à sua área de atuação, além de habilidades pedagógicas para os processos de ensino-aprendizagem e de habilidades relacionais. Sendo assim, a autora afirma que sem esses princípios, os preceptores podem não compreender a importância de seu papel na formação profissional (GIROTTI, 2016).

No nosso país, a existência do preceptor e de sua função é anterior à criação de cursos para sua qualificação. Nesse sentido, muitos preceptores iniciaram suas atividades sem obter formação para desempenhá-las. Constata-se que muitos deles não recebem valorização e/ou incentivo da instituição para os profissionais preceptores (GIROTTI, 2016). Ainda são restritos os investimentos acadêmico, pedagógico ou docente dos preceptores (AFONSO; SILVEIRA, 2012).

A formação didático-pedagógica, atualização científica e capacidade gerencial são apontados como importantes para o exercício da função de preceptor (ROCHA;

RIBEIRO, 2012). Missaka e Ribeiro (2011) defendem a criação de cursos de formação pedagógica para que preceptores compreendam e ampliem seu olhar e compromisso com as questões da tríade que contempla trabalho, educação e saúde. Assim, abrem a possibilidade de os mesmos serem protagonistas de mudanças inovadoras, rompendo com padrões tradicionais de ensino (ROCHA; RIBEIRO, 2012).

Observa-se a complexidade da função preceptor, não só pelo seu caráter formativo e educativo, mas também pela própria construção de sua identidade. Durante a realização das entrevistas semiestruturadas, percebeu-se uma discreta dificuldade dos participantes em descrever o conceito de preceptor, bem como suas características ao exercer essa atividade. Isso pode estar relacionado com diversos fatores como atravessamentos individuais e institucionais, na medida em que alguns não tiveram escolha quanto ao exercício dessa função. A literatura cita diversas características esperadas para os preceptores, entretanto parece que o perfil dos profissionais que exercem essa atividade ainda está em construção, embora o caráter pedagógico se mostra como sendo necessário e presente na relação com o residente (AUTONOMO *et al*, 2015). Não obter respaldo institucional adequado quanto ao caráter formativo e educativo do preceptor, bem como o não reconhecimento e/ou diferenciação daqueles profissionais que não exercem a função, parece trazer grandes tensionamentos aos participantes.

Diante dessas produções iniciais, a próxima direção contemplará o ato de preceptoria enquanto dispositivo em si, bem como dispositivos utilizados nesse espaço para a ocorrência dos processos de ensinar e de aprender na relação estabelecida entre preceptores e residentes.

Direção II: “Construindo a preceptoria na formação dos residentes”

A preceptoria se encontra nas dimensões de compromisso ético e político, de responsabilidade e de vínculo, sendo necessária qualificação pedagógica em termos teóricos e práticos (LIMA; ROZENDO, 2015). Além disso, caracteriza-se para além da transmissão de informações, sendo um processo dinâmico, conjunto e ativo de ambas as partes (ROCHA; RIBEIRO, 2012).

A preceptoria promove o encontro com a realidade social, processos de saúde da comunidade, trabalho interprofissional, bem como demandas dos serviços (LIMA;

ROZENDO, 2015). Auxilia na formação ética e moral, responsabilidade social e compromisso com a cidadania (ROCHA; RIBEIRO, 2012).

Para os participantes da pesquisa não há unanimidade quanto ao conceito de preceptoria, uns definiram como sendo um espaço formal com dia e horários determinados, estando presentes também registros documentais dos encontros. Outros compreenderam a preceptoria como uma função que se realiza no cotidiano de trabalho com o residente, numa relação que se estabelece diariamente.

“Então, eu uso como estratégia preceptoria full time, sem registro específico, mas com um retorno, tem funcionado; eu nunca fiz uma preceptoria formal de uma hora, sempre fui contra isso (Participante 4) ”.

Na realidade a preceptoria ela é feita diariamente, eu penso que diariamente nós fazemos preceptoria, mas existe aquele momento formal que tu senta pra conversar, pra dar um feedback sobre o andamento das atividades, a gente senta pra combinar as coisas, pra alinhar as informações, pra dar um retorno positivo, pra dizer as coisas que ainda podem ser melhoradas, pra registrar tudo isso (Participante 8).

A gente faz... eu não faço, por exemplo, reunião de preceptoria, uma reunião formal, porque eu tô com a residente o tempo todo, então toda hora eu to dando feedback pra ela. Na legislação eu não me lembro se tem efetivamente alguma recomendação... acho que não tem de uma forma tão formal (Participante 7).

Nesse sentido, percebe-se que não há um engessamento quanto à realização da preceptoria, abrindo possibilidade para emergir as singularidades dos núcleos profissionais, bem como o exercício da autonomia dos preceptores com seus residentes. Entretanto, constata-se a necessidade de maior diálogo entre os preceptores no sentido de ampliar a discussão sobre modos de realização da preceptoria, buscando um conceito geral comum. Em estudo de revisão de literatura, foi constatado que o termo preceptoria necessita de uma definição mais consistente, visto que pode ser confundida com outros termos no campo da saúde (AUTONOMO *et al*, 2015). Segundo os mesmos autores, a preceptoria pode ser definida com base nos objetivos do trabalho a ser realizado e ao modo pedagógico de operacionalizá-los.

Assume-se que o ato da preceptoria por si só é um dispositivo que pode ser composto por um ou mais dispositivos. Dispositivo enquanto ferramenta que contempla o dito e o não dito, bem como a relação que se estabelece entre esses movimentos (FOUCAULT, 2010). Essa rede produz a existência de mudança de posições, bem como de transformação de funções. A preceptoria seja\ela realizada no cotidiano, seja formalizada com dia e horário definidos é um espaço de encontros e desencontros entre preceptores e residentes. Dessa forma, a complexidade do

dispositivo não está nas ações individualizadas dos sujeitos, mas sim na relação estabelecida entre as ações e os resultados dessa produção (KLEIN, 2007). As ações são sociais e não dos indivíduos, e no dispositivo cada um opera parte do conjunto de ações que o constituem.

“Acho que é ali na preceptoria que a gente vai poder falar sobre várias questões, não só discutir sobre os pacientes, mas de ver como o residente está indo, tanto nas aulas, como é que tá o TCR (trabalho de conclusão da residência) dele, se está com dificuldade, alguma coisa que a gente possa fazer ou buscar pra tá auxiliando esse momento. Acho que a preceptoria assim é fundamental pro residente se sentir acolhido, sanar suas dúvidas (Participante 12) ”.

“Esse momento de fala, da gente poder sentar e ter um momento pra poder trazer os casos, pensar em artigos, pensar em poder ter um espaço também de estudo pra dentro da preceptoria, tu poder ouvir, tu poder acolher aquelas demandas eu acho que isso, a comunicação ela é extremamente importante, seja de que forma for e principalmente esse espaço, esse momento a dois onde a gente se possibilita até o conhecimento, que é onde realmente a gente se conhece (Participante 6) ”.

“Eu acho que é imprescindível ser uma boa relação, sem dúvida, porque dali que tu vai... porque quando a gente faz uma preceptoria a gente não faz só dos processos educativos em relação a área, específicos, eu acho que tu faz muitas vezes preceptorias de relacionamentos aqui dentro de percepções e tu tem que lidar que é uma pessoa nova, muitas vezes insegura, mas que vem com uma bagagem de pessoas, de valores e isso as vezes tem choques aqui dentro (Participante 5) ”.

“O processo de preceptoria eu acho que é ter com quem contar. Como eu não tive na minha residência, é saber que o preceptor tá ali pra aquilo que for necessário nesse cenário de prática quando o residente não consegue resolver. Então, ter com quem contar, ter com quem discutir o caso com alguém que tenha tido uma bagagem a mais (Participante 11) ”.

Pelos recortes acima, constata-se a diversidade no conceito de preceptoria, no modo como ela é realizada e no seu potencial como dispositivo, visto multiplicidades que ali ocorrem. Aparecem questões ampliadas para além da assistência, do ensino relacionado com o acolhimento das demandas do residente. A dimensão relacional parece como importante no ato da preceptoria e no desenvolvimento profissional do residente.

Como dispositivos de ensino-aprendizagem, os preceptores de forma geral elencaram o estudo por meio da literatura, utilizando artigos científicos e capítulos de livros, a prática diária e discussão clínica de casos atendidos. Em estudo realizado com 327 preceptores de abrangência nacional, 76,90% afirmaram que a presença do aluno/residente qualifica seu processo de trabalho. Além disso, 89,50% utilizam bases de dados para se atualizar (GIROTTO, 2016).

Sabe-se que a consistência teórica é fundamental para traçar intervenções mais seguras e efetivas. Entretanto é o conjunto das trocas entre teoria, técnica e prática que propicia um processo de ensino e de aprendizagem com sentidos e significados para os atores envolvidos. Muitas mudanças já ocorrem no campo da educação, envolvendo o educador e o educando ao longo do tempo. Atualmente, considera-se como fundamental o envolvimento ativo e participativo do educando no seu processo de construção de conhecimento, sendo o educador um mediador e/ou facilitador desse processo (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015). No contexto da residência, podendo essa relação ser transposta para o preceptor e o residente, como duas pessoas que podem aprimorar os processos de ensino e de aprendizagem de forma conjunta e compartilhada. Constata-se, algumas vezes, que o preceptor pode se sentir inseguro por compreender esses processos de forma hierarquizada, como se o preceptor fosse o único detentor do saber (AUTONOMO *et al*, 2015).

“Eu cada vez mais uso a simulação realística como forma de acessar determinados conteúdos e auxiliar no ensino (Participante 2) ”.

“Eu pedi para um residente se candidatar pra ser o paciente e eu expliquei o que era uma Derivação Ventricular Externa, todo mundo pode pegar o cateter, manusear, os cuidados foram exemplificados de forma multiprofissional, eles foram questionando e se envolvendo. Eu gosto também de usar esses dispositivos que a gente tem e que torna mais interessante pro residente na realidade (participante 8) ”.

Aqui destaca-se o conceito de aprendizagem significativa, isto é, o processo precisa fazer sentido para a estrutura e realidade daquele indivíduo que aprende como algo natural. Também se torna importante nesse contexto, considerar as experiências e conhecimentos prévios dos mesmos. Assim, a utilização de metodologias ativas pode ser um dispositivo disparador da autonomia, tornando mais interessante a relação de ensinar e o aprender (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

Prática diária e discussão de casos são dispositivos elencados pelos preceptores para os processos de ensino e de aprendizagem com os residentes. São ferramentas potencializadoras dependendo da forma como são conduzidas. É nesse ponto que a metodologia ativa pode fazer a diferença no que diz respeito à construção conjunta e compartilhada de conhecimento e não a simples transmissão de informações, processo passivo e sem envolvimento afetivo. Constata-se que no

projeto político pedagógico não há descrição minuciosa dos dispositivos de ensino e de aprendizagem utilizados pelo programa, bem como das metodologias adotadas.

Em estudo realizado, residentes destacaram a importância das discussões de caso dos pacientes atendidos, visto possibilidades de intervenções de diferentes profissionais, podendo facilitar o trabalho em equipe (SILVA *et al*, 2015). A metodologia ativa possui como centro o aluno e suas necessidades, tendo como pressupostos a problematização e os processos críticos-reflexivos, transformando aquele que aprende, envolvendo-o no processo de forma ativa, participativa e criativa (MELO; SANT'ANA, 2012). O diário reflexivo pode ser um importante recurso de acompanhamento das atividades práticas e de atuação dos profissionais que integram as equipes. Possibilita que os residentes possam refletir e problematizar os relatos vivenciais, podendo ser um valioso instrumento na formação em saúde (OLIVEIRA *et al*, 2013).

Para se pensar na forma como são conduzidos os dispositivos de ensino e de aprendizagem com os residentes é importante refletir sobre os processos formativos dos preceptores do referido programa. Se a maioria dos participantes tiveram sua educação pautada nos modelos de transmissão de informações, dificilmente farão um processo distinto. Havendo, assim, a necessidade de problematização do grupo quanto às metodologias utilizadas enquanto construção conjunta com os residentes e transformadora de práticas inventivas.

Assim, na última direção serão apresentadas facilidades e dificuldades encontradas pelos preceptores nos processos de ensinar e de aprender com os residentes, tendo como ponto norteador, as peculiaridades do programa foco do estudo, o qual é destinado aos cuidados ao paciente crítico.

Direção III: *“Compreendendo os processos de ensinar e de aprender no contexto de atenção ao paciente crítico”*

Os preceptores do estudo caracterizaram os processos de ensinar e de aprender como uma construção conjunta, na qual se analisa as necessidades do grupo de residentes, tentando contemplá-las.

“Então eu acho que nesse momento a gente escuta todas as partes envolvidas, o exemplo então, do GT aula de campo: nós entendemos que a atividade A, B e C é muito importante, mas na prática do residente ele acha que a atividade D, E e F seria importante ter um pouco de embasamento, então a gente procura ter essa mobilidade e o ensino aprendizagem é

diário. Eu não só ensino, eu aprendo, da mesma forma o residente, ele não só ensina, ele aprende (Participante 3) ”.

Fizeram críticas relacionadas às disciplinas do eixo transversal, isto é, aquelas que são comuns a todos programas, pois afirmaram que as mesmas estão dissociadas da realidade dos diversos cenários de práticas dos residentes. Também colocaram questionamentos quanto à saída do residente da assistência, uma vez que ele está inserido em uma formação em serviço.

“E tem algumas coisas que ainda ficam, me parece um pouco apartadas que são do eixo transversal, que os alunos aprendem de uma forma e aí na vida real, ali com a gente eles veem que é outra (Participante 2) ”.

“Mas é óbvio que tem coisas que destoam, tiram bastante esse residente do seu foco, em especial as aulas, que esse residente tem fora do Campo. Então eu acho que isso são coisas que desabilitam o residente do seu foco principal. O foco é o que basta (Participante 4) ”.

Observa-se que os preceptores percebem uma desconexão entre as disciplinas de eixo transversal e a assistência prestada pelos residentes nos seus cenários de atuação. Considerando que as disciplinas são ministradas pelos tutores que compõem os diferentes programas de residência multiprofissional da instituição, talvez fosse necessário agregar a participação dos preceptores para que haja maior produção de sentidos e integração entre teoria e prática, visto particularidades das ênfases, bem como suas diferenças.

Pela legislação vigente, dentre carga horária total do residente, 80% é destinada à execução de atividades práticas/teórico-práticas e 20% teóricas (BRASIL, 2010). As consideradas teóricas são denominadas aquelas que se desenvolvem por meio individual ou em grupo para aquisição de conhecimento teórico/técnico. As teórico-práticas se caracterizam pela aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, podendo ser conduzidas por meio de diferentes metodologias de ensino-aprendizagem. Por último, as atividades práticas exercidas pelos residentes são as relacionadas com o treinamento em serviço sob a orientação de seu preceptor.

Como facilidades dos processos de ensinar e de aprender na relação com o residente na atenção ao paciente crítico, destaca-se a abertura ao aprendizado;

“Dos residentes estarem abertos, acho que essa é a questão; até pra daqui a pouquinho tu corrigir alguma coisa que não tá legal, até da própria assistência, “olha, faz isso, isso e isso”, não que eu saiba mais que aquela pessoa ali, que é um profissional já, mas que por já estar a mais tempo ali na unidade eu já conheço quais são as rotinas e os residentes

estarem abertos a isso, porque a gente sabe que nem sempre isso é possível (Participante 12)”.

O perfil parecido entre o preceptor e o seu residente;

“É muito mais fácil quando tu tem alguém que é parecido contigo, que pensa parecido contigo, mas se a pessoa não pensa parecido contigo, tu tem que pensar, fazer uma autoanálise tua, isso é o mais difícil (Participante 1) ”.

“A preceptoria é fonte de sentimentos ambivalentes e que irão depender do momento do preceptor e sua relação com o residente (trecho relato livre, Participante 2) ”.

O preceptor é o profissional responsável por converter o ambiente de assistência em ambiente de ensino para a prática profissional. Tem como função principal, mediar a formação e o desenvolvimento de habilidades clínicas dos residentes (DIAS *et al*, 2015). Nesse sentido, conforme ilustrações acima, a abertura aos processos de ensinar e de aprender, bem como relacionamento satisfatório da dupla parecem fazer a diferença no cotidiano de trabalho. Os processos de ensinar e de aprender necessitam levar em consideração cada residente em sua singularidade, caracterizando a diversidade nas relações estabelecidas com os preceptores, visto fluxos de entrada e de saída de residentes (AUTONOMO *et al*, 2015).

Domínio do processo de trabalho;

“A certeza de que eu sou apaixonada pelo o que eu faço, que eu tenho identificação com a área, que esse é o espaço que eu gostaria de estar, que é o que eu gosto de estudar, que é uma coisa que eu gosto de me dedicar isso é uma facilidade. Porque se eu não soubesse talvez eu não conseguisse ensinar, eu não sei, eu não ensino (Participante 1) ”.

Formação de origem, larga experiência clínica no cenário de prática, ser ex residente, vivência prévia e tempo de atuação como preceptor, são fatores que podem influenciar na qualidade da preceptoria (AUTONOMO *et al*, 2015).

Disponibilidade de recursos e de casos;

“As facilidades é a disposição que a gente tem dos recursos quase que ilimitados de bibliografia ali no sistema, a facilidade também, a gente tem muitos casos pra serem estudados (Participante 4) ”.

Em estudo, o qual considerou a percepção dos residentes no processo de aprendizado, os mesmos colocaram que realizar as práticas no ambiente hospitalar possibilita intervenções mais imediatas, além de ter melhores recursos para prestar assistência adequada aos pacientes (SILVA *et al*, 2015).

Como dificuldades, os preceptores expuseram o consenso do grupo;

“Então é muita gente pra equalizar, então acho que essa é a maior dificuldade com o residente quando a gente tá no grupo e o residente tá no grupo, porque as vezes mesmo ele não concordando com a maioria ele acaba tendo que, como vou dizer assim... o coletivo acaba sendo prevalente, se sobressaindo, mas ele não tem aquela visão. Acho que essa é a nossa maior dificuldade assim, é no grupo mesmo, porque é um grupo grande de pessoas e as áreas são muito complexas, muito diferentes (Participante 7) ”.

Evidencia-se a heterogeneidade do grupo, bem como as especificidades dos cenários de práticas. A heterogeneidade pode ser um fator potencialmente gerador de angústias e de dúvidas quanto à aprendizagem (AUTONOMO *et al*, 2015). SE é caracterizado como um local que funciona geralmente na lógica da superlotação, exigindo dos profissionais habilidades específicas para lidar com esse cenário potencialmente estressor, no qual exige respostas e ações rápidas e precisas. O CTI é descrito como um ambiente no qual prevalecem os ruídos, maquinários e pacientes potencialmente graves, exigindo monitoramento contínuo. Nesse sentido, pode se pensar que os dois cenários lidam com paciente críticos de forma diferente. Observa-se no recorte da entrevista com um dos preceptores o desafio de integração do grupo, visto singularidades dos cenários e dificuldades para a tomada de decisões compartilhadas. A identidade de grupo é bastante complexa e demanda tempo para ser constituída e consolidada (ZIMERMAN, 1999). No contexto da residência multiprofissional que há entrada e saída de residentes de forma sistemática, geram movimentos que podem culminar com a fragilidade e dissociação do grande grupo. Assim, torna-se importante a coesão daqueles que se mantém mais constantes, como os preceptores e tutores que compõem o programa.

A sobrecarga de trabalho;

“Como dificuldade, a sobrecarga de trabalho sobre os diversos membros da equipe, isso reflete na gente. A superlotação é uma coisa que traz um sofrimento bem importante (Participante 4). ”

“Então, não é do jeito que eu gostaria, eu gostaria de ter mais tempo, isso é uma limitação. Nesse sentido assim que é complicado; muita reunião, demanda assistencial, estagiários da graduação, tem Piccaps (curso de aperfeiçoamento profissional para graduados), então acaba que fica puxado (Participante 11) ”.

O estudo realizado corroborou a sobrecarga de trabalho pela dupla função, assistencial e de formação, exigindo maior disponibilidade em relação àqueles

profissionais que não exercem a função de preceptor (GIROTTI, 2016). A jornada de trabalho intensa para o profissional preceptor, abrangendo frágil incentivo institucional, pouca oferta de desenvolvimento e de formação de preceptoria (ARAÚJO *et al*, 2017). Segundo os mesmos autores, a escassez de tempo, visto o acúmulo de funções do profissional preceptor, pode fragilizar o seu desempenho no exercício da preceptoria. Em pesquisa realizada com preceptores, a sobrecarga de trabalho foi destacada como ponto negativo em relação ao exercício da preceptoria (TRAJMAN *et al*, 2009).

O preceptor é o profissional responsável pelas atividades práticas nos cenários de atuação, exercendo junto com os residentes, múltiplas ações e orientações. Possui duplo papel, pois realiza assistência em saúde, além de ensinar, orientar e servir como modelo para o residente (DIAS *et al*, 2015). Assim, as atividades educacionais do preceptor devem estar ancoradas na formação de profissionais em consonância com a legislação do SUS. Fica presente o acúmulo de funções dos preceptores podendo trazer prejuízo para o processo formativo dos residentes, transcendendo o trabalho prescrito (AUTONOMO *et al*, 2015).

Nos recortes acima, a sobrecarga de trabalho está relacionada com as demandas assistenciais, visto se tratar de um hospital referência para os pacientes que acessam os serviços de saúde pelo SUS, então geralmente o SE funciona acima de sua capacidade, exigindo dos profissionais uma adaptação diferenciada ao seu contexto de trabalho. Somado a isso, os profissionais contratados preceptores além de estarem envolvidos com a residência multiprofissional, podem estar envolvidos também com outras atividades de ensino, visto ser um hospital escola. Integrar todas essas funções no seu processo de trabalho, pode gerar no profissional preceptor o sentimento de insuficiência como constatado em uma das falas acima.

Ensinar a aprender ou aprender a ensinar? Os preceptores em cena

A oficina de devolução das informações coletadas, como produto principal do projeto de pesquisa, ocorreu em um espaço de reunião dos preceptores já existente no programa de residência, visando facilitar sua operacionalização. A data foi definida pelos preceptores e teve duração de uma hora, respeitando a disponibilidade institucional dos mesmos para a atividade.

Participaram da oficina nove preceptores, pois nem todos conseguiram se liberar da assistência, o que geralmente pode acontecer em função de serem os únicos responsáveis pelos seus serviços nos cenários de práticas em determinado turno.

Inicialmente, a pesquisadora apresentou as informações coletadas no estudo de forma breve e visual para introduzir a oficina. Após, os preceptores se reuniram em três trios para eleger uma problemática relacionada com a pesquisa desenvolvida, pensar sobre ela e traçar propostas de melhorias. Observou-se o movimento espontâneo dos mesmos de se reunir de forma multiprofissional para ampliar e diversificar a discussão. Durante esse momento, percebeu-se todos envolvidos na atividade, aproveitando o espaço de formação e de experimentação no cotidiano de trabalho na perspectiva da EPS. Foram entregues materiais gráficos para sistematização das produções. Produziram-se três cartazes durante a realização da oficina, os quais foram apresentados pelo relator escolhido de cada grupo.

O primeiro trio escolheu como tema para debater os processos de ensino-aprendizagem da residência nos diferentes cenários (SE e CTI), elencando dois dispositivos, os quais são: os estudos de casos e os *rounds* com as equipes. Colocou como pontos fortes dos estudos de casos a maior integração da equipe, a ampliação do conhecimento técnico-científico e a participação dos preceptores. Como pontos de melhoria, foram colocadas a maior participação da equipe médica, a efetividade dos estudos de casos nos cenários de práticas e a necessidade de compartilhar as discussões realizadas com as equipes de saúde como um todo e não só com os envolvidos na residência.

O estudo de caso é um dispositivo de ensinar e de aprender utilizado pelos preceptores de modo a qualificar a assistência prestada ao paciente crítico. Envolve uma situação de contexto real, favorecendo o desenvolvimento de habilidades como resolução de problemas, tomada de decisão, capacidade de argumentação e trabalho em equipe (VASCONCELOS *et al*, 2015). No contexto da residência em questão, os residentes são estimulados a serem proativos na condução da atividade.

Nos *rounds*, identificaram-se a sua padronização, a integração da equipe e o plano de cuidado compartilhado como pontos fortes. A melhor integração ao plano de cuidado dos pacientes com a equipe médica, a pontualidade e mais

oportunidades de participação dos preceptores foram evidenciados como pontos a aprimorar.

Os *rounds* são espaços de encontro diário das equipes multiprofissionais nos cenários de práticas. É um momento no qual é discutida a evolução dos quadros clínicos e do contexto de saúde ampliado dos pacientes. Caracteriza-se por ser mais breve e objetivo, visando traçar e refletir sobre intervenções efetivas ao paciente e/ou sua família naquele determinado momento.

Observa-se que os preceptores elencaram os dois dispositivos acima como potencializadores de integração da equipe (residentes como parte da equipe). Entretanto, pontuaram uma segregação entre médicos e outros profissionais da área da saúde, podendo estar relacionada com o contexto histórico-cultural do nascimento do hospital, concepções de saúde/doença e atravessamentos institucionais. Essa dissociação da equipe de saúde entre médicos e não médicos, interferindo nos processos de atuação integrada no que diz respeito às tomadas de decisão conjunta em relação ao paciente crítico, também foi constatada em outro programa de residência com perfil semelhante ao da presente pesquisa, esse no Estado do Mato Grosso do Sul, sendo um desafio a ser superado (CHEADE, 2013). Nesse sentido, parece que os canais de comunicação e de articulação da equipe como um todo carecem de maiores investimentos. Para trabalhar de forma articulada, contemplando todos os profissionais atores de uma instituição universitária, parecem ser necessários disponibilidade e movimentos de desacomodação por meio de espaços formadores no cotidiano de trabalho. No projeto político pedagógico da residência, foco do estudo, se constata algumas vezes a utilização da lógica da multiprofissionalidade como base de sua estrutura, já sugerindo um modelo de práticas mais compartimentado, sendo interessante um movimento do programa em direção à interprofissionalidade. Nesse contexto, as relações de ensinar e de aprender ocorrem de forma integrada e compartilhada, propiciando tomadas de decisão em conjunto, uma vez que ocorrem trocas e reflexões, sendo mais favoráveis ao contexto e realidade da comunidade como produção de sentidos e transformação no pensar a saúde (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2015).

Outro ponto a destacar é como se processam os dois espaços, visto que no estudo de caso, por ser uma atividade conduzida pelo programa de residência, os preceptores estão mais envolvidos, uma vez que são os facilitadores do encontro

com os residentes e nem sempre contam com a presença do médico assistente e/ou responsável. Já os *rounds* são conduzidos pelos médicos e geralmente são os residentes que participam por estarem imersos nos cenários de práticas, diferentemente de alguns profissionais preceptores que atuam também em outras áreas no hospital.

O segundo trio optou por problematizar a preceptoria. Colocou que tanto a preceptoria no cotidiano de trabalho quanto a preceptoria com horário e dia definidos devem ser ambas valorizadas. Pontuou que a última é muito importante para formalização e documentação dos processos. Entretanto, o grupo reiterou que a preceptoria no cotidiano com o residente é muito importante, visto que a residência tem como pressuposto a formação em serviço.

Esse parece ser um ponto que necessita de maior discussão coletiva entre os preceptores, pois não há um conceito geral comum. O conceito geral comum não visa uma padronização, mas sim um direcionamento de modo a facilitar os processos reflexivos no que se refere ao dispositivo da preceptoria na formação do residente.

O último trio situou três pontos a serem melhor problematizados enquanto preceptores. Questionou a aproximação do eixo teórico transversal da residência com os cenários de práticas, bem como o envolvimento dos preceptores nesse processo. Além disso, constatou a falta de treinamento para gestão de equipes, visto a complexidade das relações interpessoais e dos grupos dentro do programa. Acrescentou maior valorização da instituição para o profissional contratado que exerce a função de preceptor, visto aumento da exigência por disponibilidade e investimento na formação do residente. Aqui, foram selecionados também alguns fragmentos dos relatos escritos dos participantes durante a realização da pesquisa para ilustração de suas reivindicações, visto que o último trio anunciou um posicionamento mais ético e político da função de preceptor, caracterizando-se posteriormente do grupo como um todo.

“Percebe-se nessa atividade de preceptor, que o profissional contratado não tem uma valorização adequada ou até mesmo um reconhecimento dessa atividade árdua e prazerosa de formação em saúde (trecho relato escrito, participante 3) ”

“Como crítica construtiva, poderia dizer que talvez sinta a falta de um maior apoio pedagógico a quem como eu exerce a função de preceptor pela primeira vez. (Trecho relato escrito, participante 9) ”.

“Também cabe ressaltar que até pouco tempo não tínhamos nenhum incentivo para sermos preceptores. Diferente de outras instituições com programas de residência não temos incentivo financeiro. Recentemente o tempo de atuação como preceptor tem tido pontuação para o crescimento de carreira, mas isso é recente. Acho importante também ressaltar que não existe capacitação para preceptores, o que é uma falha do programa/campo (trecho relato escrito, participante 6) ”.

Além da produção na oficina, os recortes dos relatos livres evidenciaram os pontos elencados pelo último trio, principalmente no que tange os atravessamentos do ser preceptor e da forma como o mesmo se percebe institucionalmente. Geralmente, o preceptor possui muitas exigências, entretanto há pouco investimento em capacitação, qualificação, formação pedagógica e didática, não há remuneração adicional para esses profissionais, visto que há a crença de que para ser preceptor basta ser um bom profissional de saúde (DIAS *et al*, 2005).

Constata-se que as três produções realizadas no momento de oficina denotam a necessidade de maior investimento na formação e no reconhecimento do profissional preceptor na instituição, assim como os processos de ensinar e de aprender na relação com os residentes.

Após a apresentação dos cartazes de cada trio, abriu-se para a discussão ampliada com o grupo como um todo. Elencaram e debateram como pontos a serem problematizados pela coordenação do programa:

- 1) Valorização e disponibilidade: não diferenciação institucional entre o profissional contratado e contratado preceptor;
- 2) Falta de comunicação: necessidade de maior diálogo entre os preceptores, utilizando espaços formativos como ferramentas/dispositivos;
- 3) Dissociação entre o eixo teórico transversal com a realidade assistencial dos cenários de práticas;
- 4) Gestão de equipes: necessidade de suporte para a construção conjunta dessa área de conhecimento.

A proposta de oficina com os preceptores foi valorizada pelos mesmos como um espaço no qual puderam se sentir olhados, escutados e acolhidos, uma vez que neste momento foram os atores principais do encontro. Geralmente, os preceptores estão boa parte da sua carga horária envolvidos com a assistência ao paciente ou com a formação de pessoas, podendo ser estagiários, alunos graduados em curso de aperfeiçoamento e residentes. Ter um espaço instituído, potencializador de encontros e de diálogos e com intuito formativo parece ir ao encontro das demandas

dos participantes da pesquisa. Assim, a EPS pode emergir como estratégia pedagógica para a formação dos preceptores capaz de produzir mudanças de práticas de atenção, de educação e de gestão (LUCENA *et al*, 2016). Para os autores, problematizar, construir novos pactos de convivência e de práticas, valorizar saberes locais e o cotidiano de trabalho parecem ser elementos fundamentais para mudanças e transformações na saúde. Em pesquisa realizada, preceptores pontuaram que a preceptoria, como sua atribuição, deveria ser incorporada no processo de trabalho enquanto EPS (TRAJMAN *et al*, 2009). O protagonismo dos preceptores é muito importante na residência multiprofissional, visto que é o responsável pela interlocução entre ensino-serviço e propicia as reflexões acerca das vivências, estando na linha de frente dos processos de ensinar e de aprender com os residentes (ARAÚJO *et al*, 2016).

A EPS tem como pressuposto a qualificação do processo de trabalho levando em consideração a aprendizagem cotidiana e comprometida com os sujeitos envolvidos. Dessa forma, ao reconhecer o cotidiano como potência, abre possibilidade para o acolhimento das demandas e necessidades locais, favorecendo a criatividade e formação de sentidos para o trabalho em ato. A EPS é considerada como importante estratégia que visa estabelecer transformações nos processos de trabalho, nos quais se espera atuações mais críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e potentes (CECCIM, 2005a). Faz-se necessária uma construção de relações conjuntas, as quais precisam do envolvimento de diferentes processos, implicando trabalhadores e práticas organizacionais, institucionais e políticas de saúde (CECCIM, 2005b). Além disso, é importante que possa ser considerada a realidade, suas mutações e dinamicidade dos processos que envolvem a saúde.

Para colocar a EPS em prática é fundamental o contato com os desconfortos e a ineficiência dos modos presentes do fazer e/ou pensar os processos de trabalho (CECCIM, 2005b). Dessa forma, observou-se diante da oficina realizada que há uma insatisfação dos preceptores quanto a sua formação e valorização junto às questões institucionais. Perceberam a necessidade de espaços de composição coletiva, nos quais possam ter suas necessidades problematizadas. Sinalizaram um pedido para efetivação de seu protagonismo, de estar também em situação de aprender a aprender e de aprender a ensinar.

Nessa direção, pode-se propor que para aprender é preciso (des)aprender determinadas formas de viver e atuar nas dinâmicas dos serviços e da formação em

saúde. Paraíso (2011), chama a atenção para o fato de que os processos de aprendizagens, nos quais estamos envolvidos em diferentes contextos, implicam desaprendizagens. No entender da autora, aprender envolve:

[...] abrir-se e refazer os corpos, agenciar atos criadores, refazer a vida, encontrar a diferença de cada um e seguir um caminho que ainda não foi percorrido [...] abrir-se à experiência com “um outro”, com “outros”, com uma coisa qualquer que desperte o desejo. (PARAÍSO, 2011, p. 147).

De acordo com Meyer e Cols (2018), é possível dizer que tudo o que se ensina, o que se aprende e o que se faz está ancorado em saberes e práticas parciais e provisórias, que resultam de disputas travadas em diversos âmbitos do social e da cultura. Admitir isso não é simples, pois, quando se trata de educar, em quaisquer âmbitos e relações, coloca-se a necessidade de mudar a lógica de pensamento em relação a vários aspectos já aprendidos e inventados. Portanto, com o propósito e na perspectiva de fomentar processos de ensino e de (des)aprendizagem, de reflexão crítica, de recriação e de invenção de fazeres na implementação de políticas públicas, foi que se investiu no recorte de uma noção ampla de educação, circunscrevendo-a a um processo educativo que se desenvolve no e por meio do trabalho.

Assim, diante das produções resultantes da oficina, foi redigido um relatório pela pesquisadora com as demandas dos preceptores, a fim de ser entregue à coordenação geral dos programas de residência multiprofissional da instituição. Assume-se que o protagonismo dos preceptores é elemento fundamental para a construção do conhecimento e para a formação do residente, por meio de uma relação dialógica, necessitando aporte teórico metodológico adequado (ARAÚJO *et al*, 2017). Os participantes da pesquisa se mostraram cientes e concordaram com esse movimento de oficialização do que foi produzido, enquanto dispositivo de visibilidade e de enunciação de suas reivindicações e constatações. Isso é parte da produção de cartografia, uma vez que sua análise permitiu desvendar situações problemas e torná-las potencialmente produtoras de sentidos e de transformações.

Segundo Ceccim (2018), a preceptoria enquanto função deveria ser contemplada em política e ressaltada em todos os programas de residência multiprofissional, visando reflexões e discussões, uma vez que se trata de um espaço importante na formação do residente. Somado a isso, a valorização do preceptor pressupõe certificação pelo trabalho desenvolvido e apoio à sua formação. Nesse relatório, foi sugerido como proposta um programa de EPS para os

preceptores no cotidiano de trabalho, contemplando espaços de discussões e reflexões para que possam se sentir acolhidos e melhor respaldados no seu fazer e na sua função de educadores na área da saúde, utilizando os pressupostos das metodologias ativas e aprendizagem significativa como possíveis direções dos encontros. Somado a isso, considerando que uma das funções do tutor, conforme legislação vigente, é auxiliar no planejamento de ações de educação permanente para preceptores, pensou-se em inseri-lo no desenvolvimento desse programa como potência para sua elaboração e execução (BRASIL, 2012).

Finalizando o processo

O presente artigo, por meio do traçado de uma cartografia, teve como propósito colocar os preceptores em cena, isto é, em evidência. Chamar a atenção para os profissionais que são formadores de outros profissionais na área da saúde. Enunciar a falta de investimento na formação dos preceptores, bem como o não reconhecimento do exercício de sua função e da complexidade da mesma. Provocar a reflexão da importância da formação dos preceptores na formação dos residentes. Como o não educar pode educar?

Os processos educativos no cotidiano de trabalho na área da saúde são fundamentais para transformações das práticas e qualificação do SUS. Para que a residência multiprofissional em saúde possa realmente cumprir com suas diretrizes enquanto dispositivo de EPS, parece ser necessário que os preceptores também sejam investidos na mesma perspectiva, não seria coerente? De acordo com a pesquisa apresentada e com o produto realizado por meio de oficina com os preceptores, parece ser essa uma das grandes questões, estando também associada com a construção da identidade do preceptor.

Outro ponto destacado foi o exercício da preceptoria enquanto dispositivo, como ela é compreendida e como ela acontece, bem como os dispositivos de ensino e de aprendizagem utilizados pelos preceptores na relação com os residentes. Na legislação não há um conceito formal de preceptoria, assim como foi identificado que os participantes não possuem um conceito geral comum. Quanto aos processos de ensinar e de aprender, observou-se que há um movimento de construção de maior protagonismo dos residentes no seu processo formativo.

Quanto às especificidades da instituição hospitalar e do programa de residência multiprofissional com enfoque na assistência ao paciente crítico,

constatou-se profissionais preceptores com ampla experiência clínica com necessidade de investimento pedagógico para o exercício de sua função de educadores nesse contexto. Embora alguns preceptores possuam titulação de mestres e/ou doutores, é importante salientar que a experiência com pesquisa ou, até mesmo, na docência no ensino superior, não é equivalente à função de preceptor.

Esta pesquisa teve como particularidade um público específico dentro de uma instituição na qual possui outros programas de residência multiprofissional em saúde, sendo interessante a ampliação do estudo para compreensão do contexto global. Somado a isso, pensa-se que pesquisas agregando conjuntamente as percepções dos residentes e dos tutores possam confluir para um panorama mais completo dos processos de ensinar e de aprender na instituição.

Concluo este escrito tentando integrar minhas percepções e lugares ocupados em diferentes momentos enquanto residente egressa, ex preceptora e pesquisadora. Certamente, a temática que envolve os preceptores, sua formação e seu papel de educador na saúde não se esgota por aqui. Entretanto, movimentos de desacomodação e reflexões foram produzidos em todos os atores envolvidos na pesquisa, cumprindo também com o seu papel social e transformador de realidades.

REFERÊNCIAS

AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. da. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Congresso Avanços Tecnológicos em Saúde e Educação**, v. 11, supl. 1, 2012.

ARAÚJO, T. A. M. de. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e de preceptores. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

AUTONOMO, F. R. de. O. M. *et al.* A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.

BARROS, R. D. B. de. Dispositivos em Ação: O Grupo. In SILVA, A. et al. (Orgs.), **Subjetividade: Questões Contemporâneas**. São Paulo: Hucitec, p.183-191, 1997.

BARROS, L. M. R. de.; BARROS, M. E. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25 – n. 2, p. 373-390, 2013.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p. 52-75, 2009.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante no ensino superior. **Cairu em revista**, n. 4, p. 119-143, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS n 3 de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção I, p. 14-15.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS n 2 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci**, n. 40, v. 3, p. 229-233, 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

_____, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, 2005b.

CHEADE, M. de. F. M. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3. p. 592-595, 2013.

DIAS, A. R. N. *et al.* Preceptoria em saúde: percepções e conhecimento dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. **Revista Educação Online**, n. 19, p. 83-99, 2015.

FARIAS, P. A. M. de.; MARTIN, A. L. de A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2010.

GIROTTI, L. C. **Preceptores do sistema único de saúde-** como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. São Paulo, 2016. Dissertação - Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R. de; BESSET, V. L. (Orgs.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p. 32-51, 2009.

KLEIN, O. J. A gênese do conceito de dispositivo e sua utilização nos estudos midiáticos. **Estudos em comunicação**, n. 1, p. 215-231, 2007.

LIMA, P. A. de B.; ROZENDO, C.A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pro-PET-Saúde. **Interface (Botucatu)**, n. 19, supl 1, p. 779-791, 2015.

LOURAU, R. **Analista em tempo integral**. ALTOÉ, S. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2004.

LUCENA, K. D. T. de. *et al.* Processo de formação para a educação permanente em saúde: relato de experiência. **Revista Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 6, p. 2247-2252, 2016.

LYSAKOWSKI, S.; CAREGNATO, R. C. A.; SUDBRACK, A. W. O contexto do ensino na saúde no Brasil: da origem à atualidade. In ALMEIDA, A. do N.; CAREGNATO, R. C. A. (Orgs). **Ensino na saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço**. Porto Alegre: Moriá, p. 121-136, 2016.

MELO, B. de. C; SANT'ANA, G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Com. Ciências Saúde**, v. 23, n. 4, p.327-339, 2012.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional — o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica. **Rev Bras Educ Méd**. v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011.

MORAES JR, J. de A. Para uma análise cartográfica da subjetividade na escola a partir de Nietzsche, Deleuze e Guattari. **Saberes**, v. 1, n. 6, p. 53-64, 2011.

OLIVEIRA, F. G. V. C. de. *et al.* A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 17, n. 44, p. 201-209, 2013.

PARAÍSO, M. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, Carlinda et al. (org.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. p. 147-160.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.), **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p 17-31, 2009.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. do. A prática educativa dos preceptores em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.4, p.161-165, 2013.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev Bras Educ Méd.** v.36, n.3, p. 343-350, 2012.

ROMAGNOLI, R, C. A Cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

SILVA, J. C. *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 2, p. 132-138, 2015.

TRAJMAN, A. *et al.* A preceptoria na rede básica da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p.24-32, 2009.

VASCONCELOS, Y. L. *et al.* Método de estudo de caso como estratégia de ensino, pesquisa e extensão. **UNOPAR Cient. Ciênc. Human. Educ.**, v. 16, n. 1, p. 49-59, 2015.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

6 CAMINHO V: CONCLUINDO A TRAJETÓRIA

Foram desenvolvidos cinco caminhos para completar esta trajetória do mestrado profissional em ensino na saúde. Caminhos esses que foram sendo compostos ao longo dos dois anos, os quais foram permeados pela experiência profissional da pesquisadora, pelas disciplinas, seus conteúdos e metodologias de aprendizagem, pelas trocas compartilhadas com colegas e professores e, não menos importante, com meu orientador. Orientador que foi um facilitador do processo, que contemplou dentro da nossa construção conjunta afeto, respeito e incentivo. Acreditou no meu potencial e favoreceu o exercício de autonomia e de autoria deste escrito.

Os caminhos são compostos por muitas direções e sentidos que podem te levar a um determinado lugar. A finalidade desta dissertação foi propiciar uma reflexão e ampliar a discussão acerca dos processos de ensinar e de aprender na relação que se estabelece entre preceptores e residentes, na visão dos primeiros e que, certamente, não se esgota por aqui. Há muitas rotas, possibilidades, encontros e desencontros que envolve a complexidade de se relacionar em um contexto de formação em serviço.

O contexto da residência multiprofissional no ambiente hospitalar merece mais atenção dos pesquisadores, visto contar com especificidades institucionais, relações de poder, atravessamentos políticos, culturais e históricos no que diz respeito ao campo da saúde. Tudo isso permeia a formação de novos profissionais para atuar no SUS. Nesse sentido, as problematizações da residência deveriam estar para além do nível assistencial.

A atenção ao paciente crítico, ênfase de vários programas de residência multiprofissional espalhados pelo nosso país, também carece de olhares. Atuar no contexto de áreas fechadas no hospital, como o SE e CTI, com predomínio de tecnologias duras, pautado em procedimentos e maquinários, é um desafio. Inserir o afeto, a sensibilidade, o acolhimento, não só direcionado aos pacientes e às famílias, mas também aos residentes, é algo a ser problematizado por todos os atores envolvidos. Estar diante da linha tênue entre a vida e a morte todos os dias aciona a própria finitude, o que pode mobilizar muitos sentimentos, sendo necessário um espaço de investimento em saúde mental, podendo ser composto pelos preceptores,

residentes e tutores, pois todos estão inseridos nos mesmos cenários. Acredita-se que esse espaço possa aproximar, promover uma relação mais dialógica, uma vez que o humano entra em cena e se torna protagonista em detrimento das altas tecnologias de suporte à vida ou, eu diria também, à morte em determinadas situações.

Neste trabalho, optou-se por colocar em cena e como ator principal o preceptor. Durante a vivência como residente, fui me aproximando das funções do preceptor. Hoje, penso que muitas das minhas inquietações estavam relacionadas com a falta de investimento neste profissional formador, que forma, no entanto, geralmente não é formado. Muito pelo contrário, é exigido e não valorizado.

Desenvolver esta pesquisa foi muito prazeroso. Fui bem acolhida pelos preceptores e por todos aqueles envolvidos no programa de atenção ao paciente crítico. Além de ter sido acolhida enquanto pessoa e residente egressa, o projeto foi bem aceito, talvez por ir ao encontro de uma necessidade emergente. De demonstrar documentalmente a demanda que ali se encontra in(visível), mas que agora pode ter sua visibilidade e seus desdobramentos.

Eu me transformei enquanto pesquisadora, escutar meus ex preceptores em outro lugar fez muita diferença, pois as falas também se fizeram diferentes. Não só pelo tempo que se passou da época em que fui residente, mas porque perceberam na pesquisa uma possibilidade de mudança e de movimentação. Houve um processo de confiança mútuo que resultou em um grande trabalho, o meu mestrado em ensino na saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. A. M. de. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e de preceptores. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

BARROS, L. M. R. de.; BARROS, M. E. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2013.

BISPO, E.P.F; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 18(49), 337-350. Epub March 10, 2014.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor- quais são os seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS n 3 de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção I, p. 14-15

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS n 2 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25.

_____. **Resolução nº 466, de 11 e 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de saúde. Brasília: Distrito Federal.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS n 7 de 13 de novembro de 2014**. Dispõe sobre os Processos de Avaliação, Supervisão e Regulação de Programas de Residência em

Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov. 2014. Seção I, p.12.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000 .

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci**, n. 40, v. 3, p. 229-233, 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

_____. Ligar gente, lançar sentido: onda branca da guerra. **Interface**, v. 13, n. 28, p. 213-237, 2009.

_____. *et al.* **Preceptoria e tutoria: ação docente nas residências em saúde**. 2018.

DELEUZE, G. **Que és um dispositivo?** Barcelona: Gedisa, 1990.

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2010.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R. de; BESSET, V. L. (Orgs.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008.

KLEIN, O. J. A gênese do conceito de dispositivo e sua utilização nos estudos midiáticos. **Estudos em comunicação**, n. 1, p. 215-231, 2007.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LUCENA, K. D. T. de. *et al.* Processo de formação para a educação permanente em saúde: relato de experiência. **Revista Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 6, p. 2247-2252, 2016.

LYSAKOWSKI, S.; CAREGNATO, R. C. A.; SUDBRACK, A. W. O contexto do ensino na saúde no Brasil: da origem à atualidade. In ALMEIDA, A. do N.; CAREGNATO, R. C. A. (Orgs.). **Ensino na saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço**. Porto Alegre: Moriá, p. 121-136, 2016.

MACHADO, J. de. F. F. P. *et al.* Educação permanente no cotidiano da atenção básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 102-113, 2015.

MARCELLO, F. de. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 1, p. 199-213, 2004.

MEYER, D, E. *et al.* Quem aprende o que e com quem? Educação permanente em saúde e intersetorialidade como desafios políticos-pedagógicos. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 12, n. 31, p. 104-119, 2018.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3. p. 303-310, 2011.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. de. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo de caso de Sobral, CE. **Saúde, Sociedade**, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012.

PARENTE, J.R.F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde na família. **Sanare**, v.7, n.2, p. 47-53, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.), **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p 17-31, 2009.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em psicologia**, n. 1, p. 85-102.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. do. A prática educativa dos preceptores em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.4, p.161-165, 2013.

RODRIGUES, T. de F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, v.15, n. 1, p. 71-82, 2016.

ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Recom**, v. 2, n.3. p. 463-474, 2012.

ROMAGNOLI, R, C. A Cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

SARMENTO, L. F. *et al.* A distribuição regional da oferta de formação na modalidade residência multiprofissional em saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 415-424, 2017.

SILVA, G. T. R. da; ESPÓSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

TRAJMAN, A. *et al.* A preceptoria na rede básica da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p.24-32, 2009.

APÊNDICE A – Ficha de caracterização do perfil dos participantes

- 1) Sexo
 Masculino
 Feminino
- 2) Idade
- 3) Profissão
- 4) Tempo de conclusão da graduação e qual universidade?
- 5) Descrição dos cursos de pós-graduação realizados
 Especialização. Qual?
 Mestrado. Área?
 Doutorado. Área?
- 6) Possui residência multiprofissional? Se sim, qual programa e ênfase?
- 7) Possui experiência prévia em outra instituição como preceptor? Se sim, por quanto tempo?
- 8) Quanto tempo exerce a função de preceptor na presente instituição?
Recebeu algum tipo de treinamento/capacitação?
- 9) Já realizou algum curso de formação de preceptores? Se sim, qual estrutura e/ou formato?
 Capacitação em forma de curso com módulos e carga horária definida
 Treinamento em forma de palestras com temas previamente definidos
 Oficinas
 Rodas de conversa
 Outros. Qual?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

Rapport – Agora iremos realizar uma entrevista semiestruturada na qual terão questões referentes à tua experiência como preceptor no Campo Adulto Crítico da RIMS/HCPA. Podemos começar?

- 1) Como é ser preceptor para ti?
- 2) Como tu te caracterizaria como preceptor?
- 3) De que forma tu percebes os processos de ensinar e de aprender dos residentes no Campo Adulto Crítico?
- 4) O que tu pensas a respeito da preceptoria no processo formativo do residente?
- 5) Quais dispositivos de ensino em saúde utilizados por ti na formação dos residentes?
- 6) Quais facilidades e dificuldades encontradas no processo de ensinar e de aprender na relação com o residente no Campo Adulto Crítico?
- 7) Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “CARTOGRAFANDO O PROCESSO DE ENSINAR E DE APRENDER EM ÁREAS CRÍTICAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: A PRECEPTORIA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE” O estudo tem como objetivo principal analisar os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores na formação de residentes que compõem a área de concentração Adulto Crítico da RIMS/HCPA.

Sua participação na pesquisa não envolve nenhuma implicação financeira. A participação consistirá em respostas a uma entrevista semiestruturada que será realizada em sala do Centro de Pesquisa Clínica do HCPA em horário que não acarrete prejuízo assistencial com duração aproximada de 30 a 60 minutos, sendo gravada em áudio digital e, posteriormente, transcrita. Também será preenchida uma ficha com dados pontuais de caracterização dos participantes, contemplando sua formação profissional. Serão solicitados relatos escritos breves de vivências como preceptor de tema a ser escolhido pelos participantes da pesquisa. Após a coleta de dados, os participantes serão convidados a participar de oficinas de devolução do material pesquisado conforme perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

As informações obtidas no estudo serão confidenciais, mantendo-se o anonimato quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou discussões afins. A qualquer momento você pode desistir de participar do estudo sem prejuízo do vínculo trabalhista mantido com a instituição, bem como solicitar maiores esclarecimentos aos pesquisadores sempre que julgar necessário. Sua participação contribuirá para o aumento do conhecimento sobre dispositivos de educação em saúde utilizados na formação de residentes na residência multiprofissional no contexto hospitalar. Esta pesquisa não oferece riscos significativos e, diante qualquer desconforto, o participante poderá retirar seu consentimento se assim desejar.

Os pesquisadores responsáveis são: Priscila Viegas Kercher e Luiz Fernando Calage Alvarenga. Você pode contatá-los através dos telefones (51)984781980 ou (51)991864114. Para esclarecimentos adicionais, você poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA localizado no 2º andar na sala 2227 com horário de

funcionamento das 8h às 17h de segunda à sexta ou contatá-lo através do seguinte número (51) 3359 7640.

Você assinará duas vias deste documento, ficando uma sob sua posse e outra com os pesquisadores.

Eu,, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada, aceitando participar da mesma conforme os aspectos acima descritos.

Nome do(a) Participante:

.....
Assinatura do Participante

Nome do(a) Pesquisador(a):

.....
Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Porto Alegre, ____ de _____ 201_.

APÊNDICE D - Breve relatório de pesquisa e do produto principal

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Priscila Viegas Kercher
Orientador Luiz Fernando Calage Alvarenga

Breve descrição do projeto de pesquisa realizado

1) Título

“Cartografando o processo de ensinar e de aprender em áreas fechadas no contexto hospitalar: os preceptores em cena”.

2) Objetivo geral

Analisar os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores na formação de residentes que compõem o programa de residência integrada multiprofissional em saúde do adulto crítico.

2.1. Objetivos específicos

Descrever como preceptores percebem sua identidade na relação de ensino e de aprendizagem que se estabelece com os residentes.

Identificar como preceptores visualizam os processos de ensino em saúde dos residentes na formação em serviço.

Elencar dificuldades e facilidades, bem como estratégias utilizadas pelos preceptores nos processos de ensinar e de aprender, considerando as particularidades do Campo Adulto Crítico.

Organizar e desenvolver uma oficina de devolução do material pesquisado para os preceptores na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

3) Metodologia

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, o qual foi elaborado por meio da composição de uma cartografia. O campo de estudo foi o programa de residência integrada multiprofissional em saúde do Adulto Crítico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA (cenários de prática: serviço de emergência e centro de tratamento intensivo de adultos), tendo como participantes da pesquisa, os preceptores. Os instrumentos de coleta foram ficha de caracterização da amostra, entrevista semiestruturada com os preceptores, relato entregue por escrito da experiência de ser preceptor e análise do projeto político pedagógico do programa.

Categorias surgidas após a análise das informações – as mesmas foram denominadas de direções, visto composição da cartografia.

1) Direção I: *“Formando a identidade de preceptor”* ;

2) Direção II: *“Construindo a preceptoria na formação dos residentes”* ;

3) Direção III: *“Compreendendo os processos de ensinar e de aprender no contexto de atenção ao paciente crítico”*.

Produto da pesquisa – oficina com os preceptores

A oficina de devolução das informações coletadas, como produto principal do projeto de pesquisa, ocorreu em um espaço de reunião dos preceptores já existente no programa de residência, visando facilitar sua operacionalização. A data foi definida pelos preceptores e teve duração de uma hora, respeitando a disponibilidade institucional dos mesmos para a atividade.

Participaram da oficina nove preceptores, pois nem todos conseguiram se liberar da assistência, o que geralmente pode acontecer em função de serem os únicos responsáveis pelos seus serviços nos cenários de práticas em determinado turno.

Inicialmente, a pesquisadora apresentou as informações coletadas no estudo de forma breve e visual para introduzir a oficina. Após, os preceptores se reuniram em três trios para eleger uma problemática relacionada com a pesquisa desenvolvida, pensar sobre ela e traçar propostas de melhorias. Observou-se o movimento espontâneo dos mesmos de se reunir de forma multiprofissional para ampliar e diversificar a discussão. Durante esse momento, percebeu-se todos envolvidos na atividade, aproveitando o espaço de formação e de experimentação

no cotidiano de trabalho na perspectiva da EPS. Foram entregues materiais gráficos para sistematização das produções. Produziram-se três cartazes durante a realização da oficina, os quais foram apresentados pelo relator escolhido de cada grupo.

Posteriormente à apresentação dos cartazes de cada trio, abriu-se para a discussão ampliada com o grupo como um todo. Elencaram e debateram como pontos a serem problematizados pela coordenação do programa:

- 5) Valorização e disponibilidade: não diferenciação institucional entre o profissional contratado e contratado preceptor;
- 6) Falta de comunicação: necessidade de maior diálogo entre os preceptores, utilizando espaços formativos como ferramentas/dispositivos;
- 7) Dissociação entre o eixo teórico transversal com a realidade assistencial dos cenários de práticas;
- 8) Gestão de equipes: necessidade de suporte para a construção conjunta dessa área de conhecimento.

Tendo em vista, a pesquisa e oficina realizadas com os preceptores, sugere-se a implantação sistemática de um **Programa de Educação Permanente** voltado aos preceptores mediante:

- Diagnóstico de suas necessidades, visto seu compromisso ético com a formação dos residentes;
- Valorização do cotidiano de trabalho, como espaço potencializador para a formação dos preceptores;
- Utilização de metodologias ativas de ensino e de aprendizagem, uma vez que favorece processos de reflexão crítica e transformadora da realidade;
- Envolvimento dos tutores como facilitadores do processo.

ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cartografando o processo de ensinar e de aprender em áreas fechadas no contexto hospitalar- a preceptoría como dispositivo de educação permanente em saúde

Pesquisador: Luiz Fernando Calage Alvarenga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81429717.8.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.510.622

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa (Proposta de Dissertação) de Priscila Viegas Kercher, orientada pelo Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga, junto ao PPG Ensino na Saúde/UFRGS (Mestrado Profissional). O projeto possui como foco principal a função exercida por preceptores na formação de residentes em áreas fechadas no contexto hospitalar (número de participantes = 14 preceptores que compõem a área de concentração Adulto Crítico da RIMS/HCPA).

Pesquisa intervenção. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

Trata-se de um projeto de natureza qualitativa, tendo como método a construção de uma cartografia. Será desenvolvido no Campo Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA).

Serão utilizados como instrumentos de produção de dados: um questionário breve para caracterização do perfil dos participantes da pesquisa no que se refere à sua formação acadêmica e experiência profissional como preceptor; e uma entrevista semiestruturada. Serão solicitados relatos escritos de percepções e vivências dos participantes da pesquisa enquanto preceptores, além do diário de campo da pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.510.622

Analisar os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores na formação de residentes que compõem a área de concentração Adulto Crítico da RIMS/HCPA.

Objetivo Secundário:

- Descrever como preceptores percebem sua identidade na relação de ensino e de aprendizagem que se estabelece com os residentes.
- Identificar como preceptores visualizam os processos de ensino em saúde dos residentes na formação em serviço.
- Elencar dificuldades e facilidades, bem como estratégias utilizadas pelos preceptores nos processos de ensinar e de aprender, considerando as particularidades do Campo Adulto Crítico.
- Organizar e desenvolver oficinas de devolução do material pesquisado para os preceptores na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa possui riscos mínimos e, diante qualquer desconforto, o participante poderá retirar seu consentimento se assim desejar.

Benefícios:

Os participantes poderão ter benefício direto do estudo, visto que serão ativos no processo de construção de conhecimento na medida em que serão qualificados para o trabalho no SUS. Como benefício indireto, os mesmos contribuirão para o aumento do conhecimento sobre dispositivos de educação em saúde utilizados na formação de residentes na residência multiprofissional no contexto hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As entrevistas serão realizadas nas salas disponibilizadas pelo Centro de Pesquisa Clínica do HCPA conforme disponibilidade de horários das mesmas. As entrevistas terão duração média de 30 a 60 minutos, serão gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Após a produção de dados, a pesquisadora irá analisá-los e posteriormente organizar uma proposta de desenvolvimento de oficinas de devolução do material do estudo aos participantes na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.510.822

Com a realização do projeto, esperam mapear os dispositivos de educação em saúde utilizados pelos preceptores, bem como analisá-los para, em um momento posterior, promover oficinas de devolução dos achados de pesquisa na perspectiva de educação permanente em saúde.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos os preceptores do primeiro e segundo ano das diferentes profissões que constitui o campo Adulto Crítico da RIMS/HCPA.

Critério de Exclusão:

. Preceptores com menos de seis meses na função serão excluídos, visto pouco tempo de experiência no contexto da residência e do campo escolhido para estudo. Também serão excluídos preceptores não titulares, isto é, aqueles que não são nomeados pela RIMS como preceptores oficiais e que assumem temporariamente a função (ex. profissional da instituição que assume a função de preceptor enquanto o preceptor oficial está em período de férias, profissional que atua no turno inverso do preceptor oficial ficando como referência temporária para o residente).

Trata-se de projeto de pesquisa sobre temática importante, com adequado delineamento teórico-metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- projeto de pesquisa detalhado;
- informações básicas da PB;
- orçamento;
- cronograma;
- TCLE;
- Folha de rosto devidamente assinada;
- Formulário de delegação de funções;
- Formulário de Autorização das Áreas para Projetos de Pesquisa e Desenvolvimento.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcapa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.510.822

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.466.095 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 06/02/2018. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto e do TCLE de 06/02/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- Este projeto está aprovado para inclusão de 14 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- Para que possa ser realizado, o projeto deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.
- O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.
- Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	06/02/2018		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.510.622

Básicas do Projeto	ETO_1007971.pdf	16:07:07		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP.pdf	06/02/2018 16:05:50	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DOCUMENTO_ASSINATURAS.pdf	06/02/2018 16:03:03	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SEGUNDA_VERSAO.pdf	06/02/2018 15:59:15	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	06/02/2018 15:57:57	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_CEP.docx	06/02/2018 15:53:17	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Declaração de Pesquisadores	funcoespesquisadores.pdf	18/12/2017 12:33:07	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/11/2017 15:23:59	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/11/2017 15:22:38	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	27/11/2017 15:22:02	Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephca@hcpa.edu.br