

SÉRIE VIVÊNCIAS EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE

FORMAÇÃO DE FORMADORES PARA RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM EXPERIÊNCIA VIVA

Organizadores:

Ricardo Burg Ceccim
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Valéria Leite Soares
Adriene Jacinto Pereira
Jordane Reis de Meneses
Roberta Cláudia dos Santos Rocha
José da Paz Oliveira Alvarenga

editora



redeunida

Série Vivências em Educação na Saúde

Ricardo Burg Ceccim

Lenilma Bento de Araújo Meneses

Valéria Leite Soares

Adriene Jacinto Pereira

Jordane Reis de Meneses

Roberta Cláudia dos Santos Rocha

José da Paz Oliveira Alvarenga

Organizadores

Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2018
Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Célia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Revisão de Língua Portuguesa, Normalização - ABNT e Formatação

Thalita Eliziário Menezes Matias

Diagramação

Jordane Reis de Menezes

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Arte e Design de Capa e Contracapa

André Luiz Norberto Seco Barbosa

Agradecimentos

João Euclides Fernandes Braga

Mariana Camila Vieira Fernandes

Paula Soares Carvalho

Copyright © 2018

Ricardo Burg Ceccim, Lenilma Bento de Araújo Menezes, Valéria Leite Soares, Adriene Jacinto Pereira, Jordane Reis de Menezes, Roberta Cláudia dos Santos Rocha e José da Paz Oliveira Alvarenga.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

F723 Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 212 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-99-3
DOI: 10.18310/9788566659993

1. Residência em saúde. 2. Educação em saúde. 3. Tutoria. 4. Preceptorial. 5. Corpo Docente-Assistencial. 6. Equipe Multiprofissional em Saúde. 7. Rede-Escola em Saúde. I. Ceccim, Ricardo Burg. II. Menezes, Lenilma Bento de Araújo. III. Soares, Valéria Leite. IV. Pereira, Adriene Jacinto. V. Menezes, Jordane Reis de. VI. Rocha, Roberta Cláudia dos Santos. VII. Alvarenga, José da Paz Oliveira. VII. Série.

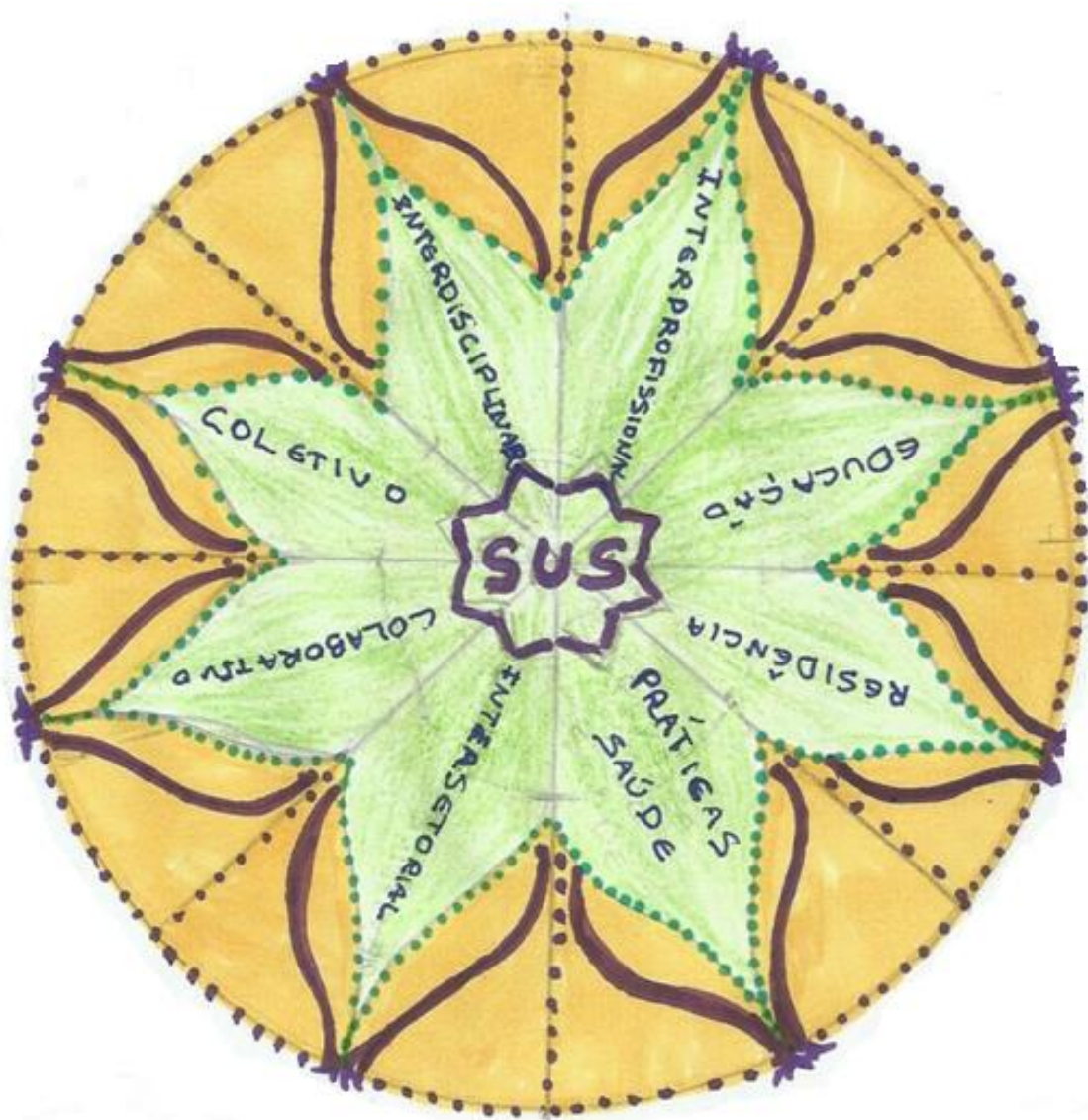
CDU: 614.253.4
NLM: W20

ESTA OBRA CONTOU COM O APOIO DE:



Financiamento: Cooperação UFPB, SES-PB, SMS-JP.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252 (<http://www.redeunida.org.br>)



Arte: Rosemery Gomes da Silva

A mandala é uma representação simbólica que visa apresentar, a partir de uma abordagem sistêmica, a proposta pedagógica de articulação, integração e interação de 'saberes escolares' e 'saberes locais' [...]. (Mandala de Saberes, Centro de Referência em Educação Integral)

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APC	Atividades Profissionais Confiáveis
AprenderSUS	O SUS e os cursos de graduações da área da saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEFOR-RH/PB	Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CoP	Comunidade de Prática
COREME	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
CPAM	Complexo de Pediatria Arlinda Marques
CPICS	Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DGTES	Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Espiral Construtivista
EIP	Educação Interprofissional
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
EPA	Entrustable Professional Activities
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCM-PB	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
FNRS	Fórum Nacional de Residentes em Saúde
FNTP	Fórum Nacional de Tutores e Preceptores
GES	Gerência de Educação na Saúde
GESTAR	Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde e Trabalho na Área Rural
GT	Grupo de Trabalho
HETSHL	Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde

NDAE	Núcleo Docente-Assistencial Estruturante
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Problem Based Learning / Aprendizagem Baseada em Problema
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMJP	Prefeitura Municipal de João Pessoa
PPR	Projeto Pedagógico de Residência
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RedEscola	Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública
REMUSC	Residência Multiprofissional em Saúde da Criança
RESMEN	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
RIMUSH	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SES-PB	Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-JP	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UA	Unidade de Acolhimento
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
Responsabilidade social e regional de uma universidade pública.....	10
Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz	
PROLEGÔMENOS	
Da produção coletiva e do produto coletivo	13
Os Organizadores	
PRÓLOGO	
Um Núcleo “entre” as ciências da saúde	18
José da Paz Oliveira Alvarenga	
PRELÚDIO	
Nós, Tutores e Preceptores em Programas de Residência em Saúde.....	23
Ana Paula Silveira de Morais Vasconcelos, Danielle Maria da Silva Oliveira, Fernando Lopes Tavares de Lima	
PREFÁCIO	
De uma tentativa pedagógica	27
Luciano Bezerra Gomes	
SEÇÃO I - RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E REDE-ESCOLA	
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: os movimentos que as sustentam	33
Jordane Reis de Meneses, Ricardo Burg Ceccim, Giovanna Carvalho Martins, Ianara Félix de Freitas Meira, Vanessa Miranda da Silva	
REDE-ESCOLA: um diálogo necessário	49
Lucineide Alves Vieira Braga, Jairo Domingos de Morais, José da Paz Oliveira Alvarenga, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Valéria Leite Soares	
VIVENDO A FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES: uma experiência refletida	61
Lenilma Bento de Araújo Meneses, Valéria Soares Leite, Adriene Jacinto Pereira, Roberta Cláudia dos Santos Rocha, Mariana Camila Vieira Fernandes	
SEÇÃO II - CAMINHOS E VIVÊNCIAS NA FORMAÇÃO DE FORMADORES	
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA: resgate de suas criações ..	76
Jairo Domingos de Morais, Valéria Leite Soares, José da Paz Oliveira Alvarenga, Simara	
FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES EM SAÚDE: construção de caminhos	88
Adriene Jacinto Pereira, Cláudia Fell Amado, Juliana Sampaio, Ricardo Burg Ceccim	

CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL: particularidades e atravessamentos da coordenação	102
Valéria Leite Soares, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Ricardo Burg Ceccim, Jordane Reis de Meneses, Roberta Cláudia dos Santos Rocha	
SEÇÃO III - PRECEPTORES E TUTORES COMO CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL	
PRECEPTORIA E TUTORIA: ação docente nas residências em saúde	113
Ricardo Burg Ceccim Lenilma Bento de Araújo Meneses, Jordane Reis de Meneses, José da Paz Oliveira Alvarenga	
O CURSO DE FORMAÇÃO PARA PRECEPTORES SOB O OLHAR DO PRECEPTOR: resistência e desafios	124
Flávio Silva Nóbrega, Roberta Cláudia dos Santos Rocha	
CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	137
Jordane Reis de Meneses, Adriene Jacinto Pereira, Anderson Belmont Correia de Oliveira, Maria Roberlandia Soares de Melo Freire, Roberta Cláudia dos Santos Rocha	
SEÇÃO IV - CURRÍCULO, NARRATIVAS E TRABALHO DE CONCLUSÃO	
USO DE NARRATIVAS NA CONSTRUÇÃO DA APRENDIZAGEM DE SI E DO OUTRO	146
Valéria Leite Soares, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Ivanice Jacinto da Silva, Paula Soares Carvalho	
ABERTURA NOS MÉTODOS PARA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA.....	160
Fernanda Marques de Sousa, Alyne Fernandes Bezerra, Camila Cavalcante Rolim, Enildo José dos Santos Filho, Ivanice Jacinto da Silva, Merilin Carneiro de França Dionizio	
O RESIDENTE NO APOIO AO CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES	170
Anderson Rio Branco de Menezes, Enildo José dos Santos Filho, Fernanda Marques de Sousa, Ivanice Jacinto da Silva	
REFERÊNCIAS.....	180
ÁLBUM.....	196
SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS.....	203

APRESENTAÇÃO

Responsabilidade social e regional de uma universidade pública

A Universidade Federal da Paraíba (UFPB) foi criada pela Lei Estadual nº 1.366, de 02 de dezembro de 1955, e instalada sob o nome de Universidade da Paraíba, como resultado da junção de algumas escolas superiores. Posteriormente, com a sua federalização, aprovada e promulgada pela Lei nº 3.835, de 13 de dezembro de 1960, foi transformada em Universidade Federal da Paraíba. Atualmente, possui quatro campi, situados nos municípios de João Pessoa (Campus I), Areia (Campus II) e Bananeiras (Campus III), além de Rio Tinto e Mamanguape (Campus IV). Desde a sua criação e ao longo de toda a sua história, a UFPB vem cumprindo papel fundamental na promoção do ensino, da pesquisa e da extensão. É a instituição de ensino superior do Norte e Nordeste do país a oferecer o maior número de vagas no seu processo seletivo. A UFPB tem um reconhecimento social resultante de sua histórica contribuição, tanto para o avanço científico e tecnológico regional quanto para a formação de quadros profissionais de excelência para o estado da Paraíba e o restante do país, com destaque para a Região Nordeste.

A formação em saúde congrega onze cursos superiores e quatro cursos de educação profissional técnica, distribuídos entre o Centro de Ciências da Saúde (CCS) e o Centro de Ciências Médicas. O CCS contempla uma Escola Técnica de Saúde e sete Núcleos de Estudos, dentre os quais destacamos o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), pela sua relevância na formação em saúde, especialmente pela atuação engajada na proposta de cursos de aperfeiçoamento e de especialização *lato sensu*, de projetos regulares de extensão e vivências para estudantes da área da saúde e trabalhadores da rede assistencial, pelo desenvolvimento de pesquisas orientadas pelas prioridades do Sistema Único de Saúde, além de programas de residência (médica e em área profissional da saúde — uni ou multiprofissionais), bem como da execução ou organização de propostas de pós-graduação *stricto sensu*, como um doutorado interinstitucional e, mais recentemente, um mestrado acadêmico. A atuação do NESC envolve parcerias com outras instituições formadoras nacionais e internacionais e, ao

longo dos seus trinta anos, vem contribuindo significativamente para a formação dos trabalhadores em diferentes municípios do estado da Paraíba, não apenas na capital João Pessoa, como, dentre outros, em Alhandra, Bayeux, Cabedelo, Conde, Patos, Rio Tinto e São Bento.

Nos anos de 2015 e 2016, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, o NESC promoveu o I Curso de Aperfeiçoamento para Preceptores e Tutores de Residências em Saúde. O curso mobilizou profissionais dos serviços que são cenários de prática para os Programas de Residência em Saúde, além de professores da UFPB e da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba que atuam como tutores e apoiadores dos programas no campo da docência e orientação à pesquisa. Essa experiência exitosa resultou na produção do presente livro. O livro “Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva” reúne temas importantes e necessários à formação de preceptores e tutores que integram “programas de especialização realizados em serviço sob supervisão” (definição da Lei Orgânica da Saúde). Nessa obra são apresentados conceitos e experiências práticas úteis para a formação de tutores e preceptores para as residências, sejam os profissionais dos serviços de saúde ou os docentes universitários envolvidos com programas de residência em saúde.

Os registros acadêmicos, científicos, mas também históricos, tratam da experiência de um grupo de estudiosos da formação de residentes, no que se refere ao processo de preceptoria e tutoria, sendo destinados à ampliação do conhecimento e ao debate de problemas do ensino e aprendizagem em serviços de saúde. Destinam-se à formação, na perspectiva de apoiar os profissionais da área, para a minimização dos problemas detectados no dia a dia e para a construção da excelência na ação educativa e assistencial. Cada registro trata da história dos programas de residência e do processo de formação vivenciado nas residências. Certamente há um caminho para a escrita de novas experiências, com novos atores, aprendizes e buscadores, na ciência e na prática da formação de profissionais de saúde.

O trabalho do coletivo que gerou o livro mostra a responsabilidade social da universidade pública: desenvolver e compartilhar o conhecimento, participar da

formação de formadores, difundir os aprendizados com a prática e oportunizar redes de interlocução. Como universidade de impacto regional, o livro transporta a experiência regional para o confronto das interfaces nacionais e internacionais. Por meio da escrita deste livro, deu-se voz aos atores locais — docentes, discentes, gestores acadêmicos e do sistema de saúde — que deram vida a uma proposta. Esse é o convite maior ao leitor: compor-se com as experiências locais e regionais para tecer as suas próprias experiências e seguir o compartilhamento.

Este é um livro de partilhas, um livro de generosidades. Os autores, do NESC, não se limitaram a compartilhar, por meio das suas experiências, conhecimentos sobre o tema; assumiram dividir as suas vivências, multiplicar conhecimentos e inaugurar novos desafios. Aos professores, pesquisadores e colaboradores Adriene Jacinto Pereira, Jordane Reis de Meneses, José da Paz Oliveira Alvarenga, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Ricardo Burg Ceccim, Roberta Cláudia dos Santos Rocha e Valéria Leite Soares, coube sistematizar e organizar uma obra realizada a muitas mãos, primeiro na construção de realidades e, agora, em forma de livro. Foram 29 parceiros de escrita e “diálogo por escrito”, o produto é robusto e aberto às escritas e aos diálogos que enriqueçam nossas práticas em saúde e educação.

Traço essas palavras por declaradas razões ao coletivo de autores do livro: identidade na defesa do SUS, como política e ação pública voltada para o mais universal e integral acolhimento sanitário da população brasileira, além da antiga e viva parceria que, como profissional da saúde, mantenho com o NESC. Na minha condição de atual Reitora da UFPB, deixo aqui anotado o orgulho por meus colegas e por nossa instituição: uma aposta em ativistas do conhecimento e plena sintonia com os esforços de qualificar a formação em saúde. Parabêniso aqueles que tornaram essa edição possível. Aos leitores, desejo afinidade/empatia com esse engajamento, a fim de fazer alargar a ciência e as práticas integradas entre universidade e serviços de saúde, conforme sugerem os autores.

*Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz,
Reitora da UFPB*

PROLEGÔMENOS

Da produção coletiva e do produto coletivo

“Formação de formadores nas residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva” é uma obra que reúne ensaios sobre a formação de preceptores e tutores em programas de residência integrada e multiprofissional em saúde, tomando como base um projeto em rede do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, do NESC/CCS/UFPB. Os organizadores e autores estiveram reunidos em um projeto de “formação de formadores” que envolveu o corpo docente-assistencial atuante em residências na área da saúde. Esse projeto se configurou em experiência viva ao agregar, pela primeira vez, preceptores e tutores em um projeto formativo para a “docência-assistencial”, envolvendo UFPB, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, Hospital Universitário Lauro Wanderley e as Secretarias Municipais de Saúde, inicialmente de João Pessoa e Cabedelo, mas também Bayeux, na sequência, tendo em vista uma “formação-intervenção”, isto é, um aperfeiçoamento de quadros, simultâneo à ação de mudanças na realidade — aperfeiçoar os formadores e aperfeiçoar a Rede-Escola.

Escrita a muitas mãos, a obra se caracteriza enquanto documentário e reflexão sobre a experiência de uma “comunidade de trocas”, envolvendo professores universitários, profissionais da rede — da gestão e dos serviços de saúde — e profissionais de saúde residentes. A experiência surge da identificação de fragilidades na formação dos residentes, resultantes, dentre outros motivos, da baixa qualificação do corpo docente-assistencial para o exercício das funções de preceptoria e tutoria. A discussão dos problemas percebidos levou à organização de uma formação na perspectiva de apoiar esses profissionais, minimizando as dificuldades, favorecendo o processo ensino-aprendizagem e contribuindo para o fortalecimento da atenção integral aos usuários da rede de saúde. No decorrer da formação — nas discussões realizadas em sala de aula, nas atividades de dispersão e na elaboração de trabalhos finais, por conteúdo ou de curso — foram reconhecidas as principais lacunas educacionais que afetam o corpo docente-assistencial de residências: desconhecimento

dos projetos pedagógicos dos programas, da rede de serviços de saúde e das linhas de cuidado; frágil domínio de estratégias pedagógicas que problematizem a prática, na busca pela apropriação de habilidades e resolutividade da atenção; dificuldades no trabalho multiprofissional e interdisciplinar; pouco estímulo à autonomia do residente em tomadas de decisão e, ainda, baixa reflexão sobre o aprender e pesquisar em meio às práticas de gestão e atenção.

Durante a experiência, do planejamento à avaliação, incluindo o monitoramento do processo e as considerações finais, colaboraram com o processo: corpo docente-assistencial, residentes, coordenação dos programas e gestão municipal e dos serviços — os quais se somaram inclusive à construção da presente obra. Este livro está estruturado em 13 capítulos, divididos em quatro seções, as quais oportunizam uma visão agregada do conteúdo, no entanto, o leitor pode escolher por onde começar. A relação que se estabeleceu com os autores, ao longo da elaboração dos capítulos, constitui singularidade ao livro: por um lado, uma “reunião de textos” ou coletânea, por outro, a construção de uma “unidade-livro” — obra por capítulos.

Na primeira sessão, Residências em saúde e rede-escola, o leitor encontrará três capítulos que apresentam ideias comuns, com objetivos específicos. No primeiro capítulo, abordam-se as residências em saúde e os movimentos que as sustentam, com seus aspectos políticos e históricos, bem como a formação em programas de residência em saúde como proposta para reorientação do modelo de formação para o Sistema Único de Saúde. No segundo capítulo, discorre-se sobre a importância da Rede-Escola e sua implantação no município de João Pessoa, com destaque para a relação ensino-serviço-comunidade, a qual foi desenvolvida a partir desse movimento. Esse capítulo contribui para a compreensão do conceito inovador de rede-escola, em discordância à noção tradicional de hospital-escola. Já no terceiro capítulo, discutem-se os caminhos percorridos, construídos e desconstruídos, na realização da formação. O capítulo oferece matéria de reflexão aos programas que buscam processos formativos para o corpo docente-assistencial local.

A presente obra está longe de ser um livro didático ou um livro de relatos de experiência, visto que oferece teoria e discussão que podem apoiar práticas e estudos, assim como a construção de políticas e de projetos situados.

Caminhos e vivências na formação de formadores é a denominação da segunda seção deste livro. No primeiro capítulo dessa, considera-se a rede de serviços do município de João Pessoa como terreno para a criação dos programas de residência, na perspectiva de compreender o que significa dizer que as propostas desses programas devem “atender às necessidades locorregionais de atenção e de formação em saúde”. Em seguida, tem-se um capítulo que aborda de forma mais incisiva a formação em si, descrevendo os desdobramentos das trocas de experiências; trata de vivências e traz a voz dos participantes. Seguindo-se, há um capítulo sobre as particularidades e os atravessamentos da coordenação no, assim denominado, "corpo docente-assistencial". Nesse, procura-se esclarecer os papéis da coordenação e as suas tarefas, prescritas pelas normativas de gestão.

A terceira seção, denominada Preceptores e tutores como corpo docente-assistencial, reúne capítulos que discorrem sobre o corpo docente-assistencial de programas de residência em saúde, assim, aborda, pedagogicamente, os conceitos de preceptor/preceptoria e tutor/tutor, apontando o que têm em comum. Esse é um texto esclarecedor e de fácil compreensão, no qual se apresentam afirmações e contradições sobre os “personagens” que precipuamente compõem o corpo docente-assistencial. No penúltimo capítulo da seção, O olhar do preceptor: resistência e desafios, traz-se um *feedback* dos preceptores que foram cursistas, experienciando desde as dificuldades enfrentadas pela equipe organizadora para a execução do curso à escolha do método utilizado nos encontros presenciais e da modalidade de avaliação da formação, que foi a narrativa. É um texto essencial para compreendermos como o formador percebe a sua formação. Para fechar a seção, buscou-se discutir o currículo baseado em competências nas residências em saúde, entendendo que essa proposta abarca as expectativas da formação em residência, por envolver a noção de perfil do egresso, a qual deve incluir a experiência coletiva e a realização de ações de forma crítica e reflexiva, estimulando a autonomia.

Na quarta e última seção, discorre-se sobre narrativas, trabalho de conclusão e protagonismo do residente. O seu primeiro capítulo convida o leitor a apreciar o uso de narrativas na construção da aprendizagem de si e do outro. Como instrumento de avaliação qualitativa, a utilização das narrativas permitiu observar como os preceptores e tutores se apropriaram dos novos conhecimentos, ressignificando os prévios e, assim, provocando movimentos em seu papel de formador, em suas práticas pedagógicas e em seu papel de trabalhador da saúde — tanto na relação com a equipe e os residentes quanto na atenção ofertada aos usuários.

Abertura nos métodos para Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) consiste em um capítulo elaborado por profissionais residentes sobre o TCR, concebido não somente como um requisito para a conclusão do curso, mas, principalmente, como uma maneira de buscar respostas para “desconfortos intelectuais ou profissionais”, como lacunas de aprendizagem, ou oportunidade de aprofundamento teórico, problematizando a prática. Apontam-se diferentes e criativas maneiras de apresentá-los, a exemplo de portfólios, exposições fotográficas, literatura de cordel, poemas, músicas, peça teatral e documentário, mas sumariza os métodos de pesquisa e produção do conhecimento. O principal objetivo do TCR é ser significativo para o residente, o serviço e o programa de residência, afim de revelar o quão potente é o ensino em ato.

O residente no apoio ao curso de formação de preceptores e tutores é o penúltimo capítulo dessa sessão. Nesse, os residentes descreveram a experiência de integrar o curso de formação de formadores, na condição de membros da equipe organizadora, e o quão importante e proveitoso foi para cada um vivenciá-la. Por fim, tem-se um capítulo *plus* sobre a formação-intervenção e a noção de comunidade de aprendizagem que, afinal, contempla os modos do curso de aperfeiçoamento, a presente obra e o modo desejável de ser dos programas de residência.

Para esta construção os autores se reuniram em oficinas de texto e de redação coletiva. Assim, sua unidade ultrapassa os escritos e adentra suas reflexões de modo vivo, problematizador, costurando e descosturando a experiência; por isso, optou-se por apresentar as referências de forma unitária. Todavia, o livro não acaba em seu conjunto

de capítulos, existe na medida em que se encontra com leitores e permita trilhar caminhos que possibilitem novas experiências, com novos atores e com todos que desejem construir residências integradas e multiprofissionais em saúde.

Os Organizadores

PRÓLOGO

Um núcleo “entre” as ciências da saúde

O NESC/CCS/UFPB, foi criado pela Resolução nº 34/88, alterada pela Resolução nº 26/96 e modificada pela Resolução nº 12/2001 — emanadas do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade (CONSEPE). Caracteriza-se como órgão suplementar, de caráter interdepartamental e, desde a sua institucionalização, tem ocupado um espaço privilegiado frente às demandas exigidas pelo setor da saúde, contribuindo para a implementação de políticas de saúde no estado da Paraíba e na região, de modo a corroborar o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O NESC, por meio da articulação interdepartamental, integra diferentes Centros da UFPB. Em rede de cooperação técnica interinstitucional de âmbito nacional, tem desenvolvido parcerias com renomadas universidades públicas, com Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores de Recursos Humanos para o SUS. A sua articulação com instituições internacionais, por meio de acordos e convênios, tem possibilitado intercambiar projetos de ensino, pesquisa e de diversos programas de desenvolvimento. Todas essas relações estabelecidas têm contribuído para que este Núcleo de Estudos, mediante a execução dos seus processos formativos, apresente-se como uma unidade de referência, com expertise no campo da saúde coletiva e da educação na saúde. Atualmente, o NESC integra a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola), vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), compondo seu grupo de condução.

A sua trajetória histórica de 30 anos, completados em 2018, está consolidada na perspectiva da qualificação de perfis e competências profissionais, especialmente no desenvolvimento de uma formação multiprofissional orientada pelo trabalho em equipe e fundamentada em abordagens pedagógicas inovadoras, por meio da utilização de metodologias ativas, a fim de promover um processo educativo que contemple a valorização das experiências dos profissionais no cotidiano do trabalho em saúde. Nos últimos anos, o NESC vem reafirmando o seu compromisso institucional na formação de

profissionais para o SUS, fundamentando-se nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reconhecendo a importância dos diferentes atores no processo de formação e valorizando o “quadrilátero da formação em saúde” — no qual ensino, gestão, atenção e controle social estão imbricados no processo formativo.

O NESC sempre buscou fortalecer a articulação entre as instituições formadoras, os serviços e o sistema de saúde, visando novos compromissos acadêmicos, científicos, políticos e institucionais; de modo a contribuir com o ensino e a pesquisa em saúde coletiva; buscando colaborar e desenvolver estratégias na implementação de políticas públicas, sociais e de saúde na Paraíba; além de atender às demandas de saúde da população. Nesse sentido, torna-se uma força dentro da comunidade acadêmica, abarcando uma relação com a comunidade interna e externa que compõe o universo da formação. Para tanto, os espaços que se legitimam para a participação do NESC, extrapolam os muros da UFPB, ganhando representatividade para quem compõe essa relação de escuta ampliada, inclusiva e de fomento ao conhecimento; transcendendo a relação docente e discente e adentrando as comunidades, as culturas e as relações profissionais, assim como, respeitando os limites e as possibilidades do modo de ofertar e produzir saúde.

O NESC representa uma das importantes instituições no processo da Reforma Sanitária e, conseqüentemente, do SUS. Desde a sua criação, as pesquisas em saúde desenvolvidas por este Núcleo já apresentavam peculiaridade, albergando significativos projetos, a exemplo do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde e Trabalho na Área Rural (GESTAR), bem como projetos nos âmbitos da epidemiologia e da vigilância em saúde. O NESC tem realizado cursos de atualização, aperfeiçoamento e especializações, além de programas de residência e projetos de integração ensino-serviço. São exemplos os cursos de Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Políticas Públicas em Saúde e Gestão Estratégica de Sistemas e Serviços de Saúde para o SUS. Dentre os programas de residência, registra-se a Residência em Medicina Preventiva e Social — ofertada entre o final da década de 80 e início da de 90, com ingresso multiprofissional — e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ofertada no período compreendido entre o início e a segunda metade da década de 2000.

Na atualidade, desde 2015, o NESC vem promovendo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, além de duas importantes formações: a Redução de danos como estratégia de atenção e cuidado integral em saúde e a Saúde LGBT na atenção básica. Todas essas formações objetivando a efetivação da equidade em saúde, ressaltando, portanto, o Núcleo enquanto ocupante de um espaço estratégico frente às demandas exigidas pelo setor da saúde.

No âmbito da formação *stricto sensu*, o NESC desenvolveu o Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, realizado entre 2009 e 2013, em uma parceria da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz com a Universidade Federal de Campina Grande, a Universidade Federal de Alagoas e a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; onde o NESC se configurou como instituição receptora, reafirmando sua contribuição com a formação em saúde e com o fortalecimento da implementação das políticas de saúde no estado da Paraíba e na região. É válido ainda destacar que, objetivando fortalecer a formação e qualificação acadêmica e de pesquisadores em saúde coletiva, como a formação de profissionais sanitaristas; o NESC, encontra-se em vias de implantação dos cursos regulares de graduação, especialização e mestrado em saúde coletiva, com seus projetos pedagógicos em fase de tramitação, a fim de serem devidamente aprovados pelas instâncias deliberativas da UFPB.

A histórica contribuição do NESC para o SUS, reafirma o seu compromisso institucional em realizar produção educativa no campo da saúde coletiva/saúde pública, integrando a pesquisa e extensão, por meio de processos de aprendizagem no trabalho e de ensino em serviço, de forma multiprofissional e intersetorial. Dessa forma, o Núcleo está comprometido com uma formação para a atenção e o cuidado integral em saúde, constituindo, assim, uma referência para a comunidade acadêmica, o SUS e a sociedade em geral.

Fazendo-se um recorte no que diz respeito à contribuição do NESC para a qualificação de profissionais por meio dos Programas de Residências, pode-se ressaltar que a relevante experiência na construção, implantação e implementação de programas de residências em saúde, dá-se desde o final da década 1980, logo após a sua criação, em 1988, com a oferta do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social; no

início dos anos 2000, mediante apoio à implantação nacional da Estratégia Saúde da Família e, a partir de 2015, por intermédio da oferta da Residência em Saúde Mental, como parte da estratégia nacional de construção da Rede de Atenção Psicossocial — instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

O desenvolvimento de programas de residência tem sido catalisador no empreendimento de lutas pela Reforma Sanitária e na intervenção nos movimentos políticos e sociais, possibilitando, aos profissionais dos serviços, discussões e reflexões sobre os princípios e as diretrizes do SUS, o funcionamento da rede de serviços de saúde (local, regional e nacional), além da inserção no bojo das discussões e a participação ativa nos movimentos e debates sobre a conjuntura política atual. Acredita-se que, para atender a necessidade de uma formação com base no trabalho real, a residência multiprofissional em saúde é uma modalidade fundamental, visto que possibilita a oportunidade de seus atores vivenciarem práticas pedagógicas inovadoras, embasadas em metodologias ativas e na aprendizagem significativa. Essas metodologias, muitas vezes são desconhecidas pelos profissionais, preceptores e tutores envolvidos no processo de ensino, os quais necessitam de suportes teóricos e metodológicos que sejam verdadeiros referenciais e que corroborem a excelência da formação advinda dos programas de residência em saúde.

Diante desse contexto e considerando a larga experiência do NESC/CCS/UFPB no desenvolvimento de processos formativos, propusemo-nos a organizar o presente livro intitulado Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Esta obra se apresenta enquanto uma produção bibliográfica referencial; sendo um importante registro na comemoração de seus 30 anos e tendo por finalidade proporcionar uma valorosa contribuição para a formação em residências na área da saúde. Ainda que se tenha vivenciado uma relação única nessa formação, não sendo possível descrever com riqueza de detalhes o vivido, empreendeu-se uma rica construção coletiva, envolvendo docentes, pesquisadores e profissionais técnicos administrativos do NESC; gestores de saúde do município de João Pessoa/PB, particularmente membros da Gerência de Ensino em Saúde e Rede-Escola desse município; além de profissionais residentes.

Ressalta-se ainda que o livro, ora lançado à comunidade acadêmica, científica e de profissionais de saúde, assim como demais públicos interessados, teve a contribuição valiosa e a assessoria do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o qual é considerado nossa principal referência no campo da formação multiprofissional em saúde e da educação permanente em saúde; sendo atualmente um importante colaborador do NESC. Os autores desta obra se sentem comprometidos com esta importante produção acadêmica e acreditam estar contribuindo com os processos de formação em residências na área da saúde.

*José da Paz Oliveira Alvarenga,
Coordenador do NESC/CCS/UFPB*

PRELÚDIO

Nós, tutores e preceptores em programas de residência em saúde

Foi com enorme prazer que recebemos o convite de escrever o prelúdio desta importante obra. Ao aceitarmos o desafio de sintetizar alguns anos de trabalho do Fórum Nacional de Tutores e Preceptores em Programas de Residências em Saúde (FNTP), objetivamos fortalecer o processo de construção coletiva que tem pautado nossas ações. O FNTP foi criado em 2006, no II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, no Rio de Janeiro, durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Fórum tem como objetivo organizar as discussões do coletivo de preceptores e tutores a respeito dos desafios e possibilidades desse modelo de formação. Julgamos importante detalhar que, ao longo dos mais de dez anos de funcionamento, o FNTP teve oscilações quanto ao seu papel na construção da política de residências em área profissional da saúde e à sua representatividade como sujeito desse processo. O momento mais crítico ocorreu entre 2009 e 2013, iniciado pela publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009, que excluiu essa representação na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Somente em 2013, durante o III Encontro Nacional de Residências em Saúde, realizado em Fortaleza/CE, o FNTP conseguiu se refortalecer e organizar grupos de trabalho, estabelecendo pautas reivindicatórias prioritárias do coletivo e indicando quatro representantes para integrarem uma nova composição da CNRMS.

Em 2014, durante o Congresso da Rede Unida, no momento em que o FNTP estava construindo as suas diretrizes e as pautas a serem reivindicadas na CNRMS, fomos surpreendidos com a nomeação desta sem os componentes eleitos pelo nosso Fórum. A não nomeação foi justificada pela ausência do nosso segmento na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009. Esse fato fez com que o FNTP se fortalecesse ainda mais e pudesse construir uma agenda de lutas para a mudança dessa realidade. A organização e luta, em articulação com os outros dois fóruns de segmentos (de coordenadores e de residentes), fez com que três dos membros escolhidos entre os pares fossem convocados para as reuniões da CNRMS como convidados para a

construção de uma política de residências em que todos os pares envolvidos no processo — coordenadores, residentes, tutores e preceptores, além dos gestores da saúde e da educação, representados pelos respectivos ministérios — pudessem trazer a realidade e vivência sobre a especialização pós-graduada realizada em serviço; tal como acontece com a residência em saúde, apoiando a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde.

A articulação e participação do FNTTP em âmbito nacional ajudou para que a Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014, fosse publicada e garantisse assento aos preceptores e tutores na CNRMS, mediante indicação dos seus pares, realizada em fórum específico. A partir da publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, os tutores e preceptores voltaram a ter seus representantes na CNRMS. Porém, somente três dos indicados pelo FNTTP — os quais hoje escrevem este prelúdio — foram nomeados. Devido aos acordos realizados entre os Ministérios da Saúde e da Educação, um quarto representante externo ao fórum foi nomeado para compor a CNRMS. Apesar dessa situação, nós buscamos apresentar as pautas reivindicatórias do FNTTP, discutidas principalmente nos Encontros Nacionais de Residência, realizados anualmente. Entre as pautas divulgadas nas Cartas formuladas em cada Encontro¹, destacamos: o reconhecimento do FNTTP como coletivo representativo legítimo na CNRMS; a defesa das residências como modelo de formação no SUS e para o SUS; a valorização da preceptoria e tutoria; e a qualificação permanente do corpo docente-assistencial.

A luta pelo reconhecimento do FNTTP como representante legítimo de tutores e preceptores está baseada em um *continuum* de trabalho construído ao longo dos anos por um grande quantitativo de profissionais. Busca-se, antes de mais nada, representar o posicionamento expresso pelos seus membros. Esse olhar, oriundo de um movimento social organizado por atores diretamente ligados longitudinalmente ao desenvolvimento dos programas de residência, apresenta um importante contraponto nas discussões realizadas na CNRMS. A indicação de representantes pelo Fórum faz com

¹ Disponíveis em: <http://forumtutorespreceptores.blogspot.com.br/>.

que esses representantes não sejam meros agentes governamentais ou oportunistas individualistas e que as demandas emanadas pelo coletivo sejam devidamente defendidas. A luta pelo reconhecimento das residências enquanto modelo de formação dos profissionais de saúde está baseada no seu potencial transformador das práticas de atenção, articuladas com as ações de educação permanente em saúde. Para tanto, defendemos que os programas de residência tenham financiamento para as suas ações, não se limitando à oferta de bolsas de estudos. Queremos que as residências sejam reconhecidas como uma pós-graduação diferenciada para pontuação em concursos públicos, haja vista sua extensa carga horária e sua caracterização de ensino em serviço. Além disso, a valorização das residências também se faz na garantia da qualidade de suas ações e, por isso, desejamos que sejam realizadas as avaliações dos programas de residência, seguindo um modelo democrático, plural, diagnóstico, construtivo e não punitivo.

Quanto à valorização das funções de preceptor e tutoria, destacamos a importância da desprecarização da atividade docente, realizada mediante o estabelecimento de vínculos empregatícios estáveis, com a destinação de carga horária específica para as práticas de ensino; o estabelecimento de parâmetros de produtividade que considerem as atividades docentes, além das assistenciais; a inclusão dessas ações no plano de cargos, carreiras e salários; uma remuneração diferenciada para os profissionais que desenvolvem ações de ensino; e a garantia da presença do preceptor e do tutor no cenário de prática, visando a não utilização de residentes em substituição de profissionais de saúde contratados, ou seja, lutamos pela garantia das condições adequadas para o exercício dessa importante função docente.

De forma mais articulada com os objetivos desta obra, reivindicamos a permanente qualificação do corpo docente-assistencial dos programas. Esta deverá incorporar aspectos técnicos sobre a atenção em saúde na área de concentração do programa, bem como incluir saberes e práticas que envolvam a participação política na defesa do SUS, a valorização do controle social como instrumento de qualificação dos serviços e o desenvolvimento das competências pedagógicas necessárias para a realização de práticas docentes coerentes com a proposta das residências. Por fim,

destacamos o potencial deste livro na ampliação e qualificação da discussão sobre as residências em saúde, em especial no que concerne à ação docente-assistencial. A valorização de tutores e preceptores comprometidos com a formação dos jovens profissionais de saúde é, sem dúvida alguma, uma das principais estratégias sustentáveis de defesa do SUS.

Parabenizamos os organizadores e autores pela iniciativa, pois temos certeza que o potencial multiplicador das experiências descritas neste livro contribuirá consideravelmente no fortalecimento de programas em todo território nacional e, conseqüentemente, na defesa de um SUS público, universal e democrático; conscientes de que “os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem, não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (Karl Marx).

*Ana Paula Silveira de Moraes Vasconcelos
Danielle Maria da Silva Oliveira
Fernando Lopes Tavares de Lima
Fórum Nacional de Tutores e Preceptores de Residência em Saúde*

PREFÁCIO

De uma tentativa pedagógica

Multiprofissional. Multidisciplinar. Interdisciplinar. Transdisciplinar. Interprofissional. Estes conceitos são base para muitos debates, visando defini-los da forma mais precisa e sustentar um caminho mais inovador e potente para operar o trabalho no campo da saúde. Já se realizaram muitas mesas em eventos, escreveram-se inúmeros textos e instituíram-se políticas distintas em torno de tais noções. Essas não se dirigem ao mesmo foco, algumas abordam a construção dos saberes; já outras, as dinâmicas que se operam nas relações entre os trabalhadores no cotidiano dos serviços. Não obstante, reuni-las no início do prefácio de um livro com as características deste que você tem frente aos seus olhos é uma tentativa de iniciar dizendo que você verá aqui um pouco de cada uma das apostas presentes nessas definições. Isso, por acreditar que, a seu modo, os propositores e defensores de cada um desses conceitos tinham/têm por meta inovar, ousar, tentar fazer/pensar diferente. Além disso, estes ainda fazem parte do extenso glossário conceitual manejado na área da saúde coletiva e orientam posturas e ações em diversas experiências, fazendo, entre si, as composições mais variadas. Entretanto, o que pretendo apresentar nesta breve incursão não se dedica a (mais) uma tentativa de promover sínteses nos embates teóricos em torno desses conceitos. Ao contrário, quero compartilhar uma ação pedagógica desenvolvida poucos dias antes desta escrita e que me basta de exemplo para o que gostaria de propor como uma lente a ser usada na apreciação dos textos presentes neste livro.

Fui convidado pela Coordenação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba, para realizar uma aula durante todo um turno, como parte das atividades de recepção dos novos integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculada à instituição. O tema seria: Concepções Políticas da Formação Multiprofissional nas Residências em Saúde. Tendo aceito a proposta, organizei uma oficina em que procurei trabalhar com os residentes aspectos que seriam necessários para discutir o tema proposto, evitando uma aula cansativa e desnecessária para mim e para eles. Informado que estava do fato de boa parte dos residentes não ser

morador de João Pessoa e que tinham vindo apenas para realizar a residência, propus uma apresentação inicial em que cada um falaria seu nome e local de onde vinha e, em seguida, diria uma (ou algumas) obra/s de arte que marcou/marcaram sua trajetória, sejam livros, músicas, filmes, etc. Desde esse momento, foram instigantes as referências variadas, apareceram de fãs compulsivos de séries televisivas a leitores compenetrados de Guimarães Rosa, passando por estudiosos das obras dos grandes teóricos da Enfermagem; para ficar em apenas algumas das variações encontradas.

Feita a quebra do gelo inicial, de um grupo ainda pouco íntimo, diante de um professor desconhecido, passei à dinâmica central proposta para a manhã: escutarmos músicas. Não músicas ao acaso, as quais às vezes recorremos numa estação de rádio de nossa preferência, mas selecionadas por terem capacidade de nos colocar diante de aspectos relevantes da nossa prática profissional. Entre milhões de possibilidades, escolhi quatro que considerava adequadas. Os critérios que me coloquei no momento de planejamento pedagógico da oficina foram: músicas capazes de nos convidarem a refletir sobre nosso objeto do trabalho em saúde; obras que tivessem temáticas variadas; que não abrissem mão de uma estética poderosa que emergia da síntese entre a letra, a composição e a interpretação; que lançassem algumas luzes sobre o contexto do Brasil em que vivemos, no início de 2018, em pleno avanço de um golpe articulado por forças regressivas presentes: na sociedade civil em extratos do grande capital; no parlamento não representativo da diversidade nacional; no judiciário carcomido por interesses corporativos e desconectado da realidade da população; nas hostes do próprio governo (Dilma Rousseff catapultada do lugar para a qual foi eleita para dar lugar a um governo ilegítimo); e, por último, mas não menos importante, pela mídia oligopolizada e desregulamentada que comanda a quase totalidade dos meios de comunicação de massa. Isso tudo, com o ainda quente adendo do carnaval de 2018, em que as forças armadas foram convidadas para dançar e que vinham gostando dos primeiros passos da marcha nada carnavalesca, por meio de uma intervenção no Rio de Janeiro, que é apenas mais um passo de destruição completa da base constitucional das instituições em nosso país.

Nesse contexto, elegi quatro músicas e, em seguida, selecionei vídeos em que eram apresentadas em um formato mais adequado para utilização em sala de aula. Desse modo, tivemos uns 20 minutos bem aproveitados das canções apresentadas na seguinte ordem: “Pivete”, de Francis Hime e Chico Buarque, cantada por Chico Buarque; “Maria da Vila Matilde”, de Douglas Germano, interpretada por Elza Soares; “Édipo, o homem que virou veículo”, de Fred Zero Quatro, na versão da banda que o próprio compositor lidera, Mundo Livre S.A.; e “Boa Esperança”, de Emicida, num fenomenal misto de videoclipe e curta-metragem em que o próprio Emicida é um dos atores.

Após o impactante deleite dessas obras de arte, dividi os 18 residentes presentes em quatro grupos, os quais procurariam discutir de forma mais aprofundada, a partir de uma das músicas, as seguintes perguntas problematizadoras:

- que questões essa música coloca para os trabalhadores do campo da saúde?
- como podemos atuar, como profissionais da saúde, diante das questões pautadas pelo tema levantado pela música?
- existem ações relevantes em torno dessa problemática que dizem respeito não a atribuições de uma categoria específica, mas que poderiam ser desempenhadas por quaisquer/diversos profissionais da saúde?

Pouco mais de uma hora depois e aproveitado um intervalo para o cafezinho, retornamos para apresentarmos no grande grupo a produção das discussões realizadas. Não creio ser necessário apontar aqui o conjunto das questões levantadas naquele momento. Os que conhecem as músicas trabalhadas podem imaginar a riqueza de elementos que vieram à tona; os que não as conhecem, não têm ideia do que estão perdendo. Quero apenas indicar que, a meu ver, foram colocados aspectos essenciais das concepções políticas necessárias de serem problematizadas na formação de trabalhadores da saúde durante uma residência multiprofissional, para quaisquer áreas de atuação, não apenas da saúde mental. Praticamente, minha única fala, durante toda a manhã, foi para indicar que a construção conceitual por eles elaborada, em torno de aspectos das práticas comuns da atuação frente às situações discutidas a partir das músicas, deveria ser um dos mais importantes eixos analisadores da formação na

residência que estavam iniciando. Enfatizando que, para apoiarmos o andar na vida de pessoas em situação de violência ou em uso suicida de drogas, por exemplo, o que poderia fazer a diferença não seria a interseção dos conhecimentos técnico-científicos entre um médico e um professor de educação física, por exemplo. Não era a anatomia e a fisiologia que nos unia, por mais relevante que elas fossem para fundamentar nossas práticas, mas o desafio de lidarmos diante de situações que não estavam incluídas como objeto exclusivo dos saberes disciplinares de quaisquer das profissões, pois não cabiam nos recortes que fazemos do mundo do trabalho. Em outras palavras, por não resistir a também manejar o vocabulário conceitual remetido no início do texto e que compõe o campo em que me insiro, trabalhei com eles a noção de que os elementos tecnoassistenciais da atuação multiprofissional deveriam ser construídos na entredisciplinaridade (CECCIM, 2006) demandada para operar as tecnologias da produção do cuidado no trabalho vivo em ato.

Assim, a grande ênfase nos processos formativos que eles vivenciariam não estaria no aprendizado das tecnologias duras e leve-duras, mas na capacidade de construir conjuntamente os saberes necessários à constituição de tecnologias leves capazes, inclusive, de deslocar as próprias tecnologias leve-duras, ampliando o objeto das práticas e os desfechos possíveis da atuação multiprofissional. Desse modo, as residências multiprofissionais poderiam contribuir, efetivamente, num processo de reestruturação produtiva em saúde centrado na produção do cuidado, baseado num trabalho em equipe, permanentemente mediado pela redefinição das atribuições nucleares e do campo de cada trabalhador em situações que exijam uma atuação entredisciplinar (CECCIM, 2006; MERHY, 2002).

Se eu tivesse começado a minha exposição na atividade com os residentes considerando que aquele era um momento de aula, em que eu deveria apresentar para eles os conceitos do parágrafo que escrevi acima, poderia ter satisfeito uma visão que ainda opera em parte da formação em saúde e que define um local determinado do transmissor do conhecimento e do seu receptor. Além disso, teria que iniciar falando de cada um dos conceitos com os quais iniciei este texto, numa exposição que até eu iria considerar chata, mas que prestaria contas a uma ciência régia que também está dentro

de nós e que delimita um lugar de poder em que nos vemos gozar em vários momentos. Entretanto, eu teria perdido muito do que aprendi na manhã, a partir da maneira como cada um dos residentes trouxe elementos que se complementavam nas suas distintas perspectivas. Deixaria de ter assunto para falar sobre os livros do Guimarães que mais me impactaram ou de conhecer os novos rappers que eu ainda não tinha acesso e que me foram indicados naquele momento. Não teria conseguido sentir no meu corpo os rostos de identificação que algumas jovens negras transpareceram na sala ao assistir aos encantos da octogenária Elza Soares ou de algumas residentes brancas que perceberam com outros olhos a violência que ainda incide sobre as trabalhadoras domésticas, essencialmente negras, a partir do vídeo do Emicida. Não teria, enfim, assunto para voltar e conversar sobre como tem andado os aprendizados na Residência e, assim, podendo também compartilhar o que tenho aprendido nas minhas incursões pelos mundos da educação e do cuidado em saúde.

O quanto os leitores conseguirão agregar para si na apreensão do presente livro, fica na cota do que cabe ao olho de cada um ver e ao corpo vibrátil de cada um sentir, deixar-se afetar, transversalizar (ROLNIK, 2006), mas creio que a lente que ofereço a partir dessa experiência para dialogar com os textos que virão a seguir, pode indicar consonâncias com tudo o que se produziu em torno das ações de tutores, preceptores, residentes, trabalhadores, gestores, professores, pesquisadores e outros “ores” que tenham se vinculado a cada relato refletido e a cada produção conceitual desencadeada.

Luciano Bezerra Gomes

SEÇÃO I
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E REDE-ESCOLA

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: os movimentos que as sustentam

*Jordane Reis de Meneses
Ricardo Burg Ceccim
Giovanna Carvalho Martins
Janara Félix de Freitas Meira
Vanessa Miranda da Silva*

Introdução

A década de 70, do século passado, contrariando o regime autoritário instituído naquele momento, foi marcada por intensas lutas dos movimentos sociais, na busca por garantia de direitos. Dentre esses, o direito à saúde. Essas lutas resultaram em conquistas significativas que, posteriormente, fundamentaram a legalização dos direitos sociais. As transformações políticas e sanitárias impulsionadas pelos movimentos sociais ocorreram paralelamente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), favorecendo o desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentasse como princípio o acesso universal e, enquanto diretrizes, a atenção integral, a descentralização e a participação. A Constituição Federal brasileira de 1988, em seu artigo 196, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Contudo, a saúde brasileira ainda apresenta traços de sua origem, com tendência ao modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, apesar de três décadas de criação do SUS.

Os avanços são lentos, pois ainda encontramos profissionais e gestores resistentes à inovação, que não dão seguimento ao modelo de saúde legalmente vigente, do qual deveriam ser novos protagonistas. Além disso, enfrenta-se no cotidiano da implementação do SUS interferências políticas que não levam em consideração a necessidade de renovação dos perfis profissionais para o exercício de novas e complexas competências. Isso prejudica o funcionamento efetivo da rede de ações e serviços de saúde e a consolidação do SUS. Conforme a legislação, “ao Sistema Único de Saúde

competer, além de outras atribuições, [...] ordenar a formação de Recursos Humanos na área em saúde” (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Dito isto, é fundamental lembrar que a ideia de se criar residências em saúde, aparece junto ao processo de Reforma Sanitária, na luta contra uma formação acadêmica fragmentada e inadequada dos profissionais, embasada somente na origem biológica das doenças. Em 1977, por meio do Decreto de nº 80.281, a residência médica foi instituída como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, realizada por meio da formação em serviço, vinculada ou não às escolas médicas (BRASIL, 1977). Em 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei Federal nº 6.932, como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, pautada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob preceptoria/tutoria de profissionais qualificados para tal atividade (BRASIL, 1981).

Nos anos de 1990, registram-se avanços importantes, a exemplo de projetos no escopo da atenção primária à saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS) (CAMPOS; GUERRERO, 2008); entre esses, o Programa Saúde da Família, depois modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF), que suscitou fortemente o debate sobre a necessidade de organização de residências multiprofissionais, contemplando a construção de um cuidado integral e em equipe — capaz de ofertar assistência individual e coletiva — orientado ao tratamento e à promoção da saúde, com base nos serviços e nos territórios de vida. Em que pesem experiências prévias desde a década de 1970, somente a partir de 2001 é que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) entram na agenda do governo brasileiro como estratégia complementar à formação básica para as equipes de atuação na atenção primária à saúde, no bojo da Saúde da Família.

Em 2003, já como política de especializações em residências, as RMS aparecem no interior da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o Trabalho no SUS, conduzida pela recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que apresenta como propósito reduzir os problemas da qualificação profissional e da articulação entre os setores da saúde e da educação, assim como das interfaces entre as instâncias federativas gestoras do sistema. No ano de 2005, foi promulgada a Lei Federal nº 11.129, que criou a residência em área profissional da saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)

(BRASIL, 2005a), junto à Secretaria de Educação Superior (SESu), no Ministério da Educação (MEC). Em 2009, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, que orienta as residências em área profissional da saúde, institui o programa nacional de bolsas para residência e estrutura a CNRMS (BRASIL, 2009). É a linguagem das Portarias que cria as legendas “multiprofissional” e “em área profissional”, em lugar de “multiprofissional” e “uniprofissional”, uma vez que a lei criou residências “em área profissional da saúde” e uma Comissão Nacional de Residência “Multiprofissional”.

A primeira definição de termos é ensejada pela legislação de 2005, que cria a residência em área profissional da saúde como programa de formação pós-graduada de caráter *lato sensu*, com exigência de dedicação exclusiva, na qual a qualificação dos profissionais acontece por meio da imersão nos serviços de saúde, sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Em seguida, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, refere-se à Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e a residência em área profissional da saúde, afirmando que:

constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos (BRASIL. MEC. MS, 2007a).

Após 7 anos, em 2014, a Resolução CNRSM nº 5, retoma a Lei e assevera: residência em área profissional da saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional (BRASIL. MEC. CNRMS, 2014a). Ao enunciar “a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde — CNRMS, instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009”, essa Resolução ressalta que:

os programas de residência em área profissional da saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional terão a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas (BRASIL, 2014a).

Em 2010, a Resolução CNRMS nº 2 definia que as instituições executoras, as que mantêm os programas de Residências, deveriam estar vinculadas a instituições

formadoras — Instituições de Ensino Superior (IES) — com o objetivo de auxiliar e colaborar na formação de residentes (BRASIL, 2010a). Essa Resolução foi revogada e, a partir de 2014, fala-se em instituições proponentes, podendo as formadoras de residentes serem instituições de ensino ou serviço, uma vez que tal formação se faz em serviço e este deve ser “rede-escola”, como prevê a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL. MEC. SESu. CNRMS, 2014b) — o que torna a formação de preceptores e tutores um objetivo relevante para a qualificação dos programas e da educação pós-graduada em serviço.

Mesmo tendo sido criados programas multiprofissionais de residência em saúde, os profissionais com formação básica em Medicina não têm sido incluídos. Por uma incompreensão da legislação que, ao criar a residência em área profissional da saúde, não alterou a Lei de Residência Médica e nem seus termos de diplomação especializada, equivalente tanto à pós-graduação acadêmica *lato sensu* quanto à titulação de especialidade médica, conforme regulamentação conjunta do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Educação Médica. A não alteração da Lei da Residência Médica não deveria impedir a presença de médicos nas residências multiprofissionais, apenas não lhes asseguraria as prerrogativas da obtenção do título de especialista médico. Sendo o médico um profissional que atua na prática do cuidado integral à saúde, integrando a equipe de saúde e estando previsto nas equipes mínimas da ESF e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); não há motivo de exclusão desses em relação às residências multiprofissionais, carecendo apenas de regulamentação a sua inclusão pela integração das duas modalidades de residência ou para a obtenção de aperfeiçoamento (não especialidade) profissional que não implique titulação equivalente à especialidade médica regulamentada.

O mundo do trabalho reivindica por vezes especialistas e, por vezes, profissional com “formação em”; a especialidade não necessariamente é condição para o provimento, embora possa ser requisito de precedência. Em diversos casos, entretanto, o requisito da especialidade pode ser fator de inclusão ou exclusão. A redação da legislação pode favorecer o entendimento de que as profissões em saúde possam se formar e trabalhar juntas, exceto com o médico, o que não faz sentido. Estratégias para o trabalho conjunto têm sido empreendidas desde a graduação, tanto

pelo MEC quanto pelo MS, assim como constam nas recomendações de organismos internacionais e nos estudos sobre a interprofissionalidade como melhoria da qualidade da atenção e da satisfação dos usuários. Contudo, persistem as dificuldades na realização de ações multi e interdisciplinares ou interprofissionais que incluam o profissional médico.

A Multidisciplinaridade e a Interdisciplinaridade

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização da atenção integral, contudo, é erroneamente confundida com a interdisciplinaridade, uma vez que profissão e conhecimento não são sinônimos (SAAR; TREVIZAN, 2007). Os termos “multi”disciplinaridade e “inter”disciplinaridade, no âmbito da saúde, em seus diferentes campos de práticas, são melhor compreendidos com o desmembramento da palavra “disciplinar”, que está relacionada a conhecimento, enquanto que a palavra “profissional” remete a trabalho (GALVÁN, 2007). A multi/interdisciplinaridade e a multi/interprofissionalidade encaminham, dessa forma, diferentes troncos: um do saber e outro do fazer. Estamos falando de cooperação na presença multiprofissional (interprofissionalidade), com intercruzamento de saberes disciplinares (interdisciplinaridade).

Conforme Morin (2002, p. 37), a noção de disciplina congrega “uma categoria que organiza o conhecimento científico e que institui nesse conhecimento a divisão e a especialização”, tal categoria responde “à diversidade de domínios que as ciências recobrem”. Segundo esse autor,

apesar de estar englobada num conjunto científico mais vasto, uma disciplina tende naturalmente à autonomia pela delimitação de suas fronteiras, pela linguagem que instaura, pelas técnicas que é levada a elaborar ou a utilizar e, eventualmente, pelas teorias que lhe são próprias.

Para Silva (2006), interdisciplinaridade pode ser compreendida como a interação entre duas ou mais disciplinas, sendo um método de pesquisa e de ensino que promove a comunicação de ideias, a integração de conceitos e o intercâmbio de epistemologia, terminologias e procedimentos. Compreende-se, assim, que a

interdisciplinaridade, no contexto das residências multiprofissionais em saúde, representa a integração/interação de pessoas, saberes, metodologias, abordagens e distintas ideias que se efetivam na ação dos profissionais.

No que se refere à multidisciplinaridade, Saar e Trevizan (2007) destacam que essa retrata uma justaposição de diversas disciplinas, onde cada profissional atua de acordo com o seu saber especializado; o que na concepção das autoras, quando se tratar da ação em saúde, torna o processo terapêutico fragmentado. Quando se fala em interdisciplinaridade, entende-se que há uma soma de valores, informações e conhecimentos a fim de construir saberes mais solidificados e integrados. Nogueira (2001, p. 143) afirma que na multidisciplinaridade “não existe nenhuma relação entre as disciplinas, assim como todas estariam no mesmo nível sem a prática de um trabalho cooperativo”. O autor conceitua equipes multiprofissionais como sendo uma associação de trabalhadores com formações e/ou atribuições diferenciadas, onde cada profissional tem sua percepção, porém trabalham integrados com a finalidade de entender melhor a situação em questão.

Já quanto à interdisciplinaridade, as disciplinas se comunicam entre si e dão origem a uma nova disciplina, promovendo o aumento do espectro de conhecimento. Ainda de acordo com o Nogueira (2001, p. 127), na interdisciplinaridade, “é necessária uma coordenação que integre objetivos, atividades, procedimentos, atitudes, planejamentos e que proporcione o intercâmbio, a troca e o diálogo”. É importante considerar que no desenvolvimento de um processo de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar são diversos os obstáculos enfrentados, a exemplo da priorização das competências específicas de cada profissão em detrimento à pouca valorização das competências comuns a todas as profissões envolvidas no cuidado em saúde.

Isso posto, acredita-se que a necessidade de uma residência em saúde que conceba o trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar tem relação com o fato de que o adoecer é um fenômeno complexo, que ultrapassa as necessidades sociais e, mesmo reconhecendo as competências disciplinares, é preciso assegurar o espaço de relação entre os saberes e as práticas para poder dar ao mesmo tempo conta da

singularidade e da complexidade da atenção em saúde (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Na nossa experiência, a formação de residentes em programas multiprofissionais, demanda a necessidade e aplicabilidade de um processo de trabalho em equipe, alicerçado na troca de saberes interdisciplinares, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde e na ação colaborativa no campo profissional.

O Multiprofissional e o Uniprofissional

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido norteada pelo modelo tradicional, biologicista, hospitalocêntrico e médico-centrado; embasado em uma prática especializada e fragmentada do cuidado em saúde. Nas duas últimas décadas, a formação em saúde vem sendo reorientada para um modelo de ensino que valoriza a abordagem multiprofissional. As experiências desses modelos formativos têm fundamentos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, implementadas a partir de 2001. Experiências inovadoras de formação multiprofissional, a exemplo do projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), da política para O SUS e os cursos de graduação da área da saúde (AprenderSUS)², do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e do Projeto Caminhos do Cuidado — este tendo sido voltado para o pessoal de nível médio, reunindo em formação agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem. Esses projetos foram desenvolvidos buscando fortalecer a formação interdisciplinar na equipe multiprofissional em saúde. Nesse contexto, o maior destaque deve ser dado às residências multiprofissionais com formação realizada em serviços de saúde. Apesar de todas as mudanças propostas e das diferentes estratégias implementadas, observa-se que a formação dos profissionais de saúde no cenário brasileiro ainda é predominantemente uniprofissional.

A formação uniprofissional é caracterizada por atividades educacionais realizadas entre estudantes de uma mesma categoria profissional, na qual o objetivo é aprender as especificidades da profissão escolhida, os seus valores e papéis; não há uma

² Política proposta pelo Ministério da Saúde, a qual teve como objetivo orientar as graduações em saúde para a integralidade na atenção.

educação voltada ao coletivo, o que contribui para o desconhecimento sobre a competência e as atribuições dos demais profissionais envolvidos no processo e não oferece o preparo para uma atuação integrada em equipe. Dessa forma, após formado, o profissional não valoriza o trabalho em equipe e tende a trabalhar de maneira isolada; restringindo-se apenas à sua especialidade e prestando uma assistência fragmentada ao usuário. Por outro lado, uma equipe multiprofissional, ao desenvolver um trabalho integrado, contribui para ampliar a resolutividade em relação às demandas dos usuários e a qualidade da atenção em saúde, ampliando e compartilhando conhecimentos e saberes que produzem intervenções efetivas na prática do cuidado integral em saúde.

As residências em saúde, propostas para reorientar o modelo de formação na perspectiva multiprofissional, mesmo as que assim se configuram, pelo que se percebe, desenvolvem uma prática pedagógica direcionada ao exercício de um trabalho uniprofissional, tamanha a ausência de práticas colaborativas; contrariando as diretrizes que deveriam nortear efetivamente esse modelo de formação. É o que se observa na separação de grupos de tutores e/ou preceptores de mesma categoria profissional, cenários específicos para cada categoria no interior dos serviços de saúde, aulas em separado por profissão e desenvolvimento de competência e habilidades fragmentadas na equipe de saúde.

Faz-se necessário, portanto, construir na gestão das Residências, um corpo docente-assistencial e de orientação de aprendizagens e pesquisa que compreenda, aproprie-se e dê expansão e desenvolvimento aos saberes interdisciplinares e às práticas interprofissionais na composição multiprofissional das equipes de residentes e demais atores envolvidos. São necessárias estratégias de ensino em serviço que consolidem o modelo de formação em equipe multiprofissional; possibilitando mudanças de atuação, mediante intervenções em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

Residências Multiprofissionais em Saúde e seus Horizontes

A qualificação dos profissionais norteadas a partir dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) tem por finalidade qualificar perfis profissionais,

segundo abordagens pedagógicas problematizadoras que possibilitem aos profissionais em formação a capacidade de analisar criticamente o cotidiano do trabalho em saúde e atuar de maneira colaborativa; para que, assim, possam ser capazes de reorientar as práticas do cuidado em saúde em face da integralidade e da humanização. Por serem estruturados de maneira a aproximar a educação e o trabalho, na perspectiva de formar profissionais na rede de serviços de saúde, os PRMS rompem o distanciamento existente entre ensino e serviço. O horizonte que se apresenta na formação de profissionais a partir dos PRMS contribui para que esses se tornem mais críticos, reflitam sobre suas práticas diárias, desenvolvam habilidades para o processo de trabalho em equipe e problematizem a realidade vivenciada; ressignificando as práticas de acolhimento, terapêuticas, de educação sanitária e de promoção da saúde.

Acredita-se que essa nova maneira de formar profissionais promove uma ruptura com o modelo tradicional hegemônico existente nas universidades, introduzindo um novo paradigma e uma nova metodologia de ensino, de modo a possibilitar a autonomia e o protagonismo no aprendizado. As Residências, enquanto processo de mudança, são responsáveis, assim, por (trans)formar profissionais, corroborar o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) e promover a integração entre a teoria e a prática de modo pragmático no cotidiano dos serviços.

A EPS é considerada “o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2004). A EPS é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de profissionais de saúde no contexto dos serviços e é entendida como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2004). A EPS se desenvolve a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os trabalhadores possuem. Segundo Ceccim (2005a, p. 161), a “educação permanente em saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, insere-se em uma necessária construção de relações e processos”. Esses processos partem “do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando

as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde” (CECCIM, 2005a, p. 161). Dessa forma, é imprescindível que a educação dos trabalhadores de saúde seja desenvolvida a partir da problematização do processo de trabalho, tendo em vista as necessidades de formação e o desenvolvimento desses, bem como buscando atender as demandas das populações (BRASIL, 2004).

Nossa preocupação tem sido no sentido de que as residências multiprofissionais em saúde ofereçam uma formação diferenciada, que qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica, ao uso das tecnologias em saúde — disponíveis ou a serem criadas — e ao desenvolvimento de pesquisas em atenção integral à saúde e humanização.

Construção de Programas de Residências em Saúde: nossa experiência

A vivência com a construção de programas de residência tem sido o nosso catalisador no empreendimento de lutas pela Reforma Sanitária e na intervenção nos movimentos sociais, permitindo que sejam feitas junto aos profissionais dos serviços discussões e reflexões sobre os princípios e as diretrizes do SUS; sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde local, regional e nacional; o papel do profissional como formador e, ainda, o pensamento das práticas sob a possibilidade da construção de sujeitos implicados e comprometidos com sua formação e com seu trabalho. Dessa forma, possibilita a educação em serviço, uma vez que pauta — de forma apropriada e atual — temas, instrumentos e recursos para a formação; questiona a prática e o processo de trabalho, bem como favorece a EPS nos serviços.

Outro aspecto que merece destaque na construção dos programas é o fato de a RMS ser uma política indutora que possibilita trazer para a equipe de saúde profissionais que anteriormente não a integravam e, com isso, despertar no serviço a necessidade desse profissional para uma atenção integral à saúde do cidadão, alertando o gestor para a criação de vagas em concurso para essas profissões. No que se refere aos gestores, o movimento de construção dos PRMS no estado da Paraíba tem favorecido uma relação horizontal das instituições de ensino com os serviços por exigir

a pactuação de cenários de prática com os gestores municipais e estaduais, permitindo que os formadores conheçam os serviços e que os serviços participem da formação.

A discussão sobre a aproximação entre universidade e serviços vem se fortalecendo pela proposta de integração ensino-serviço desde os anos 1970 (MARSIGLIA, 1995) a fim de atender à necessidade de uma formação com base no “trabalho real”. A RMS fornece para o cotidiano da formação a possibilidade da experimentação de práticas pedagógicas inovadoras, embasadas em metodologias ativas e na aprendizagem significativa, na maioria das vezes desconhecidas pelos profissionais (preceptores e tutores), por serem oriundos de uma formação tradicional, exigindo que os profissionais busquem conhecimentos sobre diferentes temáticas e modos de atuar.

A dinâmica das atividades práticas e teórico-práticas dos programas de residência adota tecnologias que permeiam as estratégias pedagógicas e favorecem a prática colaborativa, pautada nos sujeitos e em suas relações vividas no mundo do trabalho, a exemplo da Problematização e da ABP. Dessa forma, enfatizam o trabalho em equipe e a troca de saberes com vistas a construção de novos conhecimentos com objetivos educacionais para todos os atores envolvidos: profissional residente, preceptor, tutor e gestor dos serviços.

A metodologia da problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade, como enfatiza Berbel (1995). Constitui-se enquanto uma verdadeira metodologia, na medida em que envolve um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos envolvidos. Na Problematização, o grupo trabalha junto o tempo todo, com a supervisão de um professor/facilitador. Em alguns momentos poderão distribuir tarefas, mas retornam sempre para o grupo, que vai construindo o conhecimento em etapas.

Na ABP, o professor/facilitador formula um problema, que apresenta uma situação envolvendo a prática profissional, de forma mais próxima possível da realidade; a abordagem pedagógica é a abordagem centrada na capacidade de pensar e agir.

Baseia-se no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o residente estude determinados conteúdos, a partir da análise da realidade e tendo o grupo tutorial como apoio para os estudos. Esse grupo é composto por um tutor e oito a dez residentes. Dentre os residentes, um será coordenador e o outro secretário, rodiziando de sessão a sessão, para que todos exerçam essas funções. No grupo, os estudantes são apresentados a um problema pré-elaborado e assumem um papel ativo enquanto sujeitos inseridos, devendo ser levados em conta para a mudança da prática profissional. Apesar de reconhecermos a potencialidade da ABP, ela tem sido utilizada de forma incipiente. Na ABP, o grupo inicia junto o conhecimento e a discussão do problema e retorna depois para a rediscussão no grupo tutorial, quando os estudos individuais já foram feitos (BERBEL, 1995).

Em nossa experiência, o principal aspecto pensado na concepção pedagógica é a inovação no processo de ensino-aprendizagem, sem perder de vista todos os aspectos já abordados anteriormente e que dizem respeito aos seguintes itens:

- Desconstrução da grade curricular convencional;
- Introdução do conceito de conteúdo curricular trabalhado de forma interdisciplinar, em substituição às tradicionais disciplinas estanques;
- Construção de unidades temáticas desenvolvidas a partir da sinergia dos conteúdos curriculares afins;
- Substituição da tradicional aula teórica expositiva por um processo teórico-prático de estimulação-aprofundamento-consolidação dos conteúdos teóricos, mediante a elaboração conjunta de roteiros de estudos e do desenvolvimento de exposição dialogada, seguidos de debates orientados;
- Substituição da função de professor como simples expositor e aferidor de conhecimentos para o de facilitador do processo ensino-aprendizagem;
- Introdução da metodologia científica de forma crescente, a partir de uma abordagem inicial de estratégias de estudo, visando a qualificação do residente para o planejamento, desenvolvimento e implementação de pesquisas científicas;

- Estudo orientado a partir do método de resolução de problemas;
- Introdução de seminários científicos interdisciplinares orientados pelos preceptores e tutores, como complemento do processo de formação;
- Transformação do trabalho docente num processo de constante articulação pedagógica entre professores / instrutores / facilitadores para composição de roteiros de estudos temáticos, desenvolvimento e aprofundamento de estudos e avaliação interdisciplinar.

É evidente que a metodologia adotada guarda relação com a intencionalidade de atender a um processo de mudança na aprendizagem compatível com a metodologia da Problematização e da ABP, com a articulação das dimensões cognitiva, afetiva e sociointeracionista, com a integração do conteúdo dos diversos componentes curriculares, com o trabalho em grupo ou em equipe e com os desempenhos individuais estabelecidos a partir de competências e atitudes compartilhadas. Procuramos sempre utilizar cada uma dessas alternativas propostas, aplicando o que melhor se adequar para cada atividade, conteúdo ou experiência prevista no programa.

Isso posto, visto que, identifica-se nos profissionais dos serviços baixa compreensão de estratégias que coloquem o residente como sujeito ativo de suas ações. Os profissionais oscilam entre o exercício contínuo da autoridade e supervisão de práticas, a organização de sessões didáticas de preleção e controle da frequência e as cenas de exercício da prática assistencial. Assim sendo, faz-se necessária uma formação pedagógica em metodologias inovadoras para que tutores e preceptores dos programas possam contribuir de forma efetiva com o processo de formação em serviço. Todavia, apesar de existir uma política de incentivo à criação e disseminação de programas de residência em saúde desde o início dos anos 2000, não tem havido oferta de formação com vistas a preparar os profissionais para atuação no ensino em programas de residência uni ou multiprofissionais.

Considerações finais

As residências multiprofissionais em saúde, por serem experiências inovadoras no processo de formação, enfrentam cotidianamente inúmeras dificuldades para se consolidar. Mesmo diante da regulamentação estabelecida pela Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, observa-se que ainda falta comprometimento por parte das universidades, especialmente no tocante à liberação de docentes, disponibilizando carga horária para que esses possam integrar programas de residência, seja na condição de coordenadores ou de tutores. Outro aspecto que evidencia a ausência de apoio das universidades é a não inclusão da participação dos docentes nos programas enquanto carga horária a ser registrada como atividade de ensino de pós-graduação, o que implica na não contabilização nos relatórios de progressão funcional institucional. Isso, sem dúvida, configura-se como um fator que provoca o desinteresse de muitos professores em se inserir nos programas de residência.

No que se refere à elaboração de suas propostas pedagógicas, cita-se como exemplo, no âmbito das instituições formadoras, a pouca compreensão dos atores envolvidos sobre a verdadeira concepção teórico-metodológica que deve nortear a estrutura curricular nos diferentes programas; uma vez que, por estarem imbricados em um modelo tradicional de ensino, persistem em estruturar programas de residência pautados em componentes curriculares que ainda se apresentam na modalidade de disciplina. Entende-se que essa problemática compromete a implantação e implementação dos programas, visto que, embora possamos instituir nesse processo de formação um suporte teórico e metodológico norteado por metodologias ativas e problematizadoras, a prática pedagógica adotada por tutores comumente se apresenta dissonante àquela preconizada nos projetos. A sua concepção de multiprofissionalidade, exige necessariamente a formação de equipes envolvendo diferentes núcleos profissionais para a inserção em cenários de prática. Contudo, ao se analisar as ações dos profissionais residentes nesses cenários, observa-se que esses não desenvolvem efetivamente um trabalho em equipe, uma vez que valorizam as competências específicas em detrimento das competências comuns a todos os núcleos profissionais. No que se refere aos preceptores nos cenários de práticas, evidencia-se que, por não serem na sua maioria capacitados para o exercício dessa função, não conseguem

desenvolver as habilidades pedagógicas necessárias para a condução dos residentes em um processo de trabalho em equipe.

Outro problema que reflete na formação dos residentes, quando da sua inserção nos cenários e integração nas equipes com os profissionais, é o fato de estes perceberem remuneração salarial significativamente inferior ao que os residentes recebem como bolsa de estudos. Por outro lado, os profissionais dos serviços não possuem incentivo financeiro para a função de preceptor, nem por parte dos programas de residência nem por parte da gestão dos serviços; assim, em muitas situações, esses resistem em assumir função pedagógica, o que implica dificuldade de acompanhar e orientar os residentes. Conflitos entre gestores, profissionais dos serviços e residentes podem ser observados quando estes últimos vivenciam condutas terapêuticas inadequadas, falta de estrutura e organização dos serviços, dificuldade de diálogo na comunicação profissional e outras situações de enfrentamento quando se propõem a orientar a mudança da prática e a ressignificar o cuidado em saúde.

Diante dessas inúmeras dificuldades, ressalta-se que é necessário fortalecer a implantação e implementação dos programas de residência, exigindo-se a mobilização de diversos atores — do âmbito das instituições formadoras e da gestão dos serviços — para que se possa efetivar esse processo de qualificação de profissionais para o SUS. No momento atual, a construção e consolidação dos programas de residência apresenta dificuldades notadamente por consequência de uma conjuntura política e econômica instável. Outro problema que precisa ser superado é a falta de compromisso formal das instituições de ensino com os programas, o que não se faz pelo conceito “instituições formadoras” ocupadas do processo pedagógico e “instituições executoras” ocupadas do processo assistencial, mas pela integração ensino-serviço ocupada das aproximações universidade-sociedade. Pautando as residências como formação importante para os profissionais de saúde e para o SUS, apontamos inúmeros benefícios para os usuários e para a satisfação dos profissionais com o trabalho.

Ainda precisamos avançar nas parcerias e pactuações com a rede de serviços de saúde dos municípios de modo que os gestores compreendam a importância dessa formação em serviço para a ressignificação das práticas nos diversos cenários, assim

como para a qualificação dos seus profissionais; além da identificação da necessidade de outros profissionais que não integram atualmente a equipe de saúde.

Enfim, percebe-se a importância de se romper com conceitos pré-formados e se admite a ideia de trabalhar de uma forma mais leve e mais prática na tentativa sempre de se obter serviços de saúde que ofereçam uma assistência de melhor qualidade. É fato contemporaneamente constatado que o processo de ensinar e aprender é dinâmico e complexo e requer de um lado a ousadia de vários profissionais envolvidos nas práticas de saúde, seja na formação ou nos serviços de saúde; de outro, que se lancem em experiências que transcendam o modismo ou a mera aplicação de modelo testado em metodologias inovadoras. A adesão por parte de todos às residências multiprofissionais em saúde é para atender às necessidades de saúde da população; em que, no decorrer do processo, ocorra o entendimento do que se faz necessário ao processo de aprendizado de residentes, docentes, preceptores, tutores e gestores, já que, na realidade, todos estão em formação.

REDE-ESCOLA: um diálogo necessário

*Lucineide Alves Vieira Braga
Jairo Domingos de Moraes
José da Paz Oliveira Alvarenga
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Valéria Leite Soares*

Introdução

Um olhar para o diálogo que se estabelece em tempos oportunos para mudanças de práticas nos modos de ensinar em saúde é fundamental. Toda a relação estabelecida entre teoria e prática está ancorada em diretrizes que irão nortear serviços, IES e os envolvidos na formação profissional. Nesse sentido, tem-se um enorme desafio que, segundo Ferreira, Foster e Santos (2012), é o de perceber que a integração ensino-serviço-comunidade está intrinsecamente ligada à construção de um novo modo de ensinar, aprender e fazer efetivo para todos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem: professores, estudantes, gestores das IES e do SUS, profissionais de saúde e população. Nesse contexto, o cenário de aprendizagem é caracterizado não somente pelo aprender-conhecer e pelo aprender-fazer, mas também, pelo aprender-ser e pelo aprender-conviver. Dessa forma, o cenário de aprendizagem deve ser cenário privilegiado de produção do conhecimento e da experiência, além de construção de si e de relações.

É nessa perspectiva que a formação profissional em saúde, a partir das diretrizes curriculares de 2001, representa a inserção dos estudantes precocemente na rede de saúde, tendo como *lócus* principal a Atenção Básica (AB), rede distribuída em território de superfície, abrangendo área geográfica, população e indivíduos sob atenção. A formação profissional se integra ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Essa situação gera debates entre o meio acadêmico, os serviços, a gestão e a sociedade. Desloca-se a formação do atendimento individual às demandas sociais com vivências em outros espaços de atenção para além do hospitalar, hegemonicamente utilizado nas práticas em saúde.

Para efetivação dessa proposta de formação, são criadas, no início dos anos 2000, estratégias de mudança curricular para os cursos da área da saúde, assim como programas e políticas indutores, oriundos de ações articuladas entre os Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Vários foram os programas implantados a partir da articulação entre esses Ministérios, dentre os quais se destaca o Pró-Saúde, que teve como perspectiva a reorientação da formação a partir de três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica; articulando-se em direção à situação desejada de integração ensino-serviço das IES com o sistema local de saúde, atendendo às necessidades da população, da formação de profissionais, da qualificação da prestação de serviços e da produção do conhecimento implicado com a realidade, favorecendo, assim, o fortalecimento do SUS (BRASIL. MS. MEC, 2005b).

No ano de 2005, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), foram contemplados no edital do Pró-Saúde, o qual se tornou “mola propulsora” para a mudança na relação entre a IES e os serviços de saúde, beneficiando a formação dos discentes dos diferentes cursos da saúde e dos trabalhadores da rede, além de favorecer a reorganização dos serviços e a atenção à saúde da população. Por meio desse, foi desencadeado o projeto “Rede-Escola”, o qual foi possível devido a aproximação entre a UFPB e a SMS-JP, mediante a constituição de uma Comissão Gestora Local. Essa comissão foi composta por representantes da gestão municipal de saúde de João Pessoa; dos trabalhadores dos serviços; da formação (docentes e discentes) e do controle social (Conselho Municipal de Saúde); os quais passaram a se reunir, ordinariamente, uma vez por mês, para avaliar as ações do Pró-Saúde e o atendimento aos seus três eixos norteadores. As discussões permitiram aos cursos desenvolver um novo olhar quanto aos componentes teóricos, pedagógicos e das práticas. A partir de então, os cursos foram se aproximando dos serviços, conhecendo a rede e a realidade de vida da população em seu território, compreendendo sua dinâmica e necessidades e ampliando os campos de estágios e o engajamento com processos de mudança. Igualmente (corresponsabilidade), os serviços de saúde passaram a se sentir parte integrante da formação em saúde.

No ano de 2008, surge outra iniciativa federal, o PET-Saúde, que ratificou as ações promotoras de integração ensino-serviço. O PET-Saúde teve contribuição no

desenvolvimento das práticas em serviço para os trabalhadores do SUS, especialmente para aqueles inseridos na ESF. O programa estimulou a aprendizagem tutorial, aproximando trabalhadores, alunos e docentes a partir da vivência do trabalho em saúde na AB (BRASIL, 2008).

Em meio às propostas de mudança da formação e do desenvolvimento de estratégias para a educação de profissionais de saúde em serviço, surgem os Programas de Residência em Saúde (PRS), mais especificamente as residências multiprofissionais, que se constituem potencialmente em inovação para a educação interdisciplinar da equipe multiprofissional, produzindo atos terapêuticos e educativos em território, "dando permeabilidade aos atos educativos no cotidiano dos serviços de saúde" (HAUBRICH et al., 2015, p. 54). Para Haubrich et al. (2015) as residências multiprofissionais engendram possibilidades na formação dos profissionais, criam práticas, estimulam experiências locais, ativam mudanças institucionais e nas equipes, introduzem mecanismos de autogestão, incentivam a formulação de novas abordagens e potencializam a desconstituição de entendimentos dicotômicos sobre a realidade.

Nesse contexto, a integração ensino-serviço em João Pessoa/PB estabeleceu um movimento articulado entre as IES públicas e privadas, a gestão municipal e o controle social, incorporando a proposta nacional de operar a noção de Rede-Escola, superando o cenário dos hospitais universitários como preponderante para a formação, isto é, do hospital-escola à rede-escola. No sistema municipal de saúde, o objetivo é organizar um fluxo de práticas nos serviços de saúde e seus territórios de intervenção. A Rede-Escola se constitui, então, em dispositivo de (re)organização do acesso das instituições de formação aos serviços da SMS-JP e de incentivo à expansão dos programas de residências em saúde. Em seu desenvolvimento, foi fundamental e necessário criar espaços coletivos para discutir caminhos e processos, estimular o compromisso dos serviços para com a formação profissional, apoiar a implementação da EPS e conduzir metas de gestão sanitária localregional (corresponsabilização).

Para além da funcionalidade de organizar demandas das IES, a Rede-Escola tem para si a finalidade de ampliar e qualificar as relações ensino-serviço-gestão-controle social, proporcionando aumento de cenários de aprendizagem, desenvolvimento de

ações voltadas para a formação profissional em saúde e programas de residência em área profissional da saúde; de forma a garantir o direito à saúde e o fortalecimento do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2012). Por meio da Política Municipal de EPS, a Rede-Escola qualificou a articulação entre SMS e IES, possibilitou espaços para a problematização das práticas profissionais e organização do processo de trabalho, bem como do controle social; favorecendo a construção de vínculos, a circulação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no trabalho.

Ao adotar a EPS, nos anos 2004/2005, como política de gestão, João Pessoa tinha como perspectiva criar estratégias de mudança das práticas profissionais e dos serviços, principalmente por compreender que os serviços que integram essa rede são locais de escutar/atender e espaço de ensinar/aprender. Neste sentido, vislumbrou-se que a parceria com as IES na construção da aprendizagem no e pelo trabalho era uma ação política estratégica, que deveria fazer parte da agenda de trabalho do município, sendo essa uma importante contribuição para o ordenamento da formação de profissionais de saúde, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que, em seu artigo 5º, parágrafo 3º, aponta que compete ao SUS “a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde”. Daí a importância dessa composição dos serviços como espaço de formação de trabalhadores para a atuação no SUS.

Ceccim e Feuerwerker (2004a) ao se referirem a qualificação dos profissionais de saúde, recomendam que essa leve em consideração a problematização do processo de trabalho e que, dessa forma, favoreça a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho; não deixando de considerar as necessidades de saúde individuais e coletivas da população, da gestão e do controle social em saúde. A formação dos trabalhadores em saúde é um desafio presente na consolidação do SUS. É necessária a formulação de estratégias de capacitação e transformação desses trabalhadores em profissionais comprometidos, que considerem a complexidade do processo saúde-doença, os territórios e os aspectos epidemiológicos, dentre outros.

Com a finalidade de formalizar a relação entre as IES e a SMS-JP, no ano de 2005, foi criada a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (DGTES) no município e, nessa, a Gerência de Educação na Saúde (GES), com o objetivo de ordenar

as práticas de formação realizadas nos serviços e a educação de profissionais, assim como, as pesquisas desenvolvidas na rede. Para compreender a situação e poder se traçar intervenções de forma efetiva, foi realizado um mapeamento sobre a situação legal que envolvia convênios e cooperações técnicas, assim como as fragilidades e potencialidades existentes na relação/integração ensino-serviço. Foram identificadas diferentes situações, a exemplo de instituições que procuravam a SMS-JP apenas para a renovação de convênios, sem nenhum diálogo ou propostas de interação; e instituições que não apresentavam instrumento jurídico de convênio, sendo as pactuações de estágios e aulas práticas feitas por meio de acordo direto, amizade com os profissionais dos serviços ou ainda mediante pagamento aos trabalhadores para o exercício da preceptoria. Algumas instituições não se responsabilizavam pelo seguro contra acidentes dos seus estudantes e, na maioria dos casos, evidenciava-se ausência ou inexistência de docentes responsáveis pelo acompanhamento dos discentes durante as práticas.

Diante do resultado do mapeamento e com a finalidade de sustentar a proposta da Rede-Escola, no ano de 2006, realizou-se a I Oficina de Trabalho da Rede-Escola, com 150 participantes, envolvendo 12 instituições de ensino e a equipe da GES/DGTES. Na ocasião, pôde-se debater com as instituições formadoras a Política de Educação Permanente em Saúde adotada pela gestão municipal. Estiveram presentes docentes, representantes do movimento estudantil, trabalhadores da rede de atenção e da gestão. A Oficina foi considerada um marco para a consolidação da Rede-Escola, apontando diretrizes para a sua operacionalização. Pela primeira vez na história da SMS-JP, reuniram-se representantes do “quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a) objetivando discutir e encontrar soluções para a integração ensino-serviço-comunidade e a qualificação dos profissionais dos serviços do município. Foram pactuados compromissos em torno da construção conjunta de agenda para: a preparação e a formação em EPS de profissionais e docentes; identificação dos serviços que congregassem o maior número de cursos e profissionais com perfil para supervisionar e orientar estudantes e residentes; desencadeamento do planejamento conjunto de atividades a serem desenvolvidas nas unidades de saúde; regulação da manutenção da

presença de estudantes, residentes e docentes ao longo de todo o ano na rede de saúde; estruturação do acompanhamento do trabalho desenvolvido pelos discentes e residentes, com a participação de docentes, profissionais, gestão e controle social em oficinas periódicas, e construção do reconhecimento da atividade docente-assistencial entre os afazeres dos profissionais (preceptoria pelos serviços de saúde).

O produto dessa I Oficina subsidiou a realização do Termo de Convênio nº 001, de outubro de 2006, firmado entre a Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP), por meio da SMS-JP, e 14 IES existentes no município, sendo materializadas as novas bases e os novos critérios para a relação ensino-serviço e a regulamentação da oferta da rede de saúde como cenário de aprendizagem e espaço de formação e desenvolvimento profissional cotidiano para a graduação, pós-graduação e educação profissional técnica. O movimento para a consolidação da Rede-Escola tornou-se contínuo ao longo dos anos e foi se configurando em rotina para as IES. As unidades de saúde passaram a ser selecionadas levando em consideração o perfil e os serviços oferecidos a partir de termo de compromisso assinado pela IES e a SMS-JP, com entrega da relação de estudantes e docentes responsáveis, além de cópia do seguro de saúde dos discentes. É bem verdade que no início houve resistência, críticas e retardo nas negociações de cenários e períodos para as práticas, bem como dificuldade para algumas instituições mudarem de cenários que já frequentavam há anos para outros que apresentavam maior oportunidade de aprendizagem, porém não eram conhecidos por essas.

As pesquisas desenvolvidas na rede também foram normatizadas, responsabilizando o pesquisador, envolvendo profissionais e permitindo *feedback* para o serviço. As experiências acumuladas e os pactos firmados no período de 2005 a 2006 ajudaram a produzir movimentos internos com profissionais dos serviços para o fortalecimento de parcerias em torno de uma política para a Rede-Escola, bem como coincidiu com o processo desencadeado na SMS-JP para experimentação de um novo arranjo organizacional: a formação de equipes de apoio matricial nos Distritos Sanitários. O desenho organizativo da gestão trouxe para o cenário um novo ator, o apoiador, responsável por acompanhar e dar suporte às equipes de saúde da família, passando a fazer interlocuções com as equipes na pactuação e no acompanhamento dos

cenários de prática, assim como nos processos de avaliação e de formação desenvolvidos nos territórios.

O processo de organização dos cenários como espaço de formação foi intensificado e contribuiu com a construção de vínculos, aumentando a possibilidade de adesão de novos sujeitos e responsabilização com o desenvolvimento de processos de aprendizagem pelo trabalho no âmbito da rede municipal de saúde. Em contrapartida, as IES se comprometeram em: certificar a atividade docente-assistencial dos profissionais; estimular e apoiar a participação dos profissionais na produção e publicação de trabalhos científicos; além de valorizar a participação dos profissionais nos processos de seleção para os cursos de especialização e aperfeiçoamento oferecidos. A parceria com as IES tem sido fundamental para construir o sentido do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a identificação de temas relevantes para mobilizar a oferta por parte das instituições formadoras, a realização de cursos e outras atividades formativas relevantes para o enfrentamento dos nós críticos no processo de trabalho e no desenvolvimento dos profissionais.

É importante destacar que a prática das instituições privadas de pagamento aos profissionais da rede que atuavam no acompanhamento dos estudantes foi compreendida pela gestão como um problema a ser enfrentado, entendendo que esse pagamento deveria ser revertido para o serviço, o que possibilitaria o reconhecimento de que todos os trabalhadores, de forma direta ou indireta, contribuem para a formação dos estudantes, sendo esse um atributo de todos os profissionais formados na área da saúde, como prescrito nas DCN. Para a concretização da contrapartida, foram realizadas várias discussões com as instituições privadas, o que originou um Termo Aditivo aos Convênios, definindo um valor *per capita* depositado em conta específica, destinado à reestruturação dos espaços de aprendizagem. Em relação as IES públicas, a contrapartida pactuada foi a oferta de qualificações, aperfeiçoamentos, especializações e mestrado profissional, além da participação dos profissionais em pesquisas, extensão e bancas de trabalho de conclusão de curso de graduação e pós-graduação.

Os Programas de Residência no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde

A formação em saúde ainda se encontra, em sua maioria, estruturada de forma uniprofissional, com raras oportunidades de educação “interprofissional” e “multiprofissional interdisciplinar”, por mais que os cursos tenham reformulado suas diretrizes e os estudantes dos diversos cursos estejam nos mesmos cenários de aprendizagem. Tendo em vista que as práticas assistenciais ocorrem cotidianamente entre estudantes e trabalhadores da mesma profissão, há uma frágil integração de uma profissão com as outras, o que contribui para a falta de reconhecimento das competências e responsabilidades de uma equipe multiprofissional interdisciplinar. Ao mesmo tempo que as Residências representam uma das modalidades mais antigas de formação de profissionais de saúde em serviço, expressam forte lógica uniprofissional. Contrapõem-se a esse modelo as residências multiprofissionais que surgiram como proposta de mudança dessa lógica, tendo como principal finalidade integrar saberes e preparar os profissionais das diversas categorias da saúde para trabalharem em equipe, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

As Residências precisam reconhecer que a EPS é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de profissionais no contexto dos serviços de saúde, a partir da realidade dos problemas enfrentados no cotidiano, considerando os conhecimentos e as experiências que os trabalhadores possuem. Além disso, considera-se fundamental para o aprendizado a extensa carga horária de presença do profissional residente nos serviços, permitindo uma vivência intensiva do processo de trabalho.

Os programas de residência em saúde do município de João Pessoa desenvolvem suas práticas na rede de serviços de atenção primária, secundária e terciária. Desde a década de 1990, há residentes nos serviços de saúde, mesmo antes de existir a Rede-Escola. Uma das primeiras Residências foi a de Medicina Preventiva e Social, seguida da Residência em Saúde da Família, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente e Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN).

É importante ressaltar que a rede de serviços de saúde do município é ampla e apresenta condição estrutural para receber estudantes e residentes em suas unidades, estando organizada territorialmente em cinco Distritos Sanitários, que recortam toda a extensão territorial da cidade, tornando os cenários ricos em diversidade. No âmbito da AB, a ESF se constitui na principal estratégia de organização. No que se refere à rede de cuidados progressivos à saúde (CECILIO, 1997), a SMS-JP tem tentado promover a integração dos hospitais municipais na rede, acompanhando os parâmetros de gestão e buscando melhor acolhimento e maior resolutividade para as necessidades dos usuários que procuram os hospitais ou a eles são encaminhados por profissionais das equipes de saúde da família ou especialistas da rede.

Nessa perspectiva, a Rede-Escola passa a ser uma estratégia valorosa para a ressignificação dos conceitos e das práticas de trabalho, na medida em que pode fazer o serviço e a universidade repensarem suas práxis e formarem quadros profissionais melhor qualificados para o SUS. Contudo, ainda existem desafios a serem superados pela Rede-Escola, devido a fatores como: mudança de gestores e de profissionais nos serviços com critérios pouco definidos, fragilizando-os, produzindo uma precarização de vínculos; diferentes compreensões dos conceitos referentes à formação em serviço; ausência de alguns núcleos profissionais nas equipes e tratamento diferenciado para preceptores das IES públicas e privadas, em que aquelas possuem como contrapartida a formação para os profissionais e estas fornecem financiamento aos serviços para bens de consumo — o que provoca fragmentação e fragilidade no exercício da preceptoria; e desarticulação das ações entre as diversas residências e/ou os diversos estudantes que atuam no mesmo cenário.

Além das residências que já desenvolviam suas práticas na rede, no ano de 2013, foi instituído o programa próprio da SMS-JP em atendimento a Edital do MS, tendo início as residências médicas e em área profissional da saúde. O Programa de Residência Médica da SMS-JP iniciou em 2014, com vagas para os programas de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Terapia Intensiva e Traumatologia-ortopedia. Os residentes desenvolvem suas atividades em cenários de hospitais gerais, na rede básica de atenção à saúde — unidades básicas de saúde e Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) —

nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No ano de 2015, a SMS-JP implantou um programa de residência em área profissional da saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, contemplando as profissões de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia; atualmente desenvolvido em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) — a qual integra a Comissão de Residência Médica (COREME) e a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da SMS-JP.

Atuam ainda na rede municipal a RESMEN, da UFPB, e as Residências Médicas em Medicina de Família e Comunidade da UFPB, da FCM e do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) — instituições conveniadas à Rede-Escola. Na AB, o município estabeleceu que os espaços de atuação dos residentes médicos e das demais profissões da saúde passassem a ser nas mesmas unidades, visando, com isso, a integração entre os programas e dos residentes, objetivando a melhoria da assistência. Considera-se essa iniciativa um avanço, porém, no cotidiano, ainda é um desafio a se vencer o de conseguir planejar e executar ações conjuntas, dada as especificidades de cada equipe. No entanto, algumas iniciativas exitosas têm ocorrido e qualificado a atenção, a exemplo das interconsultas, das visitas domiciliares em equipe, do acompanhamento de grupos e da construção de alguns Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Em se tratando do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), esse emergiu da necessidade de aprimoramento da AB no município. A inserção dos residentes nas equipes de saúde da família do município visa fortalecer o desenvolvimento do trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos, que são originados na interface dos diferentes campos de trabalho profissional, além de aprofundar a parceria entre a universidade e os serviços. Entende-se que a Residência contribui para a expansão e a consolidação da ESF, no sentido de formar profissionais de saúde comprometidos e capazes de operacionalizar as mudanças necessárias na organização do cuidado em saúde. Nessa perspectiva é que os programas de residência em saúde vêm ganhando espaço dentro da Rede-Escola, que até pouco tempo atrás era lugar apenas de articulação e discussão

dos cursos de graduação. Outro avanço que se dá pela inserção dos residentes na rede é o no que tange à qualificação e às melhorias para os serviços; a partir do momento que aproxima os futuros profissionais das demandas da população, fomentando o embasamento para uma nova conduta e um olhar profissional ampliado e humanizado — que deve primar pela atenção integral, bem como ser capaz de compartilhar saberes e suscitar a ressignificação das práticas e dos processos de trabalho.

Considerações Finais

A experiência vivida, tanto na formação da Rede-Escola quanto na sua condução tem favorecido diálogos e reflexões. Percebe-se que construir pactos para a inserção, na rede de serviços, de estudantes e residentes comprometidos com a produção de novas práticas não é algo fácil. Tal fato implica na desconstrução de uma relação ensino-serviço historicamente utilitária, de pouco compromisso e responsabilização com a organização dos serviços e com a qualificação da atenção. Portanto, trata-se, de um processo que provoca desacomodação, conflitos e disputas existentes nos cenários de aprendizagem.

A Política de Educação Permanente em Saúde viabiliza que os serviços, a gestão e as necessidades de saúde da população sejam problematizados na busca pela resolutividade dos problemas do cotidiano dos serviços e do seu gerenciamento. A inclusão das IES nos diversos serviços da rede, principalmente na AB, cria uma aproximação dos estudantes com a realidade de saúde, na proposta de, junto com a equipe, buscar estratégias e compartilhar saberes e práticas. Não se pode dizer que tal processo é simples, pelo contrário, caminhar diante de diferentes interesses pode ser conflituoso. Nem sempre o desejo da gestão coincide com as necessidades coletivas e individuais dos usuários e dos profissionais, assim como dos estudos desenvolvidos pela universidade. Sabemos que nem sempre os que compõem a gestão estão preparados ou são conhecedores de dada realidade, muitas vezes, assumem o compromisso por indicação, o que pode fragilizar o equilíbrio dos interesses diante da necessidade real. Destarte, os momentos de encontros devem ser criados, ampliando as discussões, reflexões e mudanças na reorientação dos serviços; favorecendo a implementação do SUS e uma formação de qualidade, de forma a possibilitar o cuidado integral em saúde.

Diferentes movimentos foram fundamentais na construção e continuidade da Rede-Escola, como os programas advindos da articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, que favoreceram os primeiros encontros entre a academia e os serviços. Os encontros articulados por esses programas permitiram a ampliação dos cenários de prática, saindo do contexto hospitalar para o da AB. Para a efetivação dessa ampliação foi necessária a pactuação de novos cenários de aprendizagem para as práticas de ensino, pesquisa e extensão no território. Além disso, o acompanhamento e a avaliação dos processos formativos nos espaços de aprendizagem permitiram um olhar mais crítico e reflexivo, visando não apenas a técnica na formação, mas o desenvolvimento de valores éticos, atitudinais e comportamentais no fazer em saúde. O encontro entre profissionais dos serviços, docentes, estudantes de graduação de diversas IES e de núcleo profissionais distintos, residentes em saúde e usuários fortalece a formação de educação permanente dos trabalhadores, visto que estudantes e residentes — com seus professores e tutores — trazem outro olhar; além da fala do próprio usuário, que possibilita reflexão sobre as práticas e favorece a construção da integralidade em saúde e de saberes a partir da prática.

Ainda percebemos fragilidade no contexto da Rede-Escola e sabemos que não são fáceis os enfrentamentos, mas acreditamos que é no dia a dia e nos encontros que nos fortalecemos. A abertura às críticas produz reflexões diante da vivência no “quadrilátero da formação”. Os diferentes momentos políticos provocam desequilíbrios e as relações de poder se modificam, ora nos levando a decepções ora a satisfações. No entanto, as expressões de que a formação em saúde está em um momento significativo de mudança para práticas menos verticais e tecnicistas estão apontadas em nossos resultados, que ainda não são os mais satisfatórios. Contudo, ao olhar para o início da implementação da Rede-Escola, temos consciência de que estamos na busca de uma formação de qualidade e da reorientação dos serviços.

VIVENDO A FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES: uma experiência refletida

*Lenilma Bento de Araújo Meneses
Valéria Soares Leite
Adriene Jacinto Pereira
Roberta Cláudia dos Santos Rocha
Mariana Camila Vieira Fernandes*

Introdução

Ao longo dos anos, a formação em saúde vem passando por transformações. Nesse sentido, os cursos de graduação da área de saúde perpassam por mudanças significativas em suas estruturas curriculares, atendendo ao que orientam as DCN a partir de 2001. Entre as tarefas de mudança, estão a integração entre instituição formadora e rede de serviços de saúde e o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes compatíveis com o trabalho interprofissional, a integralidade da atenção e a defesa do SUS. O contato com o processo de trabalho na rede de serviços de saúde dos municípios passa a ser tão ou mais importante que o contato com o hospital, sendo este universitário ou não. Outro aspecto a ser considerado é o processo ensino-aprendizagem em saúde, o qual deve transformar o modelo de ensino centrado na figura do docente e desenvolvido por meio de aulas expositivas, em um modelo que permita maior contato com a realidade e com práticas em serviços de saúde e territórios de vida da população. Também se espera a mudança para o protagonismo estudantil, em divergência ao modelo formador hegemônico que ainda predomina em nosso país, em que é baixa a reflexão e crítica sobre os processos sociais e de subjetivação, o que causa consequências na prática profissional.

No contexto da formação e do desenvolvimento de trabalhadores da saúde, há uma grande expectativa nos programas de residência em saúde, esperando-se que produzam respostas aos dilemas cotidianos do SUS. Enquanto a Residência Médica existe por lei desde 1977 (Decreto nº 80.281), as residências em área profissional da saúde que também surgem na década de 70, somente em 2005 foram instituídas por meio da Lei Federal nº 11.129, abrangendo todas as demais profissões da saúde, podendo ser uni ou multiprofissionais. Os programas de residência em “área profissional

da saúde” — as antigas “especialidades em saúde” — resultaram de uma articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação e o Conselho Nacional de Saúde, numa perspectiva de formar profissionais com as competências requeridas pelo SUS. Esses programas de residência colocam nos serviços profissionais de diferentes categorias, mas os multiprofissionais, permitem a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, favorecendo a atenção integral ao usuário, o trabalho em equipe e o cruzamento de saberes em busca de uma visão profissional mais abrangente.

A educação pós-graduada realizada em serviço busca atender às necessidades de formação profissional por meio da aprendizagem prática e da troca de experiências, tanto entre profissionais e usuários quanto entre os membros da equipe multiprofissional. Destarte, é reconhecido o lado positivo dessa formação para os serviços de saúde, que passam a contar em suas equipes com profissionais que baseiam seus conhecimentos e ações na EPS. Para atender às demandas dos programas de residência, devem ser levadas em consideração as necessidades dos residentes, profissionais dos serviços, usuários, cenários de prática e gestores. Dessa forma, é imprescindível buscar estratégias metodológicas que tornem profissionais e residentes participantes ativos do processo de formação.

Mitre et al. (2008, p. 2134) apontam que há uma “crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico”, como modo de atingir uma formação profissional, que reconheça na dialética da ação-reflexão-ação, a inscrição da educação nas lutas sociais por um mundo mais humano. No sentido de tornar o discente um sujeito ativo na sua formação, inúmeras iniciativas têm surgido na perspectiva da reorientação da formação e das práticas profissionais, com vistas a gerar ações e projetos que discutam e apontem soluções para problemas que envolvam os processos de trabalho no âmbito da saúde, como a estratégia da EPS. A EPS é uma política nacional criada para o fortalecimento do SUS, tendo como base precursora a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de educação do pessoal da saúde. No Brasil, essa proposta pedagógica de formação é articulada no Ministério da Saúde, objetivando o desenvolvimento dos trabalhadores, tanto nas ações dos serviços de saúde quanto na educação superior e profissional, tendo em vista um

ensino e aprendizagem mais significativo para as necessidades sociais em saúde e que possua um maior compromisso político com a sociedade. As iniciativas da EPS abrangem profissionais da rede de serviços, gestores, docentes, estudantes, residentes e controle social (movimentos sociais, conselheiros de saúde, entre outros).

A proposta educacional da modalidade Residência é cada vez mais presente na formação em saúde. Se em 2009 eram 508 programas, em 2016 já eram 1.225, apontando um crescimento de 141% em 7 anos, excetuada a residência médica. Em números médios, um crescimento de 20% ao ano. Programas de Residência exigem profissionais que compreendam e possam acompanhar e orientar as atividades dos residentes, no papel de preceptor. Pontes (2005) comenta que o preceptor é o membro da equipe no serviço que realiza o acompanhamento dos alunos nas atividades de campo ou o profissional de saúde, membro da equipe de supervisão, que oferece ao discente apoio pedagógico e suporte técnico-assistencial em determinada especificidade. A busca pelo profissional com perfil de competências para preceptoria e tutoria em residências deve incluir a capacidade de estimular a criticidade e a reflexão e esse deve ser o “norte” para a sua formação.

A maioria dos preceptores e tutores das residências em saúde são profissionais sem (ou com frágil) formação para o apoio pedagógico e suporte técnico-assistencial de profissionais em formação, que possuem metodologias e/ou práticas tecnicistas. Muitos docentes no papel de tutor não se sentem habilitados para esta competência e, nessa medida, reproduzem o modelo da transmissão de conteúdo, com a expectativa de memorização e verificação da aprendizagem por meio de provas, com pouca reflexão sobre as práticas, sem problematizar o processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida; muitas vezes, centrado nas especialidades e na fragmentação disciplinar, dificultando processos de trabalho compartilhados e interprofissionais, distanciando-se de um processo ativo de aprendizagem.

Deve-se considerar que, com a expansão dos programas de residência em saúde, a condição de preceptor também se expandiu, conseqüentemente, passou-se a requerer um olhar diferenciado das instituições formadoras em saúde, no sentido de ofertar a qualificação e o desenvolvimento necessários para que os profissionais dos

serviços (preceptores) e os docentes ou expertises (tutores), possam desempenhar suas funções de formadores a colaborar com a formação do residente. Jesus e Ribeiro (2012) apontam que há necessidade de qualificação pedagógica de preceptores, tutores e docentes envolvidos no processo de formação em saúde, que essa formação deve ser fortalecida por meio da problematização daquilo que é vivenciado nos processos de trabalho e que uma oportunidade de desenvolvimento é a aprendizagem pautada em situações vividas pelos profissionais dos serviços de saúde, bem como o exercício coletivo (em grupos) para a superação de obstáculos e a oferta de alternativas.

Em João Pessoa/PB, desde 2008, os Programas de Residência em Saúde enxergam o preceptor como a figura de um apoiador docente-assistencial que está inserido no serviço de saúde, contudo são confusas as suas atribuições, especialmente quando buscamos diferir preceptor, tutor, orientador e professor. Os programas em desenvolvimento em João Pessoa são: a RIMUSH, do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) — UFPB; a Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB); a RMSFC, da SMS-JP e FCM-PB; e a RESMEN, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPB. Nesse contexto, foi percebido que os gestores desconheciam os objetivos dos programas e as funções dos residentes, o que ocasionou certa insegurança para que aqueles “abrissem” seus serviços para as instituições formadoras.

A percepção da necessidade de qualificação do corpo docente-assistencial para a formação em programas de residência em saúde foi comum às quatro residências multiprofissionais existentes na Paraíba, não apenas por parte dos membros das equipes, como também por alguns residentes em seu dia a dia de formação. Diante disso, planejou-se um “Curso de Formação de Preceptores e Tutores para Residências em Saúde na perspectiva da Educação Permanente”, com a finalidade de ajudar a resolver as necessidades pedagógicas de preceptores (dos serviços), gestores (do sistema municipal de saúde), professores docentes de residências e professores tutores de residências (universidades) atuantes nesses programas. As necessidades de formação apresentadas pelo corpo docente-assistencial, gestores e residentes orientaram a organização curricular, os planos de ensino e a avaliação. Participaram da organização, condução e avaliação os coordenadores dos quatro PRMS e representantes dos

residentes.

Caminho percorrido

A ideia de qualificar os preceptores dos Programas de Residência teve início com a discussão das linhas de cuidados no HULW, momento em que foi identificada a fragilidade na compreensão dos profissionais sobre as residências em saúde que funcionavam no hospital. Na discussão sobre a linha de atenção psicossocial foram delineados três projetos: formação para trabalhadores da rede sobre atenção em saúde mental no hospital geral, implantação da RESMEN e formação pedagógica para preceptores de Residência em Saúde. Com a adesão do HULW à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), apenas o primeiro projeto foi iniciado e concluído. A equipe de direção foi substituída, inclusive dificultando a implantação da linha de cuidado em atenção psicossocial. Alguns anos depois, os dois outros projetos foram assumidos pelo NESC/CCS/UFPB, responsável pela criação da RESMEN e pela organização do programa de formação de preceptores e tutores em programas de residência. Na elaboração inicial do projeto, articulou-se com os coordenadores e representantes dos residentes de todos os PRMS e da Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS-JP. Somaram-se a essa iniciativa representantes de preceptores e das Gerência de Ensino e Serviço de Secretarias Municipais de Saúde.

Composto o grupo de planejamento, foi organizada uma agenda de encontros semanais para a construção coletiva do projeto. Na primeira reunião foi solicitado a cada um dos presentes (preceptor, gestor, tutor e residente) que relatasse as dificuldades enfrentadas e quais as necessidades evidenciadas na condução das residências. Elaborou-se uma relação desses problemas e, em seguida, agrupou-se por categoria e frequência. Assim, os problemas elencados subsidiaram a elaboração do projeto. Após essa etapa, discutiu-se as possíveis parcerias, apoios e patrocínios. No que se refere às instituições públicas, em termos de apoio e patrocínio, discutiu-se as necessidades de materiais didáticos e de consumo, espaços físicos de sala de aula e auditório, água e alimentação, além de deslocamentos e passagens/diárias para colaboradores externos. Para a elaboração do projeto foram discutidos e pactuados conteúdos que deveriam ser abordados, estratégias metodológicas, avaliações e possíveis facilitadores. Após

concluído, o projeto foi encaminhado para aprovação nas instâncias formais das instituições envolvidas. Primeiro no colegiado do NESC/CCS/UFPB, como proponente; seguindo para deliberação do Conselho do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e para colegiado das instituições parceiras — SMS de João Pessoa e de Cabedelo, SES-PB e FCM-PB.

Após aprovação nas instituições de ensino e de assistência, a equipe organizadora se reuniu para definir estratégias de envolvimento e comprometimento dos gestores para apoiarem o curso. A preocupação da equipe foi garantir a participação dos preceptores e tutores e, para tanto, era imprescindível que os gestores conhecessem a proposta e liberassem os profissionais que desenvolviam o papel de preceptor e tutor em sua instituição. Diante disso, foram elaborados termos de referência do curso e cartas de compromisso para os gestores, encaminhados à gestão de todos os cenários de práticas e instituições de ensino. Paralelamente, foi organizada uma oficina, denominada "Oficina de sensibilização dos gestores para o curso de formação de preceptores", com a intenção de apresentar o curso, obter a assinatura da carta de compromisso e entregar aos gestores as fichas de inscrição para os preceptores e tutores.

A oficina constou da seguinte programação: manhã — apresentação dos programas de residência em saúde envolvidos com o curso; apresentação do Projeto de Formação para Preceptores e Tutores de Residências em Saúde; debate acerca das principais demandas dos cenários de práticas das residências em saúde; tarde — grupos de trabalho (GT) sobre Desafios, Potencialidades e Sugestões; Plenária Final. Iniciou-se com uma mesa constituída por diretores de serviços, coordenadores de cursos e secretários de saúde. Todos em sua saudação demonstraram interesse pelo curso e compromisso em liberar os preceptores e tutores. Após a mesa de abertura, fez-se uma breve exposição sobre o curso: objetivos, ações pedagógicas, conteúdos previamente selecionados, datas e período de realização. Em seguida, solicitou-se aos presentes que lessem a proposta de conteúdo e contribuíssem com inclusões ou retiradas. A oficina resultou em um processo dialógico, partilhado, que permitiu discutir as dificuldades vivenciadas por preceptores, tutores, docentes, discentes e gestores das instituições de ensino e serviço junto aos programas de residência e aos residentes, além de fornecer informações importantes para a escolha dos temas a serem inseridos na programação

do curso. Ao final da oficina, pactuou-se o período de realização do curso, melhores dias da semana para os encontros presenciais e prazo para devolução das fichas de inscrição preenchidas pelos preceptores.

O Curso constituiu-se em aperfeiçoamento com 180 horas-aula e teve como objetivos: promover a reflexão crítica dos processos de trabalho em saúde; contribuir com a reorientação das práticas norteadoras do ensino nas residências em saúde e reafirmar a organicidade da EPS no cotidiano dos trabalhadores envolvidos com as residências. Foi organizado em oito encontros presenciais de 16 horas, duração de 2 dias, uma vez ao mês, totalizando 120 horas; e atividades de dispersão orientadas e acompanhadas à distância por professores, mediante comunicação eletrônica, somando 60 horas. A finalidade foi apresentar aos preceptores e tutores um modelo referencial integrador entre as residências multiprofissionais e a rede de serviços de saúde dos municípios de João Pessoa e Cabedelo, oferecendo temas referentes às especificidades dos programas, estratégias pedagógicas a serem utilizadas por preceptores e tutores na articulação da teoria com a prática, além de temas sobre gestão dos serviços e de pessoal.

A partir das sugestões dos preceptores e tutores na oficina, definiram-se os temas que integraram os conteúdos programáticos do curso, tendo sido distribuídos em três eixos temáticos. O eixo I correspondeu a: Contexto da Organização das Residências em Saúde: Rede Brasileira de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública; Rede-Escola de João Pessoa; Rede de Serviços de João Pessoa e Cabedelo; Residências Multiprofissionais em Saúde e a Rede de Serviços; Linhas do Cuidado em Saúde; Integralidade em Saúde e Gestão da Clínica; Atenção Primária à Saúde e Políticas Públicas de Saúde; Políticas Públicas para segmentos de população específica; Trabalho em equipe multiprofissional. Já o Eixo II, abarcou: Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde: Processo de implementação de programas; Estrutura e Organização das Residências em Saúde; Tutoria e Preceptoría nas Residências em Saúde; Oficina de competências; EPS; Planejamento em saúde; Práticas Pedagógicas: Problematização, ABP e Espiral Construtivista (EC). Quanto ao eixo III, inclui: Contexto da Gestão e das Práticas e a Produção do Cuidado em Saúde: Produção do Conhecimento e a Formação na Saúde; Processos de Avaliação na Preceptoría e Tutoría; Estratégias e Formas de

Avaliação nas Residências. Com os temas definidos, identificou-se os possíveis colaboradores, considerando sua afinidade ou expertise com o tema.

O curso foi apresentado sob a forma de unidades facilitadoras. Ao invés da abordagem na perspectiva tradicional, optou-se por discussões pertinentes às realidades de trabalho, campo ou território nos quais gestores, preceptores, tutores e residentes estão inseridos. Dessa forma, permitiu-se a reflexão sobre a prática cotidiana do trabalho em saúde, com vistas a implementação de uma atenção integral e ensino/vivência multiprofissional e interdisciplinar em redes de cuidado; mediante as experiências, vivências, saberes e práticas dos profissionais participantes do curso.

As unidades facilitadoras foram organizadas em função dos principais elementos de significação dos módulos em estudo — considerando a problematização, a partir de narrativas reflexivas, construídas por meio da experiência dos preceptores e discutidas em pequenos grupos — proporcionando reflexões sobre os contextos locais de cada participante, além de abrir um espaço significativo para o desenvolvimento de algumas capacidades, a exemplo de ampliação da escuta, do olhar e do sentir, bem como percepção das dimensões cognitiva, afetiva e pragmática.

O momento de dispersão compreendia o espaço entre um encontro presencial e outro. Nesse período de dispersão, os cursistas problematizavam em seus grupos as questões de aprendizagem disponibilizadas pelo facilitador da respectiva unidade. Ressalta-se que cada pequeno grupo era acompanhado por um dos docentes da equipe organizadora do curso, assumindo o papel de tutor. A dinâmica de realização das atividades de dispersão ficava a critério dos membros dos grupos, em contato com o tutor, de modo que na manhã do encontro seguinte todas as atividades eram apresentadas e debatidas.

Nesse contexto, os temas abordados possibilitaram reflexões e a realização de atividades de modo coletivo, favorecendo a compreensão multiprofissional e interdisciplinar; o planejamento e o desenvolvimento de ações baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, na legislação que normatiza as residências multiprofissionais e no processo ensino-aprendizagem. Permitiu-se assim a identificação de potencialidades e dificuldades dos cursistas, fomentando discussões, reflexões e ressignificação das

práticas nos serviços. Ao tempo em que eram apresentadas e discutidas as atividades de dispersão, era possível avaliar a compreensão dos cursistas, a responsabilidade sobre as atividades, bem como, o aspecto de coletividade que envolveu o desenvolvimento das dessas.

O processo avaliativo ocorreu de duas formas: a avaliação do cursista e a avaliação do curso. A avaliação dos cursistas foi realizada de maneira processual, respeitando os critérios de participação com frequência mínima de 75% da carga horária total do curso, intervenção e participação nas discussões, responsabilidade com as tarefas solicitadas e apresentação das atividades nos prazos previamente estabelecidos. Ao final do curso, os participantes entregaram uma narrativa reflexiva individual sobre todo o processo de formação e apresentaram, no formato de banner, a atividade que cada grupo entendeu como a mais significativa ao longo do curso. Paralelamente, e entre um encontro presencial e outro, a equipe organizadora do curso, reunia-se para avaliar o encontro ocorrido, discutir falhas, dificuldades e potencialidades, bem como as estratégias pedagógicas utilizadas pelos facilitadores dos temas. Tanto as narrativas quanto as reuniões realizadas a cada encontro foram ferramentas fundamentais para avaliarmos o curso.

Abordagens Metodológicas

A abordagem metodológica adotada no curso esteve voltada para uma formação crítica, reflexiva, autônoma, coletiva e solidária — na gerência de atos de cuidado em rede e na complexa realidade do serviço em saúde. A escolha de construir a formação segundo preceitos didático-pedagógicos adequados ao campo da saúde, justificou a combinação de diferentes ações educacionais com base nas MAs: a EC para situações-problema e para as narrativas da prática; Metodologia da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

- Espiral construtivista

A EC ou Espiral de Situação-Problema corresponde à ação educacional organizada por meio do processamento de situações baseadas na prática profissional. Cumpre o papel de disparadora do processo ensino-aprendizagem, sendo discutida por

pequenos grupos, em dois momentos: o primeiro denominado síntese provisória; o segundo chamado de nova síntese. Permitem a exploração de conteúdos relacionados ao foco do curso e o processamento dessas situações possibilita trabalhar conteúdos relacionados ao trabalho em pequeno grupo, por meio de reflexão/avaliação sobre as interações produzidas. Lima (2017) cita que o movimento da espiral se inicia com a identificação de problemas, fazendo-se, em seguida, a formulação das explicações desses problemas por meio do conhecimento prévio; formula-se, nesse momento, a “síntese provisória”. Sequencialmente, faz-se a elaboração das questões de aprendizagem. Para responder a essas questões, propõe-se a busca de novas informações em bases científicas e, a partir daí, constroem-se novos significados. A avaliação constitui uma “nova síntese”.

Esta ação pedagógica foi escolhida por favorecer a capacidade de trabalhar em equipe, buscar informações, comunicação e desenvolver técnicas e habilidades que atendam às necessidades do serviço e da formação. Por ser um movimento que mistura problemas, pesquisa e formulações de hipóteses, permite a construção de conhecimento individual e coletivo.

Figura 1. Representação esquemática da Espiral Construtivista



Fonte: LIMA (2017, p. 426).

- Metodologia da Problematização

A intenção de trabalhar com a metodologia da problematização se deu por entender que no dia a dia das atividades do residente nos cenários de prática, a problematização torna-se indispensável à construção do conhecimento. Observa-se que,

em virtude da formação tradicional dos profissionais, esses apresentam pouca compreensão dessa metodologia. A utilização da metodologia da problematização no momento presencial consistiu em um exercício que permitiu aos cursistas se aproximarem da realidade vivenciada no serviço de saúde, refletir sobre demandas e problemas e encontrar soluções. É fato que se tratou de uma demonstração de como trabalhar com a problematização na perspectiva do trabalho em equipe, com vistas a melhorar a qualidade da atenção e da formação. Para tanto, utilizou-se um caso real de um dos cenários de prática, que foi apresentado, discutido e problematizado a partir do Arco de Magueréz. Conforme Berbel (1995), essa metodologia parte da realidade onde acontecem os problemas a serem estudados. Observada sob diferentes perspectivas, a realidade se apresenta para o aprendiz e o professor por meio de fatos.

Figura 2. Representação esquemática do Arco de Magueréz.



Fonte: BORDENAVE; PEREIRA (1991, p. 10)

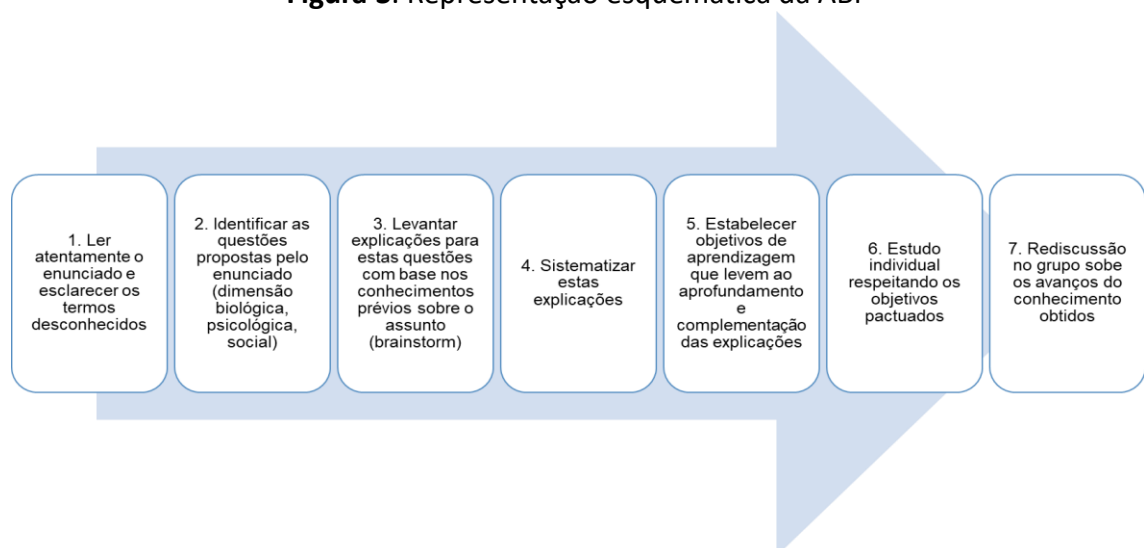
- Aprendizagem Baseada em Problemas

A opção pela ABP ocorreu com a finalidade de tornar clara a sua diferença em relação à Metodologia da Problematização, em que pese a palavra “problema” em ambas, assim como distinguir os objetivos pedagógicos de cada uma. O processo de aprendizagem com a utilização da ABP se dá por meio da discussão e rediscussão de temas e de estudos individuais que favorecem a resolução de problemas e a apreensão de conhecimentos do residente. No curso, a utilização da ABP se deu com o propósito de demonstrar aos cursistas o passo a passo para a utilização dessa ação pedagógica:

definição dos objetivos que se deseja alcançar; preparação prévia do guia de competências; escolha de um residente para coordenar o processo e de mais um para fazer a relatoria. Na ABP, o preceptor é parceiro do residente, tendo o papel de estimular e orientar a discussão, bem como favorecer a busca por evidências científicas. O residente é sujeito ativo do processo, coordena toda a discussão e é responsável por, juntamente com o grupo, formular objetivos bem elaborados para que a pesquisa seja facilitada. Barrows (1986, apud SOUZA; DOURADO, 2015) define a ABP como uma metodologia de aprendizagem que utiliza problemas para a aquisição e associação de novos conhecimentos. Os sete passos da ABP são: ler atentamente o enunciado e esclarecer os termos desconhecidos; identificar as questões propostas pelo enunciado (dimensões biológica, psicológica, social); levantar explicações para essas questões, com base nos conhecimentos prévios sobre o assunto (*brainstorm*); sistematizar essas explicações; estabelecer objetivos de aprendizagem que levem ao aprofundamento e complementação das explicações; estudo individual, respeitando os objetivos pactuados; e rediscussão no grupo sobre os avanços dos conhecimentos obtidos.

A aprendizagem é centrada no aluno e o professor assume o papel de facilitador do processo de produção do conhecimento. Assim, o estímulo para a aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades de resolução é o problema.

Figura 3. Representação esquemática da ABP



Fonte: Adaptado de Souza e Dourado (2015).

Considerações finais

A proposta metodológica do curso permitiu estabelecer ligações entre as experiências em desenvolvimento nas preceptorias e tutorias, os conteúdos-problema relacionados às questões práticas trazidas pelos cursistas e os problemas que diziam respeito ora aos diferentes modelos de ensino ora às diversas práticas assistenciais; desse modo, foram sendo criadas oportunidades para reflexão, discussão e sistematização da atividade de preceptoria e tutoria. Todo o processo de formação esteve ancorado na política de EPS, entendendo essa como um espaço para a discussão dos percursos singulares de cada grupo, de modo a preservar as especificidades e, paralelamente, garantir o alcance dos objetivos por todos, bem como possibilitar agilidade no reconhecimento de limitações ou dificuldades e na formulação de planos de melhoria, quer com foco no curso ou na trajetória específica de cada participante.

A identificação de conquistas e fortalezas permitiu o envolvimento de facilitadores de aprendizagem, preceptores, tutores, docentes e gestores. A utilização das MAs permitiu que as discussões fossem sendo aprofundadas e os preceptores e tutores entendessem a interação do conteúdo abordado pelo facilitador, com o conhecimento prévio trazido por eles somado às buscas realizadas na construção da atividade de dispersão. O curso possibilitou a compreensão dos participantes quanto ao seu papel de preceptor, no estabelecimento de um processo de aprendizagem embasado nas diretrizes do SUS e na reflexão sobre as ações praticadas no serviço, por meio das residências em saúde. Com o tutor não foi diferente ao pensar em apoiar o preceptor na busca de resolução da problematização da prática, dando subsídios a ele e aos residentes na construção de novos conhecimentos.

A organização e o desenvolvimento do curso propiciaram, de certa forma, integração entre os programas de residência em saúde participantes do curso, tornando mais evidentes os impactos e as mudanças que têm ocorrido no processo de escutar, atender, ensinar e aprender; mesmo que ainda frágeis. Foi percebido que os projetos pedagógicos dos programas se fundamentaram na Reforma Sanitária e nas políticas públicas em saúde, buscando solidificar as Residências como dispositivos potencializadores do SUS. Contudo, ainda é necessário que as instituições de ensino e a

rede de serviços de saúde compreendam a importância das residências em saúde como uma política de fortalecimento da organização dos serviços e melhora da qualidade do acesso e da atenção. No que concerne ao processo de trabalho, itinerário terapêutico dos usuários e ainda à EPS, priorizar esse processo formativo incentiva a formação como ação na realidade (formação-intervenção). A equipe organizadora do curso se propõe a oferecer outras turmas de formação, inclusive na modalidade de pós-graduação *lato sensu* para os profissionais de saúde que colaboram com os programas de residência em saúde.

SEÇÃO II
CAMINHOS E VIVÊNCIAS NA FORMAÇÃO DE
FORMADORES

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA: resgate de suas criações

*Jairo Domingos de Moraes
Valéria Leite Soares
José da Paz Oliveira Alvarenga
Simara Lopes Cruz Damázio*

Introdução

O município de João Pessoa apresenta uma rede de saúde extensa quando comparada a outras capitais brasileiras. A cobertura em Saúde da Família na época da criação da RMSF era de 82,3%, sendo, atualmente, de 84,59%.

A rede assistencial de saúde do município está estruturada em três segmentos: rede de AB, rede de atenção especializada e rede de atenção hospitalar. A rede de AB é formada por: 200 equipes de saúde da família; 34 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); sete Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD); três Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) — Programa Melhor em Casa — e quatro equipes de Consultório na Rua. Já a rede especializada, é composta por: três CAIS — Mangabeira, Cristo e Jaguaribe; um Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI); quatro unidades básicas de saúde; um Centro de Testagem e Aconselhamento em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) — Jaguaribe; três Centros de Práticas Integrativas e Complementares (CPICS) — Equilíbrio do Ser, Cinco Elementos e Valentina e três UPAs — Oceania, Valentina e Cruz das Armas. A atenção em saúde mental é composta por quatro CAPS, sendo um CAPS II — Caminhar, um CAPS I — Cirandar, um CAPS III — Gutemberg Botelho e um CAPS AD — David Capistrano; dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e uma Unidade de Acolhimento (UA) infanto-juvenil para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e expostos às drogas. Por sua vez, a rede hospitalar municipal é composta por quatro serviços, sendo um hospital geral — Hospital Santa Isabel; um hospital geral e traumatológico — Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Buriti; um hospital infantil — Hospital Valentina Figueiredo e uma maternidade — Instituto Cândida Vargas.

Além da rede hospitalar municipal, existem cinco serviços estaduais — Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), Complexo de Pediatria Arlinda Marques (CPAM), Maternidade Frei Damião, Sanatório Clifford e Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira; um hospital universitário federal — HULW/UFPB e quatro hospitais filantrópicos — Padre Zé, Napoleão Laureano, São Vicente de Paula e João Soares. Tendo ainda a iniciativa privada como complementar às necessidades de saúde dos munícipes.

A gestão colegiada da saúde no município de João Pessoa, assim como o planejamento participativo e a avaliação longitudinal, está organizada em cinco Distritos Sanitários, conforme exposto no mapa a seguir.

Figura 4. Mapa dos Distritos Sanitários de João Pessoa



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA (2018, p. 44).

Um dos grandes desafios é a garantia de continuidade da atenção à saúde guiada pelos princípios da integralidade, universalidade e participação social. Para ser colocada em prática, faz-se necessário constituir serviços e práticas que dimensionem o sujeito social, político e cultural, bem como que tenham por objeto a produção do cuidado na perspectiva da construção do modelo tecnoassistencial em defesa da vida, tendo como foco o usuário cidadão e o resgate do sentimento de pertencimento dos trabalhadores da saúde. Nessa perspectiva, o diálogo com os trabalhadores, a estruturação da área física dos serviços, o abastecimento de medicamentos e insumos,

assim como a formação de pessoal para o setor devem ser entendidos como modo de fazer não somente a atenção, mas a gestão, a formação e a participação. Sabedores que a transformação do processo organizativo da atenção à saúde e da gestão pública é um desejo e uma opção política, faz-se necessário romper com o modelo hierarquizado de produção da saúde, devendo esse ser estruturado em redes de produção de cuidado que tenham o usuário como foco central, mediante uma aliança entre sujeitos, gestores, trabalhadores, residentes em saúde e população, a fim de construir um processo de cuidado mais humanizado, resolutivo, integral e de qualidade.

A política de saúde mental do município de João Pessoa tem feito esforços para constituir uma rede substitutiva da atenção hospitalar pela assistência de base territorial e comunitária. Com base nessa diretriz a área de saúde mental tem a incumbência de viabilizar a reorientação das ações e prioridades no tocante às políticas públicas da assistência em saúde mental. Nesse sentido, é de responsabilidade dessa área a expansão e a otimização da rede de CAPS e demais estratégias substitutivas ao hospitalocentrismo psiquiátrico.

Na perspectiva da construção do modelo tecnoassistencial em defesa da vida, a SMS-JP utiliza desde meados de 2006, o apoio matricial como arranjo organizacional, visando construir práticas horizontalizadas e descentralizadas. O prefixo “*matr*” vem do latim mãe (maternar, nutrir, dar abrigo) e o matriciamento está relacionado a essa noção; é uma oferta especializada às equipes de saúde da família, na geração de um novo olhar, de um novo saber, transdisciplinar e não multidisciplinar. Bertussi (2010, p. 46) diz que “matriciar” é “nutriciar”; já “maternar” é cuidar do crescimento e desenvolvimento, apoiando a construção da autonomia, com permissão à exploração de saberes e às descobertas por si mesmo. O apoio matricial no município de João Pessoa surge com o objetivo de criar espaços de encontro para produzir diálogo e pactuação entre gestão, trabalhadores e usuários. Além disso, a saúde, como setor das políticas públicas, deve ser de acesso universal; precisa quebrar os paradigmas da clínica fragmentada e departamentalizada e constituir o trabalho em rede intersetorial com os demais setores de políticas públicas. Os novos conceitos são: integralidade, territorialização com critérios demográficos e epidemiológicos, intersetorialidade e integração ensino-serviço. Pelo potencial inovador e transformador, esses conceitos

ainda exigiram outra figura de gestão: o apoio institucional.

Entre os anos 2008 e 2011, foram implantadas 20 equipes de apoio matricial — NASF, cujo *staff* profissional estava composto por 80 trabalhadores, entre fisioterapeutas, médicos homeopatas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos e nutricionistas. Esses vêm trabalhando de forma matricial junto às equipes de saúde da família e toda a rede de serviços. Importante destacar que a implantação destas 20 equipes garante apoio às 180 equipes de Saúde da Família do Município, com a distribuição de uma equipe de NASF para cada nove equipes de saúde da família. Ao ampliar a cobertura da ESF e fortalecer a rede de assistência à saúde, melhorando ainda mais a saúde de seus munícipes, em 2012, o município reestruturou as 20 equipes de NASF, modificando sua cobertura para as equipes de saúde da família e equipes de Consultório na Rua. Em 2013, com a implantação do Apoio Matricial, passou para 34 NASFs, numa vinculação de uma equipe NASF para cada cinco, seis ou sete equipes de saúde da família.

O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos; e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte para as equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada por um novo olhar e um novo saber que se estabelece durante as discussões de caso e os atendimentos compartilhados. Essa proposta implantada em João Pessoa visou a ampliar o processo de reestruturação da rede assistencial do município, fortalecendo o desenvolvimento do projeto de saúde municipal e a reorganização do processo de trabalho para a produção de cuidados de saúde para a população; tornando a AB mais resolutiva, reduzindo os encaminhamentos desnecessários para atenção especializada e hospitalar, bem como melhorando o acesso do usuário e a qualidade da atenção prestada.

O apoio institucional tem enfoque na gestão, não na assistência, por meio do incentivo às atividades de coordenação colegiada, planejamento participativo e avaliação longitudinal. Essa abordagem vem ganhando destaque no interior do SUS desde 2003, quando o MS implantou nos estados e municípios o apoio à gestão descentralizada, pela Secretaria Executiva; e o apoio ao modelo de gestão e atenção dos

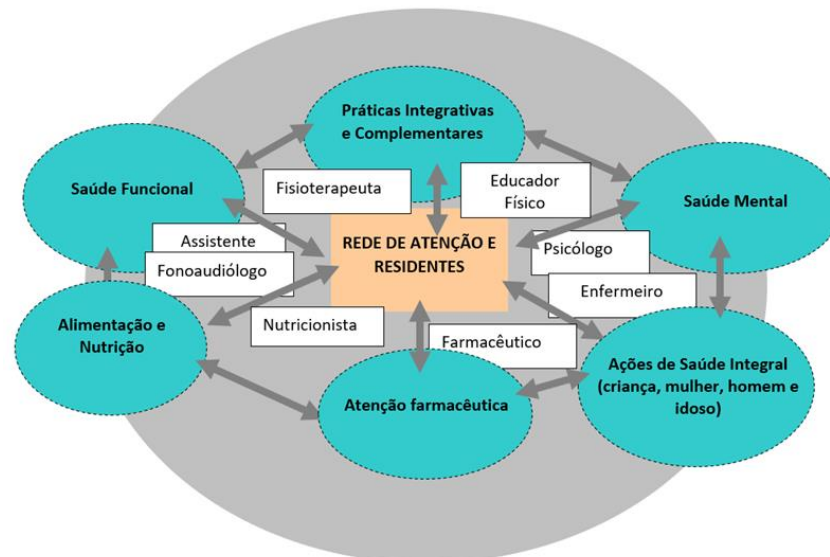
serviços e sistemas de saúde, pela Política Nacional de Humanização. Em 2011, houve a implementação do apoio institucional em articulação com as secretarias e departamentos do MS, intitulado apoio institucional integrado. Desde então, essa conformação traz desenvolturas para a efetivação desse modelo e desafios múltiplos, dos aspectos conceituais complexos às relações institucionais entre gestão, serviços e usuários. Os nós críticos são muitos e de vários tipos: interação ineficiente entre as três esferas de governo do SUS; amadorismo nas equipes de gestão; baixa incorporação de tecnologias de gestão correspondentes às organizações complexas; carência de recursos físicos, materiais, financeiros e tecnológicos; insuficiente articulação intersetorial na atenção, na gestão e na formação de pessoal.

Foi então na perspectiva de qualificar os profissionais do NASF e mudar a lógica existente no município de João Pessoa que a gestão municipal decidiu investir na qualificação dos profissionais por meio de cursos de especialização, a exemplo: a especialização em Política e Gestão do Cuidado com ênfase no apoio matricial, em parceria com a Universidade Federal da Paraíba (2011), a Especialização em Saúde da Família, com ênfase nas linhas de cuidado (2013) e abertura da RMSFC (2014). Diferentemente dos cursos, que são episódicos, a residência é de ingresso anual. Importante destacar que os programas de residência favorecem a qualificação e melhoria dos serviços, pois aproximam ainda os residentes das demandas da população, fomentando o embasamento para uma nova conduta e novo olhar do profissional que mais tarde poderá se incorporar ao trabalho na rede. A formação na residência deve inspirar os trabalhadores, que devem primar pela atenção integral, bem como ser capazes de compartilhar saberes, sendo atores participantes na construção de um novo perfil de competências para o trabalho, ampliado e humanizado. A RMSFC inicia com 25 vagas aprovadas pelo MS e assim distribuídas: Enfermagem (nove), Fisioterapia (quatro), Nutrição (quatro), Psicologia (quatro) e Farmácia (quatro). A residência veio para contribuir na tecedura de rede no caminho da atenção integral à saúde.

É necessário compreender que o trabalho do NASF e da RMSF ainda se encontram em processo de construção e que alguns aspectos ainda precisam ser esclarecidos e assimilados a médio e longo prazo. Para tal, deve-se trabalhar de maneira compartilhada com os outros interlocutores, valendo-se tanto do conhecimento técnico

inerente ao seu núcleo de saber, de sua experiência e visão de mundo quanto incorporando demandas trazidas pelo outro em função de seu conhecimento, desejo e de seus interesses, com intuito de favorecer sua potencialidade e de gerenciar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde, a fim de não incorrer no erro de se tornar um modo cristalizado de trabalho e, assim, procurar criar espaços que permitam a interação dessas diferenças.

Figura 5. Rede de Atenção (NASF e Residentes em Saúde da Família e Comunidade)



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA (2013, p. 48)

Algumas experiências aconteceram em diferentes espaços de NASF e Residências, com repercussões que merecem abordagem como sugestão ou incentivo aos demais cenários brasileiros. Conhecer os caminhos alternativos suscitados por intermédio dessas experiências, motiva os militantes do SUS a buscarem seus próprios caminhos. Contudo, é importante destacar que o município de João Pessoa é a principal referência para internação psiquiátrica, uma vez que possui quatro dos cinco hospitais psiquiátricos do estado. Isso significa que uma parte considerável dos leitos instalados no município se destinam à psiquiatria, embora valha destacar que esse quadro vem mudando consideravelmente, com a diminuição gradativa desses leitos e a ampliação da rede de saúde mental municipal, seguindo os preceitos da RAPS e Reforma Psiquiátrica. O Município tem como proposta da política de saúde a ampliação da rede de serviços em saúde mental, mediante a implantação de novos CAPS, UA e SRT, assim como atuar na desmanicomialização e na desinstitucionalização das populações em necessidade de

cuidados prolongados. A oferta da RESMEN foi uma decisão do NESC/CCS/UFPB, no bojo do apoio a esses processos.

As residências multiprofissionais em saúde: porque essas e não outras

A principal estratégia de organização da AB junto aos municípios brasileiros é a da “Saúde da Família”, mas, além disso, os sistemas municipais de saúde possuem hospitais, acompanham parâmetros de gestão e tentam proporcionar acolhimento e resolutividade às necessidades dos usuários. A rede hospitalar do município de João Pessoa é responsável pelo atendimento da população da cidade, da circunvizinhança e até mesmo de estados vizinhos, como ocorre na maioria das capitais dos estados. A cidade atende uma demanda de cerca de 50% de usuários não munícipes. Os hospitais são responsáveis, em sua maioria, pela retaguarda dos casos de urgência/emergência e parte da rede especializada, enquanto as UPA dão suporte às urgências. A rede de serviços de saúde do município de João Pessoa vinha necessitando de mudanças conceituais e estruturais que apontassem para um melhor desempenho e resolubilidade.

Nos últimos anos, houve uma reordenação geográfica da rede; a implementação de unidades assistenciais integradas; a operação de mudanças nos procedimentos gerenciais, aumentando o quadro funcional por meio de concursos públicos e contratações; bem como a formalização do processo de EPS e a estruturação do conceito e prática da Rede-Escola. Ainda assim, tais mudanças são processuais e paradigmáticas, demandando uma lógica de trabalho que contemple a integralidade de maneira democrática e compromissada. Apesar de observarmos avanços nesses últimos anos, a rede básica de saúde do município ainda necessita de melhorias em sua infraestrutura e aperfeiçoamento de seus quadros profissionais, dentre outros aspectos. É nesse contexto que a noção de Rede-Escola assume um papel importante e estratégico na relação ensino-serviço-gestão-control-social, discutindo processo de trabalho e formação dos trabalhadores com vistas a um atendimento de qualidade aos usuários.

A política de formação e desenvolvimento de pessoal e de serviços adotada pela SMS-JP foi a EPS, que consiste num movimento de transformação das práticas do setor,

por meio do comprometimento de gestores, trabalhadores, instituições formadoras, usuários do SUS e movimentos sociais; que atuam na identificação de problemas e na cooperação para a sua resolução, visando a integralidade da atenção e a reestruturação do SUS municipal. Propõe-se a constituir práticas de proximidade, vínculo, acolhimento, responsabilização e transparência com o usuário a partir de três espaços: fórum local; equipes técnicas por unidade de atenção e de apoio central; e equipes de ativação de práticas.

Diferentemente dos cursos de especialização, que são episódicos, a SMS-JP buscou abrir espaço para as propostas de programas de residência em saúde provenientes das instituições formadoras locais e criou os seus próprios programas, também os articulando às instituições formadoras locais, entre as ações estratégicas estipuladas em sua política municipal de EPS. Os programas de residência são de ingresso anual e contínuo desde seu primeiro ingresso, o que exige um compromisso com o componente educativo das práticas de maneira contínua. Os programas de residência favorecem a qualificação e melhoria dos serviços na medida em que aproximam os residentes das demandas da população, fomentando o embasamento para uma nova conduta e percepção profissional.

A primeira residência em saúde multiprofissional e de caráter contínuo implantada na Paraíba foi a RIMUSH, instalada no HULW/UFPB, com a proposta de adentrar fortemente em ações da rede de serviços e nas linhas de cuidado, fazendo com que o hospital se estabelecesse como parte integrante da rede, pois havia uma compreensão frágil tanto da gestão do Hospital quanto da Universidade sobre o papel dos serviços hospitalares de alta densidade tecnológica para com a rede e o sistema municipal de saúde, percebendo-o somente como um serviço de referência e contrarreferência. Mesmo com ênfases na atenção ao cuidado em estrutura hospitalar (atenção saúde cardiovascular; atenção ao paciente crítico; atenção ao idoso), a residência foi pautada pela necessidade de trazer para esse cenário novos componentes de atenção e formação (equipe multiprofissional; interprofissionalidade; metodologias ativas) que pudessem alavancar mudanças no ambiente hospitalar e na rede de serviços. Durante a sua implantação, sentiu-se a necessidade de trazer para a prática clínica saberes provenientes da Saúde Coletiva, da Saúde Mental, do Planejamento e Gestão

em Saúde e das Ciências Sociais e Políticas Públicas.

O grupo de condução da RIMUSH tinha a compreensão de que os processos de mudança deveriam ser implementados no modo de ser dos sujeitos envolvidos, inclusive considerando as necessárias mudanças culturais, implicando a inclusão de novas formas de trabalhar em saúde, contemplando a clínica ampliada/clínica da integralidade, a democratização da gestão (sistema de cogestão), a regulação e a integração do hospital como um dos pontos de conexão no sistema público de saúde, bem como o resgate da responsabilidade e da autonomia necessárias para que os profissionais fizessem clínica com a singularização dos casos.

A RIMUSH iniciou em 2010, com 17 vagas distribuídas em três ênfases (atenção à saúde do idoso, atenção ao paciente crítico e atenção cardiovascular) e seis núcleos profissionais (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social). Depois de dois anos, foi ampliada para 36 vagas e mais três núcleos profissionais (Fonoaudiologia, Odontologia e Terapia Ocupacional), criando a ênfase de Saúde da Criança e do Adolescente para atender às necessidades epidemiológicas do município, levando em consideração os poucos locais que ofereciam atenção especializada. No ano seguinte, extinguiu-se a ênfase em atenção cardiovascular, pois o serviço deixou de existir no Hospital e não era ofertado em nenhum outro da rede pública. Para o hospital eram inovadoras as propostas trazidas pela RIMUSH quanto ao trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional.

No mesmo período foi criado o programa de RMSF, por meio do NESC/CCS/UFPB e em parceria com a SMS-JP. Esse programa ofertava 25 vagas e estava composto pelos núcleos profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia. A residência foi planejada para contribuir na tessitura qualificada da rede assistencial básica e na perspectiva da atenção integral à saúde. Esse Programa formou apenas uma turma, não tendo continuidade devido às mudanças ocorridas na lógica do financiamento, não mais havendo bolsas para convidar os colaboradores que se faziam necessários à coordenação, preceptoria e tutoria, uma vez que era um programa institucional da universidade, mas um convênio entre universidade, MS e SMS-JP.

Em 2014, ofertado pelo Centro Formador de Recursos Humanos (CEFOR-RH/PB) da SES-PB, iniciou-se o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), concentrando as suas atividades no município de João Pessoa e ofertando seis vagas para quatro núcleos profissionais — Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição. O programa foi criado com objetivo de formar profissionais na área pediátrica, fragilizada e escassa no estado como um todo. As atividades da REMUSC foram organizadas nos serviços estaduais de atenção à saúde da criança, com a maior parte das atividades desenvolvida no CPAM, hospital estadual de referência em pediatria, localizado na capital. A residência estabelece laços com a AB e com áreas especializadas em outros hospitais e serviços. Com a implantação do Programa, observou-se um aumento na produção das atividades científicas e construção de novos protocolos clínico-assistenciais. A influência que os residentes exercem sobre os demais profissionais, estimulou estes a se atualizarem e se envolverem em estudos e pesquisas, assim como incentivou a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares e a integração ensino-serviço-comunidade (SES, 2015).

A proposta do Programa de RMSFC foi retomada pela SMS-JP em outro Edital, estabelecendo parceria com a FCM-PB e a UFPB. Teve início em 2014, ofertando 20 vagas e contemplando cinco núcleos profissionais — Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Sua construção tem como base o contexto local, o perfil sociodemográfico e epidemiológico, bem como a organização da rede de cuidado em saúde do município. O Programa contempla estratégias objetivando a ampliação da qualidade e a eficiência dos serviços de saúde para dar resolutividade às necessidades e aos problemas de saúde da população do município, além de capacitar os profissionais dos serviços de saúde, contribuindo para a formação pós-graduada destes. É também objetivo dessa Residência influenciar a construção de novos modelos educacionais, de pesquisa e de cuidado, implicando na melhoria da prestação de serviços oferecidos à população da cidade e região. O Programa tem como proposta a inserção dos residentes nos serviços de saúde da AB, rede hospitalar e especializada, desenvolvendo atividades práticas e teóricas de maneira individual ou em grupos. Atualmente, o Programa mantém a configuração inicial, todavia, observa-se que há necessidade de sua ampliação, principalmente em relação a núcleos profissionais que ainda não estão

contemplados pelo município na AB, mas que são imprescindíveis à atenção integral (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2013).

A necessidade de ofertar um programa de residência na área de saúde mental veio das discussões da linha de cuidado, envolvendo a RAPS com a implantação dos leitos de saúde mental em hospital geral e o fortalecimento dos serviços substitutivos em oposição ao modelo hospitalocêntrico. Em 2013, foi planejado e realizado — com o envolvimento de residentes e tutores da RIMUSH, diretoria técnica do HULW e gestão de alguns serviços da RAP — um curso de formação em saúde mental para profissionais da RAPS e dos hospitais gerais. Ao final do curso, novo debate foi feito, dando origem à RESMEN pelo NESC/CCS/UFPB, que hoje atua nos municípios de João Pessoa e Cabedelo. Iniciou com 20 vagas, envolvendo cinco núcleos profissionais — Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Em 2016, o município de Cabedelo não reafirmou convênio com a UFPB e o programa passou a atuar no município de Bayeux, com o qual já se estabelecia uma aproximação de interesse tanto da gestão do município quanto do Programa em ativar novos cenários de aprendizagem. Em 2017, a RESMEN ampliou os núcleos profissionais, incluindo Educação Física e Nutrição, a partir da necessidade presenciada no contato com os serviços. Atualmente, o Programa firmou convênio com o Programa de Residência em Enfermagem do Hospital Santojanni, da Cidade Autônoma de Buenos Aires/Argentina, para estágio optativo de ambas as residências em saúde.

A área profissional da saúde mental abrange a gestão, a atenção, a formação e a participação social nos termos da Política Nacional de Saúde Mental e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersetorial (BRASIL. SUS. CNS, 2010b), com vistas ao fortalecimento da RAPS, à desinstitucionalização da atenção à loucura e da atenção às pessoas em uso problemático de álcool, crack e outras drogas, à expansão da rede substitutiva ao modelo manicomial e à construção das interfaces entre saúde, cultura, educação e assistência social na promoção da saúde mental.

Considerações finais

Observa-se que a presença da residência e de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar nos serviços têm contribuído para disparar mudanças significativas no processo de trabalho, incentivando e envolvendo os profissionais em pesquisa e aproximado a universidade da rede de serviços. A formação na modalidade de Residência inspira os trabalhadores a consolidarem uma formação que permita a atenção integral, bem como garanta ao egresso a capacidade de compartilhar saberes, sendo um ator participante na construção de um novo perfil de competências para o trabalho ampliado e humanizado.

As residências em saúde surgiram no município de João Pessoa por necessidades diferentes, mas com objetivos comuns: atenção integrada ao usuário, consolidação da rede de serviços e fortalecimento do SUS. Antes do ano 2008, a rede de serviços de saúde já havia sido cenário para algumas Residências, a exemplo da Residência de Medicina Preventiva e Social e da RMSF, mas foi a partir de 2005, em meio as discussões de reorientação da formação e implantação das Redes de Atenção por Linhas de Cuidado em Saúde, que essa discussão ganhou contornos de política pública municipal e reinaugurou o diálogo entre município e instituições formadoras.

FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES EM SAÚDE: construção de caminhos

*Adriene Jacinto Pereira
Cláudia Fell Amado
Juliana Sampaio
Ricardo Burg Ceccim*

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada pela Constituição Cidadã de 1988, e fomentadora da criação do SUS, regulamentado em 1990, tem produzido desafios para a formação profissional, tencionando por uma reformulação nas práticas produtoras de saúde. A defesa pela integralidade da atenção, horizontalidade do cuidado e autonomia das pessoas na construção dos seus projetos terapêuticos e de vida, advinda da ampliação da concepção de saúde é imprescindível para a construção de um perfil profissional consonante a uma perspectiva ética, política e social do cuidado (MITRE et al., 2008).

A produção do cuidado centrado no encontro com o usuário busca deslocar o saber-poder do profissional de saúde, demandando práticas profissionais mais dialógicas e colaborativas tanto entre usuário e profissional quanto entre os membros das equipes de saúde, bem como destas com outras equipes, serviços e atores e na construção de redes de cuidado territoriais. Esse modelo de atenção busca romper com o ainda forte e persistente modelo médico-centrado, medicamentoso e intervencionista, sustentado também pelos interesses das indústrias farmacêutica e de insumos hospitalares. O foco da atenção em saúde passa a ser o cuidado e não somente a cura, isto é, a integralidade da atenção; destacando a dimensão relacional do cuidado, que vem demandar outras competências profissionais, em especial as tecnologias leves e as interações que favoreçam a qualidade da vida (MERHY; FRANCO, 2003).

Tais transformações nas práticas de saúde favorecem, por sua vez, movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, em especial, com a criação, em 2003, da SGTES, o SUS assume a responsabilidade de ordenar a formação dos profissionais de saúde; ao passo que o MEC se ocupa com a

implementação das novas DCN para os cursos de graduação, via sistema de avaliação da educação superior. A nova orientação dos processos formativos envolve vinculá-los às transformações exigidas pela sociedade em seus movimentos organizados; ao fortalecimento do SUS e à produção de um cuidado centrado “no encontro” com os usuários, suas necessidades e suas redes, além da necessidade de armar/firmar conexões entre profissionais e serviços, com modos de gestão mais inclusivos e capazes de acolhimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

O ordenamento da formação toma como um dos eixos estruturantes da educação na saúde, a prática cotidiana nas redes de gestão e de serviços, onde opera o “trabalho vivo em ato”, interessando o cuidado que efetivamente é produzido e articulado nas redes de atenção. A aposta na produção do conhecimento, a partir da realidade vivida, subverte a formação conteudista e tecnicista tradicional, colocando em foco as relações interpessoais na produção do saber-fazer em saúde (LEITE, 2010). Os contextos de trabalho devem se constituir, portanto, em espaços de formação e de cidadania, onde os diversos atores — profissionais e gestores de saúde, comunidade acadêmica e usuários — repactuem papéis sociais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Desse modo, os setores da saúde e da educação se ocupam das funções de regulação no que diz respeito à formação na área da saúde: credenciamento, descredenciamento, recredenciamento de cursos, programas e escolas de formação; elevação da capacidade educativa dos mesmos; observação do cumprimento das funções públicas de formação das novas gerações profissionais; melhoria das condições de ensino-aprendizagem; estruturação de processos de avaliação institucional, externa e interna, e ações de transformação institucional. Além disso, devem submeter as principais decisões políticas à participação popular (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Na formação de profissionais de saúde, os planos de ensino utilizados na graduação e a prática educativa docente têm por base planejamentos normativos e abordagens metodológicas tradicionais. Essa situação conflita com a necessidade de formar trabalhadores críticos, reflexivos e questionadores, em conformidade com o novo perfil profissional necessário para o cumprimento das atividades de cunho coletivo, segundo a atual política de saúde (ROSENBLATT; OLIVEIRA e SILVA; CALDAS JR., 2001).

Para Dias, Lima e Teixeira (2013), tornar o contexto do trabalho do SUS a principal estratégia de formação profissional, exige a articulação entre instituições formadoras e o sistema público de saúde, de tal forma que não caiba simplesmente à primeira a oferta de conteúdos teóricos e técnicos e à segunda a disponibilização de campos de prática. Isso demanda mudanças profundas na organização das estruturas curriculares, assim como na gestão da saúde, nas práticas de atenção e no controle social. Ceccim e Feuerwerker (2004a) formularam a noção do “quadrilátero da formação” para indicar a articulação e ativação de processos simultâneos de formação, atenção, gestão e participação. Tal proposta sustenta que, para a mudança na formação, faz-se necessária uma política capaz de ultrapassar as declarações de intenção e a existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Esta precisa ser capaz de convocar o pensamento crítico, a transformação das práticas de atenção e gestão e o compromisso de todos os atores — docentes, estudantes, gestores, conselheiros e movimentos sociais.

A estratégia pedagógica, no interior da Política Nacional de Educação na Saúde, orientadora de tais transformações, é a EPS, por isso também dá nome à política (BRASIL, 2004). Ela se caracteriza pela noção de aprendizagem-trabalho, ou seja, a organização de uma formação que se produz em conexão com o cotidiano das pessoas e das organizações, em resposta e em revisão das demandas do próprio trabalho. Muitas necessidades formativas não dizem respeito à informação, mas aos modos de atuar em equipe, em linhas de cuidado, em integração de rede e em interação com os territórios de vida e circulação da população. A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro dos serviços e junto às equipes, de modo que uma escuta e ação pedagógicas se incorporem aos modos de gestão e de condução dos cotidianos. Em ambientes de trabalho também imbuídos do ensino-aprendizagem coletivo, as ações de gestão, atenção e participação se tornam mais vivas e participativas, permitindo laços mais estreitos com as instituições formadoras na condição de integração ensino-serviço-sociedade (CECCIM, 2005b).

As estratégias formativas na modalidade de Residências em Saúde atendem a um conjunto particular de características: trata-se de formação em serviço; coloca os serviços como cenários longitudinais de formação e exige dos trabalhadores o desenvolvimento de competências educacionais quando imbuídos da função de preceptoria. Muitas residências em saúde funcionam integradas às instituições de ensino, cujos professores cumprem a função de tutoria junto aos profissionais residentes, além de apoiarem a elaboração de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) e ministrarem conteúdos teóricos ou de apoio à pesquisa e às técnicas de busca e uso da informação científica e tecnológica. Essas condições acentuam a necessidade de desenvolvimento de capacidade pedagógica junto aos serviços que são cenários de prática das residências (CECCIM, 2005b).

O avanço das residências integradas multiprofissionais em saúde tem colocado em cena a necessidade de formação de preceptores e tutores que se apropriem de estratégias didático-pedagógicas condizentes com a formação em serviço, formação para o SUS, formação para a integralidade e formação para a interprofissionalidade. Construir caminhos para a formação de preceptores e tutores faz parte hoje da agenda das instituições de ensino que desenvolvem programas de residência.

Traduções do Vivido

As residências em saúde têm permitido a inserção de várias categorias profissionais na mesma formação em serviço. Diferentemente de outras estratégias de formação profissional no âmbito da pós-graduação, seja *stricto* ou *lato sensu*, as residências são marcadas por uma estrutura curricular predominantemente prática, a partir da qual são propostas as estratégias pedagógicas de aprendizagem. As Residências são, portanto, dispositivos de orientação da formação no sentido de articular o ensino à experiência viva do trabalho. Sua dimensão multiprofissional permite a construção de currículos integrados, que articulem diversos saberes interdisciplinares, em campos de atuação conjunta e práticas em comum.

Frente à complexidade do processo saúde-doença, as ações de saúde precisam ser também complexas e abarcar diferentes modos de compreender e se relacionar com

a experiência humana. Para a produção de cuidado, é necessário um trabalho que articule diferentes saberes e práticas em saúde, o que só é possível a partir do trabalho interprofissional, interdisciplinar, intersetorial, colaborativo e em redes. Tal oportunidade ofertada pelas residências multiprofissionais superam as formações de graduação, em sua maioria disciplinares e desarticuladas (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007), devido ao desenho estrutural das instituições de ensino superior.

Apesar de cada IES ter autonomia para propor processos pedagógicos específicos, com diferentes lógicas organizacionais, os programas de residência em saúde devem atender também às regulamentações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da CNRMS, órgãos colegiados e deliberativos vinculados ao MEC, com representação de vários segmentos, dentre esses, o do governo, das corporações profissionais e dos programas de residência (coordenadores, preceptores, tutores e residentes). Dentre algumas normativas, tais comissões propõem a composição de corpo docente-assistencial (docentes em serviço), Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), COREME e COREMU. Integram essas estruturas preceptores (profissionais de nível superior das mesmas profissões dos residentes e necessariamente dos serviços), tutores (professores das instituições de ensino que apoiam ou conduzem os programas), docentes (professores que ministram conteúdos teóricos ou de suporte), orientadores de serviço (profissionais de quaisquer profissões atuantes nos serviços), orientadores de trabalho de conclusão (profissionais dos serviços ou das instituições de ensino com elevada formação acadêmica que os qualifique para orientar trabalhos de pós-graduação *lato sensu*) e supervisores especialistas (profissionais dos serviços, da gestão ou das instituições de ensino que prestam suporte clínico ou educacional especializado, conforme necessidade).

Para a CNRMS, o tutor é um profissional com experiência na área da residência, que tem como função ofertar orientações acadêmicas a preceptores e residentes, função exercida, preferencialmente, em tutorias de campo e de núcleo. O preceptor, por sua vez, é um profissional vinculado ao serviço, que deve ofertar a retaguarda técnica ao residente, inserindo-o no cotidiano dos serviços. Nos programas uniprofissionais, o preceptor deve ser do mesmo núcleo profissional do residente (BRASIL, 2014a). Colocando em debate as especificidades, demandas e desafios dessas

duas funções (preceptoria e tutoria), foi constituído o Fórum Nacional de Tutores e Preceptores (FNTP) em programas de residência em saúde. Dentre os vários desafios identificados, é apontada a necessidade de formação pedagógica desses atores para além das funções técnicas que lhes cabem (TRAJMAN et al., 2009).

No contexto da Universidade Federal da Paraíba, existe a RIMUSH, implantada junto ao HULW, com áreas de concentração em atenção à saúde do idoso, atenção à saúde cardiovascular do adulto, atenção à saúde da criança e do adolescente e atenção ao paciente crítico; e a RESMEN, vinculada ao NESC/CCS/UFPB. Vinculada à SES-PB, há a REMUSC, desenvolvida no CPAM. No contexto da SMS-JP, tem-se a RMSFC, inicialmente vinculada à Universidade Federal da Paraíba, atualmente vinculada à FCM-PB. Além das residências multiprofissionais, existem as residências médicas em várias especialidades, inclusive de Medicina de Família e Comunidade que, desde 2009, convive com a RMSFC (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

No contexto hospitalar, as várias ênfases se articulam por meio das tutorias de núcleo, a partir de discussões de casos clínicos, que retornam para a ênfase com direcionamentos a serem realizados de forma individual e coletiva. Outro momento de encontro das ênfases é durante a abordagem de temas propostos pelo MEC e no Projeto Pedagógico da Residência (PPR). Frente a tantos programas de residência numa mesma rede de saúde (Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa e de Cabedelo), tornou-se bastante contundente a necessidade de uma formação pedagógica de preceptores e tutores envolvidos com estes Programas, uma vez que se identificou que eles são os principais disparadores dos processos de aprendizagem em ato.

Em consonância com as demandas do FNTP, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS); o NESC/CCS/UFPB — em parceria com a SMS-JP, o CEFOR-RH/PB da SES e a FCM-PB — realizou o primeiro Curso de Formação de Tutores e Preceptores na perspectiva da EPS. O curso teve como objetivo provocar junto a preceptores e tutores a análise e ressignificação do seu papel na formação dos residentes em saúde, fortalecendo suas ferramentas para a produção de processos pedagógicos. O curso foi ofertado no ano de 2015, na forma de aperfeiçoamento e na modalidade semipresencial, com carga horária

total de 180h, sendo 120h presenciais e 60h em atividades de dispersão. A partir dessa experiência, o presente documento tem por objetivo apresentar tal formação, buscando identificar em que medida produziu ferramentas pedagógicas aos preceptores e tutores, no sentido desses fomentarem um ensino comprometido com a produção do cuidado integral e em redes. O objetivo é contar e refletir sobre o processo de formação para tutores e preceptores em saúde, com ênfase na aprendizagem colaborativa, como disparadora de reflexões e transformações das práticas cotidianas de educação em saúde, na perspectiva do cuidado integral e em redes.

O Vivido Sendo Contado

As atividades presenciais do curso foram desenvolvidas mensalmente, em cumprimento de módulos temáticos, contemplando as seguintes áreas de conhecimento: políticas públicas de saúde, EPS, gestão e atenção nos serviços de saúde, contexto da organização das residências em saúde e metodologias do ensino na saúde. A escolha desses temas foi motivada por inquietações trazidas por alguns atores da prática que, de algum modo, estiveram envolvidos no desenvolvimento dos projetos das residências e que perceberam as lacunas e dissonâncias entre a proposta, os serviços, a gestão e os profissionais. Nesse sentido, os módulos tiveram o objetivo de trazer discussões que sinalizassem a necessidade de pensar na aplicabilidade desses eixos temáticos para dentro dos projetos das residências.

Ao pensar a formação, o grupo de facilitadores, inicia uma discussão sobre como atender demandas apontadas por preceptores, tutores, residentes e gestores da rede de serviços, de modo que, ao realizar os encontros, fosse possível construir sentido para as temáticas; considerando a formação orientada por competência, o uso de MAs e de estratégias educacionais inovadoras. Assim, as unidades curriculares foram estruturadas de modo que os temas pudessem apontar para o trabalho em equipe, a atenção integral em saúde e a formação profissional, com a intenção de favorecer discussões em grupo de forma crítica e reflexiva. O modo como cada facilitador estruturou o encontro foi resultado de uma combinação, embora não se tenha conseguido estruturar a facilitação com uma só estratégia educacional.

Do ponto de vista pedagógico, o curso tinha a proposta de alinhar as ofertas educacionais entre os facilitadores dos módulos/unidades. A intenção inicial era de conseguir provocar processos críticos e reflexivos na formação, no entanto, alguns elementos influenciaram o desenvolvimento desse processo, como o tempo; as concepções teóricas e metodológicas dos envolvidos; o lugar ocupado por cada um desses atores, fosse na gestão, na academia ou nos serviços e; por fim, a própria influência das relações entre preceptores, facilitadores e organizadores. Utilizou-se das MAs, tendo como estratégias educacionais, a EC, a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas ou em Projetos. Outras estratégias também foram utilizadas, a exemplo de rodas de conversa, oficinas, análises de situação, relatos de experiência, construção de itinerários terapêuticos e oficinas de competências.

A partir dos encontros presenciais, foram disparadas atividades de dispersão que favoreceram as discussões de campo e núcleo, bem como reflexões sobre a integração ensino-serviço-sociedade. Entre essas, podemos destacar a rede de petição e compromisso, a construção e discussão sobre itinerário terapêutico, a discussão de casos clínicos envolvendo a equipe multiprofissional e simulações. Cabe ressaltar que esse processo vivenciou sua fragilidade a partir do momento em que a organização e os facilitadores não conseguiram construir momentos de alinhamento metodológico entre as unidades curriculares. A escolha das tecnologias educacionais a serem utilizadas no decorrer do curso deveria estar em consonância com aquilo que a organização vinha pensando para esse processo de formação e com aquele que seria o nosso principal desafio e diferencial: proporcionar o engajamento dos participantes no processo educacional, de modo a apoiar o desenvolvimento crítico, reflexivo e contextualizado. Entretanto, ao refletir sobre o modo como as unidades curriculares foram realizadas, verificou-se que não foi possível construir um formato estruturante para sua condução, tendo sido maior a aposta nos encontros entre os sujeitos participantes da formação do que propriamente nas estratégias metodológicas. Nesse sentido, o grupo precisou ancorar-se em metodologias que promovessem a identificação de problemas e suas explicações, vinculando a aprendizagem aos aspectos significativos da realidade e à troca colaborativa entre os participantes.

A utilização das metodologias ativas trazia alguns desafios no sentido de superar ou confrontar práticas históricas e hegemônicas desenvolvidas no interior dos cursos de formação em saúde. Essas práticas ainda persistem em alguns contextos das residências, seguindo ora o modelo tradicional de estágios, no qual o aprendiz observa para repetir o modelo do mestre; ora tomando os residentes como retaguarda assistencial do serviço, sem compromisso com sua formação e; ora ainda, criticando o residente e o programa quando esse profissional faz alguma intervenção no sentido de apontar fragilidades ou aspectos que precisam melhorar no serviço.

Era necessário enfrentar entraves e disputas no universo real das práticas e do convívio entre residentes, preceptores, tutores, comunidade, gestão e coordenação — todos seres pensantes, vibrantes e cheios de desejos. Era necessário produzir com os tutores e preceptores ferramentas para processos de aprendizagem em ato. Nessa direção, optou-se por focar na capacidade dos educandos de aprender a aprender, onde o preceptor/tutor assume função estratégica de facilitar caminhos singulares. Essa formação era, em última instância, um compromisso político entre os educandos, facilitadores e coordenadores, num movimento de resistência com dimensões ideológicas, políticas e econômicas, mas também éticas e estéticas. Se esse lugar é o da “resistência”, de acordo com o pensamento de Michel Foucault, exposto na obra de Muchail (2004), há uma repartição entre os saberes (onde se situa a ocupação com a verdade) e os procedimentos sociais (onde se reconhece o lugar do poder), não sendo habitual pensar um lugar comum entre saberes e procedimentos com potência de criação. Por outro lado, o lugar no qual apostamos foi o do encontro, no intuito de dar sentido às relações dos saberes com as práticas sociais. Assim, refletimos à luz dos encontros e nos deixamos guiar à luz dos saberes e das práticas.

O vivido pelos preceptores, tutores, residentes e facilitadores dessa formação foi contado nos encontros e narrado em momentos de avaliação. Ao final do curso, foi solicitado que os participantes produzissem uma narrativa escrita a partir da seguinte questão: “Em que medida a formação de preceptores e tutores contribuiu para seu trabalho de preceptor?” A partir das respostas, foi possível construir núcleos de sentido produzidos por esses atores, que refletem aspectos da formação dos preceptores/tutores e de sua prática dentro da equipe no mundo do trabalho. Assim,

foram selecionados trechos dessas narrativas/escritas dos atores envolvidos na formação, de modo a dar visibilidade aos processos de grupo para a produção de uma formação colaborativa e fundamentalmente coletiva.

Aprendizagem Colaborativa nas Narrativas dos Atores em Formação

A existência de profissionais de diferentes segmentos das Redes foi de suma importância para uma produtiva metodologia aplicada no curso. Estando unidos em encontros presenciais, organizamos ideias e entendimentos, produzimos atividades embasadas em materiais das políticas públicas do SUS e com conteúdos disponibilizados pelos facilitadores, dando ênfase à política e proposta da EPS e evidenciando a prática de trabalhos e atividades em grupos como ferramenta de ampliar o conhecimento (P.1).

O curso nos proporcionou a troca de saberes e experiências entre profissionais de saúde, nos fazendo compreender o processo de trabalho na preceptoria e os caminhos metodológicos e estratégicos que devemos percorrer para o alcance dos nossos objetivos” (P.13).

Importante ressaltar que a formação reforçou a necessidade de um trabalho (inter)subjetivo entre tutores e preceptores, entendendo a estreita ligação da relação teoria-prática implicada no processo de ensino-aprendizagem dos alunos (P.5).

Os trechos citados nos remetem à aposta metodológica do curso (cada P é um participante/aluno, variando de 1 ao 13), sustentada no que Wenger e Snyder (2001) designam para a aprendizagem social como Comunidades de Prática (CoP). Esses autores repensam as teorias da aprendizagem no final dos anos 1990 e propõem uma forma de organização capaz de ativar o compartilhamento do conhecimento, estimular a aprendizagem e promover a disseminação de melhores práticas; incentivando novas abordagens para a solução de problemas. Tal perspectiva, coloca em foco a interação social como um componente crítico do aprendizado situacional, por meio do engajamento em um coletivo. Essa aprendizagem, centrada na perspectiva da prática social, aponta para o significado das ações e colaborações reflexivas que são realizadas em contextos interativos, conforme se pode perceber nas falas que se seguem:

Durante os encontros, a dinâmica de aprendizado realizada trouxe a reflexão de como os temas e atividades trabalhados no curso poderiam ser aplicados na prática do cotidiano. A formação de grupos para discussão bastante heterogêneos, no que diz respeito a campos de atuação, permitiu que opiniões divergentes enriquecessem a

discussão em grupo para que fossem realizadas tomadas de decisão quanto às atividades propostas (P.6).

O curso nos deu essa oportunidade de criar laços, partilhar experiências, aprender a partir da troca com o outro que está num serviço diferente do meu, com um olhar diferente do que eu tenho e, assim, juntos poderemos pensar novas estratégias e repensar novos modos de vivenciar a educação em saúde dentro dos serviços (P.2).

A aposta numa formação a partir da construção de coletivos que aprendem juntos (comunidades de aprendizagem) foi uma intencionalidade dos que formularam e executaram o curso, que foi ratificada pelos preceptores e tutores em formação. Nesse processo, o curso foi se constituindo em seu próprio caminhar, ao passo que todos (tutores, preceptores, gestores e residentes) se formavam/educavam ao longo da formação. Por isso, foram aportados elementos constitutivos de um processo de trabalho por adesão, com intencionalidade muito bem definida, mas sem caminho predeterminado. Isso nos remete à compreensão da aprendizagem como um processo social, no qual a busca pelo singular de cada um é constituída nas relações sociais e intercâmbios entre os participantes. A aprendizagem ocorre em um meio cultural, no compartilhamento entre pessoas. Mesmo que adquirida em outro contexto, a aprendizagem é recontextualizada e ressignificada pelo grupo social (VYGOTSKY, 1998). Em outras falas, os participantes expressam que o curso os levou a pensar a integração da teoria com a prática a partir da discussão nos grupos:

Através do desenvolvimento do trabalho coletivo, onde a relação entre o preceptor e o educando horizontaliza-se, construímos uma relação onde o ato de pensar se dá por meio da integração entre os saberes teóricos e práticos, gerando a capacidade de conectar as informações certas para cada situação-problema e a partir delas reproduzir ações de transformação de sua realidade (P.1).

Reforça-se que a função da interação social no processo de aprendizagem é apontada desde Vygotsky (1998), com a proposta de “formação social da mente”, que coloca em foco a abordagem sociointeracionista do ensinar e do aprender. O conceito de interação, do qual parte essa abordagem, traz no âmbito do processo de aprendizagem, especificamente, a dimensão da afetação mútua; uma dinâmica onde a ação ou o discurso do outro causam modificações na forma de pensar e agir, interferindo

no modo como a elaboração e a apropriação do conhecimento se consolidarão. Pode-se, assim, ampliar e ir além da compreensão da aprendizagem como uma construção estritamente cognitiva, para uma compreensão com forte dimensão afetiva e relacional, que se dá não apenas no plano mental, mas, fundamentalmente, nas relações sociais entre os indivíduos engajados no processo; que partilham experiências, conhecimentos, vivências e afetos significativos. Veja-se, por exemplo, essas manifestações:

Apreendi que através da preceptoria construímos um local rico em trocas, aproximando saberes e práticas, por meio de um processo reflexivo e de uma prática dialogada (P.7).

Por meio deste curso de preceptoria pude modificar algumas atitudes e pensamentos relacionados à minha prática profissional, como também modifiquei minha maneira de enxergar o outro, pois observei a necessidade de práticas diárias de cuidado mais humanizadas, alcançadas através da integralidade e do pensamento e ensino em saúde (P.1).

As competências desenvolvidas no curso vão além do conhecimento científico, incluem também conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de formar cidadãos portadores de valores humanistas, capazes de intervir e de serem solidários numa sociedade complexa e em constante transformação. O preceptor deve construir juntamente com o aluno mecanismos que superem as dificuldades inerentes ao processo de trabalho no seu cotidiano (P.13).

Negri e Lazzarato (2001) afirmam que, apesar da complexidade e multiplicidade dos processos de transformação vividos no mundo do trabalho, poderíamos refletir sobre o fato de que mudanças técnicas nos processos produtivos não representam, necessariamente, ruptura com o processo de divisão social do trabalho — propriedade privada e concentrada dos meios de produção — nem com a extensão da lógica de controle político e econômico da produção e da circulação de mercadorias na esfera da produção imaterial. Ao dialogar com as narrativas e esses autores, identificamos que a relação que se construiu no decorrer da formação de preceptores, no que diz respeito à construção de competências e à transformação das práticas, transcendeu a relação conceitual; ao vivenciar na preceptoria em ato e na relação com os serviços e entre residentes, preceptores, gestores, unidades de saúde e comunidade a dimensão imaterial do trabalho, favorecendo o convívio social no mundo do trabalho e sendo um fator determinante de mudança nas práticas de formação em saúde. A formação

almejava, sobretudo, no mundo imaterial, despertar seres pensantes, vibrantes e cheios de desejos.

Considerações Finais

O curso proporcionou a troca de saberes e experiências entre profissionais de saúde, colocando em análise o processo de trabalho da preceptoria/tutoria e os caminhos metodológicos e estratégicos que podem ser percorridos para o alcance dos objetivos desejados nessas funções. A presente discussão não pretendeu apontar um modelo sobre o “como fazer” ou propor um modelo de formação ideal. Pelo contrário, a partir de uma visão crítica pautada nas narrativas avaliativas dessa experiência, pretendeu-se apontar as possibilidades de uma formação de preceptores e tutores em saúde que se fundamente na construção coletiva, produzida no seu próprio caminhar colaborativo entre os diferentes atores implicados no processo.

Tais reflexões visaram, para além de apontar metodologias, técnicas e/ou estratégias educacionais, resgatar a dimensão de inventividade das práticas de formação em saúde e a necessidade de seu alinhamento às demandas dos contextos em que ocorrem e às vidas dos cursistas. Não obstante, cabe considerar as tensões e os conflitos que permearam esse processo e que foram fundamentais e estruturantes. Houve dissonância entre os modos de pensar a formação em saúde e a perspectiva tecnicista, mediada por uma lógica produtivista e burocratizada do trabalho, com priorização de indicadores quantitativos e ênfase na medicalização da saúde. Esses modos conservadores se refletem na despolitização do fazer profissional, o qual acaba por centrar-se na execução técnica de procedimentos validados nas possibilidades de reconhecimento do trabalho a partir da produtividade de uma saúde calculada, fazendo com que as ações em saúde incorporem cada vez menos práticas colaborativas e dialógicas. Tal produção do fazer profissional reflete-se em processos de desresponsabilização pelo cuidado e dificuldade de construção compartilhada de ações de saúde entre profissionais e usuários. Esse descompasso se materializa no interior das equipes de saúde pela dificuldade de operacionalizar ferramentas de cuidado, a exemplo dos PTS.

Refletir sobre os processos de formação em saúde constitui não apenas um exercício importante, mas também necessário, tendo em vista duas razões: primeiro, por ser o SUS o ordenador da formação em saúde, a imperatividade da construção de processos educacionais compartilhados entre instituições de ensino, gestores, profissionais e sociedade — sintonizados entre si, de modo a promover uma formação onde todos caibam e onde todas as vozes possam ser ouvidas; a segunda razão, numa dimensão mais ideológica, situa-se no resgate dos princípios que outrora orientaram a consolidação de um modelo de formação embasado na perspectiva crítica e reflexiva e que, ao longo do tempo, tem se tornado cada vez mais técnicos e mecanicistas. Pensar a formação em saúde, especialmente de preceptores e tutores, requer considerar, antecipadamente, a inquietação de como conduzir um processo educativo centrado no educando e no seu processo de trabalho, em meio a uma racionalidade que orienta a organização do sistema de saúde para a eficiência econômica do sistema.

O processo de formação possibilitou um acúmulo de conhecimento, mediado pela troca de experiências compartilhadas entre professores, tutores, preceptores, gestores, profissionais, palestrantes, especialistas convidados e residentes. Uma experiência refletida e de análise crítica da realidade vivenciada pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Ressalta-se que o desenho teórico-metodológico adotado favoreceu uma prática pedagógica implicada na integração entre ensino, atenção, gestão dos serviços de saúde e participação popular; contribuindo para o fortalecimento entre instituições formadoras e serviços de saúde, bem como para a criação de “redes de afeto” entre os preceptores e tutores participantes do curso.

CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL: particularidades e atravessamentos da coordenação

*Valéria Leite Soares
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Ricardo Burg Ceccim
Jordane Reis de Meneses
Roberta Cláudia dos Santos Rocha*

Introdução

À circular pelo território das residências em saúde, oportunidades palpáveis e inflamáveis, encontros bons e não tão bons, nos ensinaram a refletir e problematizar a busca pela efetividade da gestão educativa e pela qualidade pedagógica da formação, além da compreensão política das residências no contexto da implementação do SUS e da mudança na educação dos profissionais de saúde. De acordo com Ceccim e Feuerwecker (2004b), a formação em área da saúde necessitaria ter como objetivo transformar as práticas dos profissionais e a organização do trabalho por intermédio da problematização do processo de trabalho, bem como da proposta de acolhimento e cuidado nas diferentes dimensões e necessidades de saúde dos indivíduos, dos coletivos e da população em geral.

Tomar o mundo do trabalho (de maneira ampliada) como ambiente escola, coloca em questão os domínios da assistência e da docência. É preciso pensar os compromissos recíprocos, mas também as interseções e sobreimplicações. A linguagem que foi construída para a docência nas residências em saúde foi de “corpo docente-assistencial”, o que (em tese) representa o credenciamento e alocação de um grupo de apoio às aprendizagens que inclua os saberes conceituais e os saberes práticos (tácitos), habilidades docentes e habilidades assistenciais; envolvendo competências para o ensino, a avaliação formativa, a atenção à saúde e a supervisão de profissionais em “treinamento” no exercício de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no escopo de cada categoria profissional, especialidade ou área de atuação.

Conforme Silva e Caballero (2010, p. 67), “pensar o mundo do trabalho como lugar de formação é evidenciar e problematizar a existência de espaços de saúde que são favorecedores da vida e de recriações sociais”. Neste sentido, um corpo docente-

assistencial contempla um segmento que domine a clínica e os aspectos socioinstitucionais. Um corpo docente que pense a clínica com elementos de demografia, epidemiologia e antropologia, assim como a abordagem afetiva dos encontros; um corpo docente que pense os aspectos socioinstitucionais com elementos de pesquisa-ação, ativação curricular, mobilização de coletivos, apoio à leitura e a escrita de artigos científicos, assim como suporte psicopedagógico.

Dialogando sobre o corpo docente assistencial

O corpo docente-assistencial é o grupo de profissionais de diferentes categorias que aceitaram colaborar com a formação na modalidade de residência. De acordo com a Lei Federal nº 11.129/2005, que criou a residência em área profissional da saúde, compõem o corpo docente-assistencial os preceptores, os tutores e os orientadores de serviço, integrantes do segmento curricular de conteúdo prático; já os docentes e orientadores de pesquisa ou trabalho de conclusão integrariam, portanto, o segmento curricular de conteúdo teórico. Quando falamos de corpo docente-assistencial, deve-se atentar que 80% da carga horária das residências é composta pela presença em cenários de prática e 20% destinada às aulas teóricas e à elaboração de TCR. Poderão compor o corpo docente-assistencial, em diversos casos, professores convidados e examinadores de propostas de TCR. Esse se estrutura ainda com: Coordenação Geral, NDAE, Coordenação de Cenários de Prática e Coordenação de Eixos Temáticos.

É necessário que essas coordenações estejam bem conectadas umas às outras, pois o que se vivencia nos serviços necessita ser significado, problematizado, ressignificado ou colocado em análise. Nesses momentos, os atravessamentos com o controle social e as políticas públicas se fazem presentes, assim como a gestão do sistema local de saúde, que, de maneira direta ou indireta, de forma positiva ou não, compõe a condução e a qualidade dos programas de residência. Os tutores são professores e devem ter um olhar relativo aos residentes e aos cenários de práticas; os preceptores são profissionais dos cenários de práticas e devem supervisionar a atuação dos profissionais residentes nos aspectos da prestação de cuidados junto aos usuários das ações e dos serviços de saúde. Uma proporção indicada à correlação corpo docente-assistencial e residentes e que deve ser observada pelos programas é de um preceptor

para cada cinco residentes. Como o tutor está afeito à gestão dos componentes curriculares e dos cenários de práticas, é o bastante que tenha uma formação em saúde compatível com a área de ênfase, concentração ou especialidade acerca da área temática (área profissional) da residência; já o preceptor está afeito à categoria profissional com vaga na residência, devendo ser da mesma graduação que o residente. É desejável que todos os tutores possuam titulação de mestrado e que todos os preceptores possuam especialização na mesma área de intervenção do programa ou, ao menos, três anos de experiência na área. Para ambos, deve ser preferencial que tenham sido formados previamente em programas de residência, o que conferiria (em tese) maior domínio da estratégia docente-assistencial. O orientador de TCR deve ter no mínimo a titulação de mestrado, assim, teoricamente, possuiria habilidades para orientar leitura e escrita no nível da pós-graduação *lato sensu*.

Deve-se atentar para a importância de que tutores e preceptores, especialmente preceptores, tenham amplo domínio das habilidades técnicas na profissão que supervisionam, independentemente da titulação acadêmica; uma vez que esta não é determinante da supervisão, mas da orientação de estudos, especialmente busca e uso da informação científico-tecnológica. Uma educação permanente de caráter pedagógico-educacional para tutores e preceptores pode apoiar sua formação contínua para a docência, mas o desenvolvimento das habilidades para diagnóstico, terapêutica e procedimentos requer empenho e dedicação particulares e muito mais “núcleo-centrados” que um processo de educação permanente pode sustentar. É a experiência prática no cotidiano que cumpre esse papel ou mesmo o percurso prévio em um programa de residência de igual campo profissional.

Quando os programas são vinculados às universidades, em geral, são tutores, os docentes universitários, a maioria com titulação de mestrado e doutorado, bem como com experiência em pesquisa e ensino superior. Nesse caso, são preceptores, os profissionais dos serviços de saúde. Quando os programas são vinculados aos gestores do Sistema de Saúde, em geral, os tutores são das Escolas de Saúde Pública ou Centros de Saúde-Escola e Centros de Formação de Recursos de Humanos, sendo os preceptores da rede própria de ações e serviços. Em outros casos, há necessidade de que os tutores

pertencam a alguma instância de gestão do ensino e pesquisa, enquanto os preceptores, às instâncias de atenção à saúde.

Conforme citam Santos Filho, Sampaio e Braga (2016), identificar parceiros para exercerem a função docente-assistencial é um grande desafio a ser superado pelos PRMS. Em raras situações essas atividades são especialmente remuneradas. Deve-se dizer que no caso de tutores vinculados aos órgãos de gestão do sistema de saúde ou atuantes em instâncias de gestão do ensino e pesquisa, tal tarefa está descrita em suas funções remunerada; já na maioria das universidades, essa é uma escolha voluntária dos docentes, não reconhecida pela instituição de ensino, não remunerada e não pontuada na progressão funcional de forma distinta das atividades rotineiras de ensino e extensão. No caso dos preceptores, pelo menos desde o início dos anos 2000, a participação na educação das futuras gerações profissionais está entre as atribuições do egresso das profissões de saúde (BRASIL, 2001).

De acordo com a CNRMS, o tutor tem a função de orientação acadêmica de preceptores e residentes, podendo ser nas modalidades de tutoria de núcleo e/ou tutoria de campo; requerida a formação mínima de especialização (BRASIL, 2012). O preceptor tem a função de orientação profissional de residentes, podendo ser preceptor de núcleo e de campo, assegurada a presença compulsória do preceptor de núcleo. Acostumados com modelos tradicionais de ensino-aprendizagem, tutores ou preceptores, ambos apresentam dificuldades com as questões pedagógicas. Ao se depararem com a orientação de tutoria e/ou preceptoria e discutir a prática vivenciada pelos residentes, esse corpo docente-assistencial mínimo não consegue corresponder às necessidades educacionais dos programas e de aprendizagem dos residentes. Nesse contexto, as metodologias ativas se fazem necessárias; contudo, o pouco conhecimento sobre essas metodologias cria, muitas vezes, um fantasma que assusta e inibe o desenvolvimento de uma tutoria e preceptoria que discuta e problematize o cotidiano dos serviços em busca de integralidade, humanização e resolutividade em rede de atenção à saúde.

Para Roman et al. (2017) a necessidade de autonomia do estudante em sua formação aponta para a inovação de metodologias de aprendizagem que não sejam as

de reprodução de conhecimentos, mas sim, que estimulem a criticidade, a reflexão e as competências éticas e técnicas. Dessa forma, os autores citam que as metodologias ativas — que têm como pressuposto a aprendizagem significativa, colaborativa, interdisciplinar e contextualizada com a realidade — despertam no educando a capacidade crítica, investigativa e humanista; ao mesmo tempo em que são motivadoras e desafiadoras, no sentido de busca de soluções para os problemas levantados e/ou vivenciados na realidade. Tais metodologias, eleitas para o ensino nas residências em saúde, favorecem as competências a serem desenvolvidas na formação dos trabalhadores de saúde e estreitam as relações entre discentes e docentes. Nesse caso, a aproximação entre residentes, preceptores e tutores é absolutamente desejável, já que esses se tornam facilitadores do processo de aprendizagem, integrando teoria e prática; não se apresentando como meros transmissores de conhecimentos e técnicas.

Tutoria e preceptoria permitem discussões a partir da realidade na qual os residentes se encontram inseridos, possibilitando integrar as inquietações do trabalho em ato com o que há de problematizador na literatura (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016). Sendo assim, o encontro desses atores se torna indispensável no desfecho da aprendizagem e da condução do processo formador. Contudo, em geral, são poucos os encontros entre tutores e preceptores; é pequena a carga horária dos tutores e é extensa a carga horária dos preceptores junto à assistência, sem contato com residentes. Essas condições fazem com que o residente, muitas vezes, esteja sem supervisão e cumpra ele mesmo o papel de principal interlocutor entre tutores e preceptores.

As tutorias de campo e/ou núcleo devem ocorrer semanalmente, ambas ou em revezamento sob a forma individual, em pequenos grupos ou em rodas de conversa. As preceptorias de campo e/ou núcleo devem ser contínuas; realizadas em toda a jornada de práticas com a presença dos residentes em ambientes de prestação de ações de saúde. Na ausência do preceptor, estratégias de supervisão direta ou indireta devem ser planejadas. Docentes, orientadores, convidados e colaboradores atuam em discussões de caso, encontros de tutoria, no planejamento de ações de cunho pedagógico e/ou assistencial, político e social. No caso de estágios opcionais e internacionais fora dos cenários previstos no PPR de cada programa, é determinante a aprovação, pelo NDAE,

de um preceptor para os cenários previstos e um tutor de articulação entre local e programa, local e preceptor. Em diversos casos, poderá ser o mesmo profissional.

À tutoria de núcleo corresponde a atividade de orientação acadêmica voltada à discussão de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo profissional específico. Já à tutoria de campo corresponde a atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem o programa. Ao tutor compete planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de abordagens; articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, inclusive de residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde.

A preceptoria caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes. O preceptor de núcleo será, necessariamente, da mesma categoria profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática e/ou na rede de serviços de saúde. O preceptor de campo estará voltado às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde, entendidas como de domínio interprofissional, tais como planejamento, gestão, avaliação, promoção, educação e vigilância em saúde, entre outras. Ao preceptor compete exercer a função de supervisor no desempenho das atividades práticas da atenção e da gestão em saúde; orientar e acompanhar, com suporte do tutor o desenvolvimento do plano de atividades do residente; apresentar relatórios periódicos relativos ao desempenho dos residentes sob sua supervisão — periodicidade máxima bimestral.

No corpo docente-assistencial, tem-se o coordenador geral que, ao assumir a gestão de um programa de residência, depara-se com uma quantidade considerável de atribuições burocráticas, pedagógicas e relacionais entre tutores, preceptores, residentes, gestão dos cenários de prática e das secretarias municipais e estaduais dos quais os cenários fazem parte. Esse tem como responsabilidade o cumprimento do PPR;

atender as demandas documentais da instituição executora, seja ela de ensino ou não, seguindo as normas instituídas; fazer cumprir as exigências da CNRMS; e ser integrante da COREMU, que tem caráter informativo e deliberativo e funciona com representação de um membro de cada segmento do corpo docente-assistencial, além da do residente. Aguiar (2017) reforça a importância do coordenador no exercício de suas funções e afirma que essa não é uma tarefa fácil, sendo a coordenação primordial na qualidade de um programa de residência. A autora relata que quem assume esse papel deve ter competências para gerenciar em diferentes direções, atendendo tanto ao campo burocrático quanto ao campo das relações dos atores envolvidos; além de atender à instituição de ensino, atentar para as necessidades de saúde locais e regionais e se responsabilizar pela formação tanto dos residentes quanto dos preceptores e tutores, qualificando-os; dentre outras atribuições. A Resolução CNRMS nº 2/2012, em seu artigo 8º, descreve as competências do coordenador, que são:

I. fazer cumprir as deliberações da COREMU; II. garantir a implementação do Programa; III. coordenar o processo de autoavaliação do Programa; IV. coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU; V. constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU; VI. mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão; VII. promover a articulação do Programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação; VIII. fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS; IX. promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço [em Saúde] – CIES; X. responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS (BRASIL. MEC. SESu. CNRMS, 2012).

Em alguns programas de residência são criadas “subcoordenações”, subordinadas à coordenação geral para dar apoio e auxílio em questões específicas, desenvolvendo um trabalho integrado e favorecendo as ações de ensino e aprendizagem na formação dos residentes. Podemos citar alguns exemplos, como as coordenações de ênfase e/ou de núcleo profissional, coordenação pedagógica e

coordenação de cenários de prática. As coordenações de núcleo profissional procuram atender às questões específicas que demandam os seus núcleos e/ou às suas ênfases, principalmente nas questões cotidianas do processo ensino-aprendizagem, relacionadas à preceptoria e tutoria e às necessidades que surgem por parte dos residentes. As coordenações de ênfase buscam apoiar a participação em eventos específicos de cunho científico, de controle social e movimentos populares, bem como articulam ações de apoio às graduações que fazem parte de cada núcleo profissional ou, de forma interprofissional, fazem parte do aprendizado da profissão.

A coordenação pedagógica se atém às questões teóricas, dando suporte à tutoria e preceptoria, à elaboração do TCR e à avaliação, responsabilizando-se com o currículo e os módulos a serem desenvolvidos ao longo do programa. A coordenação de cenários de prática é responsável pela gestão dos residentes nos locais de prática, pactuando cenários e dando resolutividade aos problemas que surgem nesses locais. Procuram atender às necessidades avaliativas dos preceptores, modos de ensinar e aprender, fazendo um elo com a coordenação pedagógica. É papel desta coordenação ficar atenta ao cotidiano dos residentes nos serviços, atendendo às suas necessidades e buscando resolutividade para os problemas que porventura possam surgir, relacionados aos preceptores e residentes, aos gestores e residentes e às propostas de ação e/ou atividade demandadas pelos residentes no cuidado em saúde; assim como avaliar se a imersão dos residentes está sendo efetiva em seu papel político nos serviços, em consonância com os pressupostos e princípios do SUS.

O corpo docente-assistencial articula todo o processo educativo, estabelece e propõe mecanismos de participação de tutores, preceptores e residentes; orienta e avalia os TCRs; assim como avalia o programa e os residentes. O NDAE, previsto para a organização dos programas deve ser composto, no mínimo, por: coordenador do programa, representante dos tutores e representante dos preceptores, podendo ser um para cada área de concentração ou único para o programa, dependendo das características e particularidades de gestão local. O certo é que o NDAE não deveria ser uma figura artificial, pois é a principal instância pedagógico-educacional dos programas, devendo acompanhar e se pautar pelo PPR, bem como aos seus ajustes e mudanças, quando necessários. O NDAE deve se manifestar sobre todas as circunstâncias que

envolvam substituição ou aproveitamento de conteúdos curriculares, alterações no plano anual de formação, pactuação de estágios opcionais ou internacionais, dificuldades de aprendizagem ou necessidade ético-disciplinares.

Considerações finais

“Corpo docente-assistencial” é um termo comumente utilizado no cotidiano dos programas de residência. Apesar disso, ainda existem dúvidas sobre sua composição e suas funções. No dia a dia dos programas, encontramos corpos docente-assistenciais compostos por tutores e preceptores e por tutores, preceptores, supervisores e orientadores de TCR, além de outros desenhos dessa equipe. Compreendemos que todos os sujeitos que integram os programas e contribuem para seu desenvolvimento, seja nos serviços ou na instituição de ensino, compõem o corpo docente-assistencial.

Apesar de sua importância na sustentação dos programas de residência e na construção de vínculo das IES com os serviços e o controle social ou a sociedade, vivencia-se a pouca valorização dos atores que compõem o corpo docente-assistencial. Algumas normativas falam de seus papéis e de suas responsabilidades, mas parecem desconsiderar o processo de trabalho do profissional de saúde e do docente que está comprometido com as funções da atenção e da docência, dedicando horas à função de ensino como preceptores; já no caso dos docentes, como tutores, sem ao menos receberem remuneração ou alocação específica de carga horária para essa função ou, ainda, cômputo na ascensão no plano de cargos e carreiras. Nesse sentido, ainda temos muito a discutir diante das dificuldades vivenciadas e da pouca compreensão da função de cada um desses sujeitos. A ausência de uma política nacional direcionada à docência em residências na área da saúde, impede que se proporcione autonomia, financiamento e melhor direcionamento para a função de preceptores, tutores e coordenadores; deixando os programas aquém de suas necessidades e comprometendo a adesão e o compromisso dos profissionais, o que fragiliza o “movimento” a favor das residências, uma vez que cada coordenador busca organizar seu programa, levando em consideração as condições locais de apoio e militância. Observa-se investimento de alguns gestores estaduais e municipais de saúde no reforço dessas funções, contudo, isso ocorre de forma muito isolada.

A intensão dos autores, ao abordar a temática do corpo docente-assistencial pelas particularidades e pelos atravessamentos da coordenação, foi a de contribuir para a organização de programas de residência. Sabe-se que o corpo docente-assistencial representa uma equipe formada por diferentes núcleos profissionais, sendo responsável pela supervisão, orientação e problematização das práticas, além da coordenação dos componentes teóricos e da orientação de trabalhos finais e pesquisas. Dessa forma, o corpo docente-assistencial tem papel fundamental na articulação de todo o processo educativo/formador que se estabelece nos programas de residência e será sempre reinventado, redesenhado e ressignificado, com vistas a atender às necessidades de cada programa.

SEÇÃO III
PRECEPTORES E TUTORES COMO CORPO
DOCENTE-ASSISTENCIAL

PRECEPTORIA E TUTORIA: ação docente nas residências em saúde

*Ricardo Burg Ceccim
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Jordane Reis de Meneses
José da Paz Oliveira Alvarenga*

Introdução

Ser preceptor/tutor é enfrentar o desafio de “cuidar do aprendiz” e “ensinar o cuidado”. O desafio que se coloca é praticar a tutoria/preceptoria sustentando sua ação de educador, compreendendo que “educar é um processo reconstrutivo, de dentro para fora, em direção à autonomia” (AFONSO; SILVEIRA, 2012, p. 83), assim como o cuidado é um processo de defesa da vida em direção ao desenvolvimento da autonomia do usuário (MERHY, 2004). O preceptor/tutor compõe a função docente-assistencial nos programas de residência em saúde, que é modalidade de pós-graduação *lato sensu*, cuja finalidade é desenvolver competências profissionais para o trabalho no SUS.

Espera-se das residências em saúde que contribuam para a integralidade da atenção; o trabalho em equipe; a apropriação do sistema de saúde; as práticas colaborativas interprofissionais; as habilidades de gestão de programas, políticas, serviços e sistemas; as habilidades de divulgação e difusão da informação e do conhecimento em saúde; e a integração de conhecimentos em ciências da saúde e humanidades. A construção do perfil de competências nas residências integradas e/ou multiprofissionais em saúde exige uma potencialidade pedagógica e política capaz de transformar as práticas de cuidado, juntamente com as práticas de aprendizado da saúde, a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença-intervenção-qualidade de vida.

Discutir os aspectos didático-pedagógicos envolvidos na formação de tutores/preceptores não difere, sobremaneira, da formação dos próprios residentes. O perfil de competências do profissional de saúde, no exercício da preceptoria/tutoria, está representado pela articulação de três núcleos de conhecimentos e práticas que

delimitam o escopo da atuação profissional: atenção, gestão e educação na saúde. Esses três núcleos aparecem nas DCN de Medicina (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014b) e de Saúde Coletiva (Parecer CNE/CES nº 242, de 6 de junho de 2017), assim como nos desenhos clássicos da formação em Enfermagem (assistência, administração e educação), em Psicologia (clínica, organizacional e escolar) e em Nutrição (clínica, gerenciamento, educação). É necessário o desafio de uma ação docente em que a responsabilidade profissional, o relacionamento humano, a capacidade de organização, a prática avaliativa e o domínio do conteúdo coexistam como eixos orientadores da prática pedagógica. A esses eixos se acrescentam os aspectos éticos e humanísticos e a competência para a EPS. Ao profissional no exercício da preceptoria/tutoria compete exercer as funções de orientação e supervisão para residentes, oferecendo-se como inspiração no campo da prática.

O primeiro documento que nominou o corpo docente-assistencial nas residências foi sua lei de criação (Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005): preceptor, tutor e orientador de serviço. O documento que conceituou cada um desses atores da docência foi a Portaria GM/MS nº 1.111, de 05 de julho de 2005:

I - preceptoria: função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão. II - tutoria: função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço; e III - orientação de serviço: função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e

que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário (BRASIL. MS, 2005c).

Destacamos o conceito do MS, de 2005, porque deu (deveria dar) base para os documentos, práticas e formulações que o sucederam. Conforme estudo desenvolvido por Parente (2008), o preceptor deve apresentar o seguinte perfil de competência: reconhecer as bases conceituais e a realidade sociocultural-epidemiológica do território; orientar o residente quanto às práticas específicas do núcleo e do campo a que se vincula; contribuir com os residentes no planejamento das ações a serem desenvolvidas; sistematizar juntamente com os residentes o fazer da categoria; avaliar o processo formativo de cada residente (em conjunto com o tutor). O preceptor deve, a partir da promoção do diálogo entre iguais, cuidar da reflexão e da problematização da categoria a que pertence ele e os residentes de núcleo sob a sua responsabilidade, articulando o saber da categoria com a realidade do território:

O que há de específico no fazer dos tutores?

- a. Tutor e equipe multiprofissional: a centralidade do fazer dos tutores está na facilitação da equipe multiprofissional, visando promover o diálogo entre os diversos saberes, que originariamente se encontram desarticulados, tendo como foco o território, a relação da equipe com a unidade de saúde e com seus respectivos profissionais.
- b. Organização do processo de trabalho: nesse diálogo entre diferentes, o tutor tem o desafio de integrar os diferentes saberes (formações) na perspectiva de sistematizar um processo de trabalho em equipe que, para além da mera acumulação de conhecimentos disciplinares, possa integrá-los de tal forma a produzir um fazer verdadeiramente inter e transdisciplinar.
- c. Responsabilidade sanitária: o tutor organiza o processo de trabalho da equipe multiprofissional a partir da leitura das condições de vida e saúde da população adscrita, na perspectiva da responsabilização da equipe por essa população.
- d. Integralidade da atenção: é responsabilidade do tutor promover a comunicação horizontal (comunicação lateral) entre os diversos componentes da equipe

multiprofissional, bem como destes com os demais membros da rede de apoio presentes no território.

- e. Avaliação do processo formativo: a avaliação do processo de formação está focada nos aspectos relacionais, no desempenho do fazer interdisciplinar, no grau de responsabilização sanitária da equipe e no processo de trabalho em equipe, a partir do aprofundamento teórico-conceitual de temas relacionados ao campo da saúde coletiva.

O que há de específico no fazer dos preceptores?

- a. Preceptor e categoria profissional: a identidade do fazer dos preceptores está na facilitação do fazer das diferentes categorias profissionais, a partir da promoção do diálogo entre iguais, ou seja, cuidar da reflexão e da problematização da categoria da qual cada profissional e ele mesmo faz parte, articulando o saber da categoria com a realidade do território.
- b. Organização do processo de trabalho: nesse diálogo entre iguais, o preceptor tem o desafio de aprofundar os saberes na perspectiva de sistematizar o processo de trabalho da categoria e identificar como promover a saúde a partir de contribuições que perpassam a singularidade da disciplina.
- c. Responsabilidade sanitária: o preceptor deve estimular a investigação e o cuidado das necessidades específicas da atenção à saúde, considerando o fazer da categoria, a partir da leitura das condições de vida e saúde da população adscrita num dado território.
- d. Integralidade da atenção: é tarefa do preceptor promover o diálogo da categoria com outros níveis de atenção (rede de apoio), facilitando a comunicação vertical entre iguais que se encontram em diferentes níveis da atenção (primária, secundária e terciária), ao tempo em que reconhece a complexidade do sujeito; não reduzindo o olhar sobre esse sujeito apenas ao saber de uma dada categoria, posto ser insuficiente.

- e. Avaliação do processo formativo: a avaliação do processo de formação está focada nos aspectos relacionais, no desempenho do fazer disciplinar, no grau de responsabilização sanitária da categoria, no processo de trabalho no território e no aprofundamento técnico-científico relacionado ao fazer específico da categoria no campo assistencial [implicado].

Os termos preceptor e preceptoria praticamente são sinônimos, na voz corrente, quando a formação de profissionais de saúde está referida aos programas de residência. Em 2012, a CNRMS definiu tutoria e preceptoria num esforço de afirmar a diferença entre “instituição formadora” e “instituição executora”, isto é, universidade e serviço; uma noção que foi modificada em 2014, quando as residências passam a ser de responsabilidade de “instituições proponentes”. Na Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, consta:

Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP [...]. A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos [...]. A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes [...]. A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa [...]. A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista [...]. O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática [...]. A supervisão de preceptor de mesma área profissional, mencionada, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras (BRASIL. MEC. SESu. CNRMS, 2012).

Essas definições da Resolução CNRMS nº 2/2012 são as mais confusas, além de discrepantes em relação à primeira formulação. Não há referência aos orientadores de serviço, mas sim aos docentes. Os tutores são das instituições de ensino, mas não são os docentes, tendo funções que mesclam gestão educativa e docência. Na primeira formulação, o tutor era o profissional de acolhimento e referência dos grupos de residentes no serviço, não sendo necessariamente o supervisor de habilidades e conhecimentos centrados no núcleo profissional especializado. Essa última função, sim, era do preceptor ou supervisor de práticas em serviço. Ambos seriam do serviço e/ou da universidade, mas o tutor estaria 100% disponível nos serviços e o preceptor poderia estar no serviço ou não, presencial ou a distância, mediante orientação *in loco* e orientação de todo tipo de tecnologia de comunicação e educação. Os docentes seriam responsáveis por conteúdos teóricos, enquanto os convidados e orientadores de serviço seriam todos os trabalhadores de uma rede-escola.

Perfil de Competências do Corpo Docente-Assistencial

O perfil de competências do corpo docente-assistencial nas residências envolve o ensinar e o aprender em serviço. As separações de papel entre tutor e preceptor tendem a ser burocráticas e formais, ambos atores do serviço/formação oscilam nas funções, juntamente com docentes e orientadores. Em inúmeros casos, em nossa prática, os profissionais do corpo docente-assistencial dizem “eu sou tutor e preceptor, sou docente e orientador, sou coordenador e professor”. Adaptamos de Parente (2008), um rol de linhas de competências do corpo docente-assistencial para apoiar as aprendizagens dos residentes, que nos parece ter mais coerência com a prática nos programas de residência em saúde:

- 1) Reconhecer as bases conceituais do SUS;
- 2) Reconhecer a realidade sociocultural e epidemiológica na área de ênfase/especialidade do programa (e do território);
- 3) Sistematizar, juntamente com os residentes, o fazer da categoria;
- 4) Participar da organização do processo de trabalho dos residentes;

- 5) Contribuir para o aprofundamento técnico-científico dos residentes;
- 6) Apoiar a organização e funcionamento de grupos de aprendizagem, inclusive com a participação de trabalhadores, quando for viável e possível;
- 7) Apoiar a atuação dos residentes, juntamente com a equipe, nas situações-problema encontradas no serviço e território;
- 8) Orientar o residente quanto às práticas específicas da sua categoria profissional;
- 9) Promover a integração dos residentes com os outros profissionais e a comunidade;
- 10) Promover a integração do residente com as linhas de cuidado, redes de atenção e redes sociais do território;
- 11) Avaliar o processo formativo de cada residente.

Se o corpo docente-assistencial é composto por docentes, orientadores (de serviço e de trabalhos de conclusão), tutores e preceptores, a função docente-assistencial, no caso da educação em residências, pode ser contraída na fórmula função preceptoria. Uma formação de preceptores e tutores é uma formação do corpo docente-assistencial que, para o exercício dessa prática, inclui gestores acadêmicos e gestores dos sistemas e serviços de saúde que atendem a programas de residência e nos recebem em cenários de prática. Além de conhecer a legislação vigente, deve-se desenvolver pelo menos seis grandes áreas de competência na função docente-assistencial, uma vez que revelam abrangências de domínio distribuídas entre os vários papéis de cada profissional na função, sendo essas:

I - Quanto à Responsabilidade Sanitária:

- Reconhecer as bases conceituais do SUS;
- Reconhecer a realidade sociocultural e epidemiológica nas áreas de intervenção da residência;
- Fazer e estimular a análise crítica da realidade;

-
- Estimular a assistência ao paciente, a ser pautada na abordagem individual, familiar e comunitária;
 - Construir a noção de um sistema de saúde de portas abertas ao acolhimento, à integralidade da atenção, à educação interprofissional (EI) e às práticas colaborativas de equipe.

II - Quanto à Organização do Processo de Trabalho:

- Se dispor a compartilhar o seu conhecimento;
- Estimular a autonomia do residente para buscar novas informações;
- Orientar o residente a como informar o paciente e seus familiares sobre condutas a serem adotadas;
- Inserir adequadamente os residentes nas responsabilidades do serviço, dando-lhes um caráter participativo e colaborativo, por meio de uma agenda de atividades compatíveis com seus objetivos de aprendizagem;
- Construir uma noção de trabalho com base nos valores de troca e uso das dimensões cognitiva e afetiva de cada categoria a uma pragmática de trabalho interprofissional.

III - Quanto à Educação Permanente em Saúde:

- Contribuir para a reorganização dos processos de trabalho, a partir da problematização, reflexão e avaliação nos territórios de modelos e de práticas de trabalho instituídos;
- Envolver os residentes, a equipe e outros atores para operar a educação permanente em saúde;
- Reconhecer que os processos educativos devem ter como fim a organização dos serviços a partir de sua análise e da solução dos problemas identificados;
- Reconhecer que a educação permanente tem por essência a transformação da dinâmica do trabalho e não o processo de instrução isolado e fragmentado de um ou mais trabalhadores;

-
- Constituir práticas de interlocução em equipe, em linhas de cuidado, em redes de atenção e em fluxos de conversa controle social — gestão em saúde.

IV - Quanto à Integralidade da Atenção:

- Articular-se com a equipe multiprofissional, gestores e organizações não governamentais e outros serviços de cooperação e apoio;
- Participar da discussão dos casos clínicos com toda equipe assistencial, acrescentando, se necessário, dados e informações durante a apresentação do caso clínico;
- Cooperar com a decisão/programação terapêutica mais apropriada;
- Auxiliar o residente na orientação da equipe de trabalho, com vistas ao aprimoramento da qualidade do cuidado;
- Desenvolver práticas colaborativas de caráter interprofissional, contribuindo para o trabalho em equipe e para a resolutividade da assistência nos serviços de saúde.

V - Quanto à Avaliação do Processo Formativo:

- Ser moderador na discussão de casos, estimulando o raciocínio clínico por meio da revisão da anamnese e dos achados do exame físico;
- Conceder retorno aos residentes após buscarem informações e confrontá-las com as situações práticas;
- Observar a atuação do residente e oferecer *feedback* imediato, considerando a detecção de possíveis erros nas condutas com os pacientes;
- Nas situações diárias de seu próprio cenário de trabalho, observar e discutir os comportamentos e atitudes com o residente;
- Contribuir com a formação moral e ética do residente, com ênfase no acolhimento, responsabilidade pelo cuidado e desenvolvimento da autonomia dos usuários.

VI - Quanto à Relação Educador-Educando:

-
- Assumir o papel do educador, compartilhando o trabalho assistencial em todas as atividades atribuídas ao residente;
 - Exercer o ensino na dimensão de “educar”, preparando o residente para que desenvolva as competências nas áreas de conhecimento, de habilidade e de atitudes;
 - Desenvolver o ato da crítica amorosa e cuidadora, sem a perspectiva de inferiorizar o residente, estabelecendo uma relação horizontalizada;
 - Manter-se atualizado e estimular os residentes à vivência científica e de docência;
 - Elaborar estratégia educacional individualizada, visando ao deslocamento do aluno no seu processo de aprendizagem;
 - Conhecer e fazer uso de didáticas de ensino-aprendizagem.

Como função, a preceptoría deve ser ressaltada em uma eventual política e em todos os programas de residência. Os seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão no sentido de atender às necessidades e aos anseios dos residentes.

Considerações finais

Em que pese a oscilação na definição dos papéis de preceptor e tutor, não há dúvida de que os dois são os principais representantes das funções do corpo docente-assistencial nos programas de residência em saúde. O Fórum de Tutores e Preceptores se pronuncia pelo reconhecimento de que, mesmo em se tratando de atribuições diferentes, tal como estabelecido em resoluções da CNRMS, preceptores e tutores devem atuar de forma intercomplementar e integrada, respeitando as peculiaridades locais em saúde, institucionais e de realidade dos programas. O Fórum luta por uma definição que justifique políticas públicas específicas às atividades docentes exercidas nos ou em apoio aos serviços. Podemos elencar: parâmetros de produtividade que permitam estabelecer número de preceptores e tutores por programa e por número de residentes; definição de carga horária junto aos serviços, aos residentes, nas atividades de gestão pedagógica e nas atividades de gestão institucional; perfil de dedicação necessária; inclusão da atividade nos planos de cargos, carreiras e salários;

patamares de remuneração; estrutura necessária ao adequado exercício da função docente em residências; dentre outras.

Ao mesmo tempo em que o FNTF destaca que o exercício de tutoria e preceptoria deve respeitar o desejo do profissional para realizar tal função e não uma imposição do cargo de profissional da saúde ou de professor em cursos da área da saúde; reivindica a estruturação de programas de formação, em âmbito nacional e regional, nas modalidades presencial, semipresencial e a distância, além da possibilidade de intercâmbio entre tutores e preceptores entre os diferentes programas no território nacional. Reforçamos que os tutores e preceptores são atores fundamentais no processo de ensino-aprendizagem nas residências, mas não negamos que o corpo docente-assistencial inclui coordenadores geral, pedagógico, de ênfase e de cenários de prática; docentes por expertise de conhecimentos; orientadores de pesquisa (temáticos ou metodológicos); orientadores de serviço e supervisores de práticas.

Por fim, uma coisa é certa: a valorização da função requer certificação pelo trabalho desenvolvido, incentivo à participação em eventos, apoio à participação nos encontros de seu Fórum de representação e articulação e educação permanente para a docência.

O CURSO DE FORMAÇÃO PARA PRECEPTORES SOB O OLHAR DO PRECEPTOR: resistência e desafios

*Flávio Silva Nóbrega
Roberta Cláudia dos Santos Rocha
Mariana Camila Vieira Fernandes*

Introdução

A formação na área da saúde, seja na graduação ou na residência, requer a aproximação da educação dos profissionais às necessidades do SUS, seja para a AB ou para a composição qualificada das redes de atenção. O modelo de formação deve envolver a integração ensino-serviço-comunidade e a coparticipação entre gestores das esferas do ensino e da saúde. As estratégias de ensino devem incluir MAs, cenários de aprendizagem diversificados — não apenas da AB, especializada e hospitalar — mas considerar a base social das vivências em família e comunitárias (território); espaços de planejamento e gestão; estruturas responsáveis por monitoramentos e avaliações; equipes de formulação de políticas; sessões de informação em saúde e análise epidemiológica; ambientes de promoção, educação e vigilância da saúde; instâncias de participação popular e rede intersetorial.

A vivência dos residentes nos serviços de saúde, com as práticas assistenciais reais e interação com as demais esferas, ocorre por meio da preceptoria exercida por profissionais experientes e atuantes na rede de atenção. Por isso, a qualificação docente-assistencial deve incluir a formação de tutores (pessoal dos componentes curriculares teóricos e teórico-práticos) e de preceptores (pessoal dos componentes curriculares práticos ou prático-aplicativos). De maneira geral, quando nos referimos à preceptoria, estamos nos referindo a um grupo do corpo docente-assistencial que combina assistência direta ao usuário/paciente, supervisão de habilidades aos profissionais/residentes em treinamento, orientação para as práticas em serviço e interlocução com docentes, conteúdos teóricos e de gestão da educação. Essa ação se consolida no fomento ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; não apenas no núcleo corporativo especializado de cada categoria profissional e especialidade.

O preceptor exerce grande influência sobre o residente, uma vez que, em certa medida expressa e inspira o modo de trabalhar naquela profissão, naquele cenário, naquela área de especialidade/ênfase/concentração. Aquele serve de exemplo e referência para o profissional em formação, desse modo, precisa revelar competências relativas à qualidade técnica para a atenção, mas também para a gestão e para a educação/ensino; deve demonstrar relativo domínio do SUS e disposição para as práticas colaborativas interprofissionais. É fundamental que o preceptor possa incentivar o trabalho em conjunto entre os residentes de um mesmo ou de diferentes núcleos profissionais; respeitando as particularidades de cada profissional e cada profissão em benefício do usuário e da qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde, aumentando a resolubilidade/resolutividade das ações. Deve ainda valorizar o saber prévio do residente, contribuir na formação de vínculos de par entre residentes e desses com os colegas de trabalho, assim como incentivar que o trabalho com o conhecimento se torne um processo contínuo de construção coletiva.

Para atender ao exposto, faz-se necessária a formação de preceptores, principalmente no que concerne aos saberes pedagógicos, uma vez que o domínio técnico no campo da atenção é contemplado na graduação e presente no trabalho da área assistencial. Observa-se que é frágil nos cursos de saúde a formação relativa à gestão, considerando que essa temática é recente na graduação ou inexistente. Entretanto, não há formação pedagógica, sem o desenvolvimento do pensamento no campo educativo e filosófico, na elaboração de capacidades críticas, comunicativas e expressivas.

Há necessidade de trabalhar elementos da experiência com o sistema de saúde, com os saberes da área da saúde coletiva; reflexões sobre processo de trabalho e problematização das relações entre mundo do trabalho e mundo da formação, sob as perspectivas da gestão, da atenção, da formação e da participação. Conforme Steinbach (2015, p. 78), “os preceptores desenvolvem sua função convivendo com o sentimento de insegurança reportado à pouca capacitação, e com a falta de tempo para preceptorar devido às exigências impostas pelo mundo do trabalho”. Ainda assim, segundo a mesma autora, “perseveram e acreditam na preceptoría motivados pelo sentimento de gratidão

por participar de uma formação de qualidade, oportunidade de renovar sua prática e o contato com o meio acadêmico”.

O curso de formação para preceptores

O curso de formação de preceptores foi idealizado para os profissionais ligados diretamente à preceptoria e tutoria dos PRMS do município de João Pessoa, organizado em temáticas importantes para a construção de atividades que utilizam MAs, Problematização e ABP, entre outros mecanismos de disseminação de conhecimentos científicos e profissionais. Compartilhamos experiências produtivas e únicas que promoveram o despertar de reflexões construtivas de um olhar complexo da “preceptoria em ação”, propiciando o estreitamento das participações de residentes com os profissionais/preceptores e tutores, deixando de fora os muros e vieses que dificultam os *feedbacks* dos atores envolvidos no processo de ensino/aprendizagem mútua.

Para tal, valemo-nos de trocas de saberes, intercâmbio de práticas e pontos de vista que tornaram o curso enriquecedor, permeado de fluidez na dinâmica dos trabalhos, tanto no decorrer das oficinas quanto nas atividades de dispersão em grupo. Problemas foram evidentes no tocante a mudanças nos locais das oficinas, ocasionando algumas vezes atrasos. Os grupos para as atividades de dispersão foram divididos e foram indicados facilitadores para acompanhar os trabalhos a distância, nos intervalos entre um encontro presencial e outro. No entanto, alguns grupos não tiveram o acompanhamento esperado, tendo que desenvolver as atividades sozinhos, contudo, ainda assim, a qualidade dos trabalhos construídos e apresentados superou as expectativas. Outro ponto positivo a ser destacado foi a participação de facilitadores com expertise nos temas e a qualidade das exposições; pessoas comprometidas com a efetividade e fortalecimento do SUS.

É imprescindível mencionar a dedicação de docentes, alunos, profissionais e residentes no decorrer do curso, que apesar das dificuldades enfrentadas, a exemplo da pouca experiência do grupo condutor na organização de um curso destinado para preceptores; a falta de recursos financeiros para garantir a presença dos colaboradores

convidados; os poucos tutores para acompanhar as atividades de dispersão; a ausência de pessoal administrativo para cuidar da secretaria do curso; dentre outros, conseguiram concluir todas as etapas planejadas e sua finalização foi uma forma de resistência e consciência política da sua ação na sociedade.

Participamos e contribuímos na construção em ato do I Curso de Formação de Preceptores da Universidade Federal da Paraíba e sentimos a necessidade de outros, sempre com a qualidade destacada no decorrer do seu processo. Foram debatidos vivências e exemplos de como prosseguir ou não nossa caminhada profissional, provocando reflexões de nossa prática; aprimorando, assim, nossas argumentações coletivas e expertises distintas, culminando em ideias inovadoras e no planejamento de atividades para uma participação mais ativa com os residentes nos serviços. Alguns residentes que estavam no apoio do curso, trouxeram suas experiências, anseios, dificuldades e soluções para problemas dos serviços em que estavam inseridos.

A preceptoria pode ser entendida como “arte de interação” entre o preceptor e o residente, com responsabilização mútua, *feedback* contínuo, apreensão de conhecimentos constantes, troca de experiências e alinhamento de condutas; proporcionando atividades de cuidado em saúde mais qualificadas e possíveis de serem implementadas, bem como a utilização de comunicação eficaz e participativa. A tarefa/função da preceptoria é complexa, pois necessita sincronizar ações predeterminadas e planejadas, exigindo habilidades, conhecimentos e expertises dos atores envolvidos no processo de preceptoria/ensino em serviço. Contudo, por vezes, não é realizada a contento devido ao acúmulo de tarefas, desconhecimento da amplitude de seu papel e da própria dinâmica dos serviços.

O cursista em processo de preceptoria

Os programas de residência em saúde para as várias categorias profissionais refletem o conjunto de competências de cada profissão, melhorando o serviço, potencializando a atenção prestada e apropriando os residentes de ferramentas e conhecimentos na busca da qualidade de vida, bem-estar e manutenção da saúde dos usuários, família e comunidade. No curso de formação de preceptores e tutores,

conseguimos, em conjunto, pautar a transformação das práticas individuais e coletivas, discutir processo de trabalho e maximizar o tempo disponível do preceptor com a discussão de casos clínicos, ampliando as possibilidades do acompanhamento do residente e do usuário, que é o foco da nossa prática. Atuar como preceptor nos diferentes cenários de aprendizagem exige comprometimento para bem desempenhar as funções de assistência, gerência e docência, decorrentes da preceptoría; uma vez que somos responsáveis por desenvolver o conhecimento do ensino no campo do trabalho. Aprendemos a aprender, transmitir e captar opiniões para a melhoria dos serviços em que os residentes estão inseridos; contribuindo para mudanças de paradigma, inter-relacionando serviço, ensino e processo de trabalho; valorizando a percepção do residente; e ajudando a propagar de forma eficaz e permanente a qualidade do cuidado realizado.

As metodologias utilizadas nas oficinas realizadas durante o curso possibilitaram o despertar para a prática da preceptoría e o reconhecimento de nossas potencialidades como profissional/docente integrante desse processo de construção. A apropriação do conhecimento aconteceu de maneira coletiva, a partir de situações problematizadas no cotidiano do trabalho, por intermédio de diferentes pontos de vista, qualificando o percurso do ensino/aprendizagem, além de contribuir para melhoria do cuidado. Esses movimentos foram disparados mediante as demandas realizadas no curso e nas atividades de dispersão.

A cada encontro foi trabalhado um tema, utilizando-se diferentes abordagens pedagógicas e disparada uma atividade de dispersão para ser realizada em pequenos grupos, sob a orientação de facilitadores, e apresentada no primeiro horário do encontro seguinte. Os temas abordados encontram-se dispostos na tabela a seguir:

Tabela 1. Temas Abordados no Curso de Formação

Rede Brasileira de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública
A Rede-Escola de João Pessoa e a Rede de Serviços
As residências multiprofissionais em saúde e a rede de serviços
Linhas de Cuidado em Saúde
A Integralidade em Saúde
Gestão da Clínica
Atenção Primária à Saúde
Políticas Públicas em Saúde: abordagem geral e sucinta
Trabalho em equipe multiprofissional

Processo de implementação de Programas — Estrutura e Organização das Residências em Saúde
Tutoria e Preceptoria nas Residências em Saúde
Oficina de Competências
Educação Permanente em Saúde
Planejamento em Saúde: uso de ferramentas no Processo de trabalho
Oficina de <i>Problem Based Learning</i> (PBL)
Produção do Cuidado em Saúde
Processos de Avaliação na Preceptoria e Tutoria
Produção do Conhecimento e a Formação na Saúde
Estratégias e Formas de Avaliação nas Residências

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os temas propostos promoveram debates e reflexões e ao mesmo tempo permitiram conhecer as redes de serviços de saúde, seu funcionamento e fluxo. Na atividade sobre linhas de cuidado em saúde, os grupos construíram um itinerário terapêutico baseado em casos reais vividos pelos residentes. A atividade de Atenção Primária em Saúde permitiu aos cursistas construir um fluxograma sobre as ações e responsabilidades de cada profissional envolvido com a residência, com sugestões de perguntas norteadoras que desenvolvessem o raciocínio crítico do residente. A oficina de ABP, além de proporcionar a aprendizagem dessa metodologia, trabalhou as questões de referência e contrarreferência, bem como regulação na rede de serviços de saúde do município de João Pessoa. A oficina de “Planejamento em Saúde: uso de ferramentas no processo de trabalho” levou os cursistas a construírem a “Rede de Petição e Compromisso” e o “Fluxograma Analisador”. Optamos por descrever de forma mais detalhada esta atividade, que foi realizada com os grupos a partir de um caso real vivenciado. Essa ferramenta tem a proposta de auxiliar-nos a identificar a origem dos problemas que ocorrem na atenção à saúde, desde a gestão até a ponta.

Inicialmente, houve a leitura do texto “Quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social”, de Ceccim e Feuerwerker (2004a). Em seguida foi trabalhado o texto “Refletindo sobre ferramentas analisadoras”, de Merhy — proposto para a problematização de um caso real.

O primeiro texto apresenta o conceito de quadrilátero da formação, o qual permite a reflexão sobre a educação no setor da saúde e os desafios a serem enfrentados. Faz referência e traz a reflexão sobre os modos de fazer a formação, a produção dos atos de saúde na atenção e na gestão e a busca por uma práxis de

participação do controle social no âmbito do SUS. Segundo os autores, cada uma dessas faces envolvidas libera e controla fluxos específicos, dispondo de interlocutores, e configura espaços-tempos com diferentes motivações. O texto revela também que as instituições formadoras devem, com base na realidade, coletar, sistematizar, analisar e interpretar todas as informações necessárias para organizar o processo de ensino e de trabalho em equipe, utilizando-se da reflexão crítica das práticas reais de profissionais reais. Esse processo complexo dispõe de interlocutores específicos — ensino, serviço, gestão e controle social — configurando “espaços-tempos” com diferentes motivações e atitudes reflexivas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O curso representou uma formação voltada para preceptores e tutores em programas de residência, onde os cenários de aprendizagem fazem parte da rede SUS; dessa forma, a leitura do citado texto convida a olharmos com criticidade para a gestão, a organização dos serviços, a atenção em saúde e o controle social; perceber a dimensão e complexidade desses ao estarmos formando, no e para o SUS, profissionais de diferentes núcleos para trabalhar de forma interprofissional, considerando o usuário, seu modo de viver e estar no mundo, bem como o seu território.

Após a leitura do segundo texto, houve a proposta de desenvolvermos a ferramenta analisadora da rede de petição e compromisso com cada grupo de cursistas. Esses elegeram um caso real para ser analisado e identificado o problema, buscar resolutividade e refletir sobre a tomada de decisões e processo de trabalho. Nos serviços de saúde, o processo de trabalho pode ser analisado a partir dos encontros entre seus atores. A construção da rede de petição e compromissos é parte da construção das redes de conversação, objetivando o processo organizacional do trabalho em saúde, que permite identificar, no seu mapeamento, tipos efetivos de contratualização e relações entre os diferentes atores no cuidado em saúde — usuários e trabalhadores, trabalhadores e equipe, entre equipes, envolvendo também a gestão (MERHY et al., 1997). A seguir está descrito o caso que trabalhamos na atividade de rede de petição e compromisso e a forma como desenvolvemos a análise da situação.

CASO J.P.: Caso real ocorrido em um município da rede local

J.P., 23 anos, com queixas de mal-estar, vômitos, amenorreia há 15 dias e dor no baixo-ventre, chegou ao Posto da ESF Coração Valente, procurou o enfermeiro da Unidade e informou a queixa. O enfermeiro acolheu a usuária, decidindo por encaminhá-la ao médico, que a atendeu, solicitando os seguintes exames: Hemograma, Sumário de Urina e β hCG. No outro dia, a usuária retornou com os resultados dos exames, mas não encontrou nenhum dos dois profissionais no serviço, saindo sem saber a quem recorrer. Procurou o Hospital Geral do município, em que foi atendida, sendo comprovada gravidez (duas semanas) e infecção do trato urinário, sendo medicada com amoxicilina 500 mg de 8/8h, durante 15 dias, e medicações sintomáticas para vômitos e mal-estar. A usuária utilizou as medicações prescritas, tendo apresentado melhora do quadro clínico. Durante a gestação foram realizadas várias consultas pré-natais. Aos sete meses de gestação, a usuária apresentou fortes dores abdominais à noite, tendo sido levada por familiares para o Hospital municipal. Como não havia obstetra de plantão no serviço, foi encaminhada para o Hospital mais próximo a 42 km de distância do seu município. A usuária chegou ao Hospital JK, foi atendida pelo obstetra, realizada ausculta fetal, Batimento Cardíaco Fetal de 82 bpm, feto apresentando hipoatividade, sendo encaminhada de urgência para o Bloco Cirúrgico, onde foi realizada a cesariana, com feto natimorto. J.P. transcorreu bem no pós-cirúrgico imediato. Após a passagem do efeito anestésico, foi informada pela psicóloga e pelo médico obstetra que o seu bebê havia nascido sem vida, ficando chorosa e abalada pela perda. Passadas 12h da cirurgia, foi oferecida dieta livre, com boa aceitação. Horas após a aceitação da dieta, começou a relatar fortes dores abdominais, evoluindo para Parada Cardiorrespiratória. Foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital, mas evoluiu para óbito. O corpo foi encaminhado para o serviço de Vigilância do Óbito, constatando Pancreatite Necro-hemorrágica, cistite purulenta e choque hipovolêmico.

Ao desenvolvermos a atividade, elencamos todo o roteiro dos profissionais envolvidos com a situação da usuária e a respectiva resolutividade (ou falta dela) durante o transcorrer do caso, conforme exposto nas tabelas a seguir.

Tabela 2. Município de domicílio da usuária

PROFISSIONAL	DEMANDA (da usuária)	AÇÃO (do trabalhador)
Enfermeiro da ESF	Informou queixas	Encaminhou para o médico da Unidade
Médico da ESF	Consulta Clínica	Avaliou e solicitou exames
Equipe da ESF	Consulta de Retorno	Não recebeu atendimento
Médico Clínico do Hospital Geral do município	Assistência de urgência	Avaliou sintomas, interpretou os exames, medicou e deu alta
Enfermeiro e médico da ESF	Consulta Pré-Natal	Realizadas várias consultas.
Plantão Hospital do Município	Atendimento Especializado/Obstetrícia	Sem obstetra, encaminhada para outro serviço a 42 km de distância.
Equipe do Hospital JK	Atendimento do Obstetra	Avaliou e encaminhou para o Bloco Cirúrgico

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 3. Município da região (encaminhamento da usuária)

PROFISSIONAL	DEMANDA	AÇÃO
Obstetra	Assistência de Urgência	Parto cesariano
Psicóloga e Obstetra	Apoio psicológico e médico	Comunicar o óbito do RN de forma humanizada
UTI do hospital	Transferência para UTI	Manobras de Ressuscitação, sem êxito
Equipe Multiprofissional	Encaminhar o corpo p/ identificar causa mortis	Encaminhado o corpo para o SVO
Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	Diagnosticar a causa mortis	Declaração de Óbito

Fonte: Elaboração dos autores.

Em todo serviço podem ocorrer falhas, que dependendo de sua intensidade influenciam no sucesso de manter/recuperar a saúde (ou a vida) ou ceifar os sonhos de melhor saúde (ou sobrevida). No cenário do caso apresentado, surgiram indagações levando em consideração os textos propostos, que tinha como faces o serviço, a gestão, o ensino e o controle social. Conseguimos identificar algumas falhas nos serviços e na rede, que elencamos abaixo:

1. Quanto à atenção: os serviços apresentavam vulnerabilidades desde a oferta da atenção primária até a atenção hospitalar; havia fragilidade na estrutura do serviço para a qualidade da assistência e da manutenção da vida; ausência de profissionais especializados e de exames complementares acessíveis; e dificuldades de articulação em rede.

2. Quanto à gestão: não havia garantia da oferta de serviços e cuidados prioritários; falha no planejamento das ações de assistência e atenção à saúde nos diferentes níveis; necessidade de mudança de práticas e eliminação de vícios do processo de trabalho; necessidade de articulação da rede de atenção; produção de fluxos de acolhimento e assistência em tempo oportuno com a rede de atenção do município.
3. Quanto à formação: necessidade de ensino para a efetivação de práticas colaborativas; necessidade de educação permanente e continuada; importância da discussão de casos reais, locais, com reflexão sobre as ações; revisão de protocolos assistenciais com condutas concordantes com as diretrizes preconizadas pelo SUS; reuniões multiprofissionais para produção de PTS.
4. Quanto à participação e ao controle social: engajar a comunidade nas decisões; despertar o poder da população de interferir na condução das ações de saúde; exigir melhores serviços e oferta de exames imprescindíveis para uma assistência efetiva, eficaz e resolutiva; estimular a tomada de decisão de todos os membros que compõem o Conselho Municipal de Saúde, condizente com os preceitos do SUS; realizar, em conjunto com órgãos consultivos e colaborativos, termos de ajustamentos de conduta com participação de todos os conselheiros de saúde; qualificar os conselheiros por meio de oficinas, capacitações e seminários para lidar com diferentes problemáticas pertinentes ao pleno funcionamento do referido conselho.

Quando analisamos o caso, constatamos que o primeiro atendimento da usuária ocorreu de forma adequada na USF. Entretanto, identificamos a descontinuidade da assistência pela ausência de profissional na USF, o que demonstra falha no serviço/gestão e atravessamento do fluxo da rede, uma vez que a usuária precisou recorrer a atenção de média complexidade desnecessariamente, sendo atendida e referenciada para a unidade de saúde a fim de realizar acompanhamento pré-natal.

Ficou evidenciado que a usuária não realizou o pré-natal, apenas algumas consultas, comprovando falha na rede de atenção e compromisso da usuária, da equipe de saúde da família e do serviço. Aos setes meses de gestação, foi levada por familiares

ao hospital municipal com forte dor abdominal, não sendo atendida pela falta do profissional obstetra de plantão. Demonstrando mais uma vez falha por parte do trabalhador, serviço, gestão e rede, obrigando a usuária a se deslocar para outra cidade, a 42 Km de distância, em busca de atendimento especializado. Foi atendida com olhar exclusivamente para o feto, tendo sido desconsiderada a saúde da mãe pelos profissionais da equipe. Ficando mais uma vez claro que não houve “cuidado” no encontro usuário/trabalhador/serviço. Na continuidade do atendimento outras falhas foram se somando, culminando com o óbito do feto e o materno. No cenário descrito, os desencontros entre usuário/trabalhadores/serviços/gestão e rede de saúde precisam ser superados para que situações semelhantes não ocorram, evitando prejuízos a outras vidas.

No que tange ao atendimento dos usuários, Merhy (2007, p. 28) aponta que a realidade “[...] dos serviços de saúde tem demonstrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção”. Percebe-se que faltam competências necessárias aos trabalhadores da saúde para que atuem na produção de saúde primando pela universalização, equidade e integralidade da assistência para a consolidação dos ideais do SUS.

Destarte, a temática abordada pelo texto *Quadrilátero da Formação*, apropriou-nos de conhecimentos importantes para auxiliar no encaminhamento ampliado e integrado de soluções, assim como para a reflexão crítica sobre as práticas profissionais, de serviço, de rede e de participação. Nesse sentido, entendemos que não são os cursos ou a falta deles que irão solucionar as problemáticas na assistência à saúde da população, mas é importante e necessária uma reestruturação da articulação de rede dos nossos serviços de saúde vigentes, que não conseguem resolver os problemas mínimos destinados a cada esfera do cuidado, bem como compromisso local da comunidade e outros membros fiscalizadores desses serviços ofertados. O que fica evidente? Que o preceptor não pode apenas transmitir e supervisionar a técnica em procedimentos e condutas biomédicas. Ao final da residência (e ao longo da mesma), o egresso deve ter se apropriado da compreensão do problema, interpretação do problema, elaboração de soluções para problemas e construção ética de sua postura. O

preceptor precisa ser capaz de realizar esse debate, ser inspiração à ação e encontrar recursos para seu permanente crescimento em todos esses aspectos.

Outros pontos importantes são o apoio e o comprometimento da gestão em fazer as mudanças necessárias para melhorar as oportunidades de formação dos residentes e para considerar suas avaliações e proposições. O programa precisa de estratégias de acolhimento e formação permanente dos preceptores. A efetiva disposição dos serviços de saúde, com qualidade e maior abertura às necessidades locais, requer a presença efetiva do controle social. Discussões relevantes levariam aos assuntos da articulação em rede e sobre a oferta de serviços e tecnologias apropriadas para o bem-estar da população.

Considerações Finais

Procuramos narrar a importância do I Curso de Formação de Preceptores de Residências em Saúde da UFPB, por meio do olhar do preceptor, elucidando, em alguma medida, o processo de construção e efetivação da preceptoria no SUS. Sabemos que precisamos enfrentar desafios com responsabilidade e problematizar o que vivenciamos a cada dia, dando resolutividade, ou quando não temos governança sob determinado problema, traçando os encaminhamentos necessários. Devemos “transformar” nossa prática, fundamentando-nos em evidências científicas, nas discussões interdisciplinares e interprofissionais e, assim, minimizar nossas angústias e incertezas. O fazer em saúde na formação dos residentes exige participação ativa entre todos os atores — preceptores, tutores, residentes, gestores e usuário.

A oferta de formação local para preceptores motivou os profissionais dos serviços e os qualificou; fortaleceu a rede de atenção, favorecendo seu conhecimento e seus movimentos, suas potencialidades e fragilidades; permitiu encontros e vivências entre preceptores, tutores e residentes da grande João Pessoa, (re)conhecendo territórios e realidades. Para além disso, a formação nos proporcionou metodologias de aprendizagem e formas de avaliação que se opõem aos métodos tradicionais e hegemônicos.

Ao final do curso, foram apresentados os trabalhos decorrentes das atividades de dispersão, realizados pelos grupos por meio dos banners, perpassando por diferentes conhecimentos e saberes, reafirmando a consolidação do curso e o compartilhar no processo ensino/aprendizagem. Desse modo, o amadurecimento profissional e pessoal adquirido e as reflexões feitas ao longo do curso favoreceram o processo de mudanças para uma prática pautada no fortalecimento de ações coletivas, em consonância com o que o SUS preconiza. Esse curso não foi somente um aperfeiçoamento, transcendeu seu objetivo inicial, uma vez em que disparou inquietações e indagações, refletidas nas narrativas avaliativa ao final do curso e, claro, fez-nos reconhecer um coletivo em luta pela qualidade da formação em Residência no âmbito do SUS.

CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

*Jordane Reis de Meneses
Adriene Jacinto Pereira
Anderson Belmont Correia de Oliveira
Maria Roberlandia Soares de Melo Freire
Roberta Cláudia dos Santos Rocha*

Introdução

O ensino na saúde no Brasil vem passando por mudanças significativas ao longo dos trinta anos do SUS, especialmente no que concerne a necessidade de formar profissionais que possam atender a saúde do indivíduo, da família e comunidade, com base na integralidade da atenção. Pensar na formação em saúde sob uma nova perspectiva, com metodologias de ensino que coloquem o estudante como sujeito participante de sua formação, trabalhe de forma interdisciplinar e multiprofissional e desenvolva competências, habilidades e atitudes para o trabalho em saúde, remete-nos a pensar um currículo que comporte elementos inovadores.

Dessa forma, o currículo por competências passa a ser a proposta que melhor atende às expectativas dessa formação. No entanto, é importante entender que o currículo por competências é ministrado por docentes que têm sua base formativa no ensino tradicional, o que certamente requer desses docentes, para além de muito estudo, leitura e investigação, a responsabilidade, o compromisso e comprometimento com a sua mudança e a do profissional a ser formado.

A definição de um perfil profissional é uma peça em aberto, definida pelos saberes de uma determinada época e sociedade, tecida nas tensões e nos ruídos produzidos pela disputa e interação complementar de distintos valores presentes numa sociedade. Nesse contexto, as DCN de 2001 e 2002 acentuaram a necessidade de os profissionais da saúde repensarem suas práticas, no que tange às competências e habilidades. Outro movimento que intensificou essa necessidade foi a criação de PRMS, a partir do ano de 2005. Esses já surgiram de maneira inovadora e propositiva, trazendo em sua concepção a formação em saúde envolvendo ensino, gestão, atenção e controle social, numa perspectiva de ensino em ato.

Dessa forma, leva-se em consideração que, embora os papéis do gestor do sistema de saúde, da coordenação dos programas de residência e do corpo docente-assistencial sejam determinantes para o processo de aprendizagem; o currículo orientado por competência deve ser pautado numa abordagem holística, em que o corpo docente-assistencial, aqui denominado por preceptor — e suas competências, as da preceptoria — deve dispor de competências relativas ao ensino em situação de trabalho. Segundo Vygotsky (1998), a formação e aprendizagem se dão por meio dialético entre sujeito e sociedade, onde o que importa é a interação estabelecida entre o meio e o experimento que gere significado para sua prática.

A partir dessa concepção e seguindo o pensamento de Botti e Rego (2010, p. 138), os programas de Residências precisariam trabalhar com o conhecimento prévio do residente, “criando espaço para que esse conhecimento seja explicitado”. Dizem os autores que “o ensino deve [...] ter um foco que abarque [...] a atividade, o processo de produção e o produto”, nesse sentido, proporcionando o exercício “de determinadas tarefas (supervisionando a quantidade e qualidade do trabalho)”, enfocando “a aprendizagem ao desempenhar a tarefa (preocupando-se com o que o [residente] está aprendendo durante a execução da tarefa e com os passos seguidos)”, culminando com a compreensão de todo o processo vivenciado por parte do residente, ou seja, “(preocupando-se com o que está aprendendo, mas com especial atenção ao *feedback* para o estudante sobre todo o processo de aprendizagem e sobre qual o propósito, o passo inicial que levou à execução da tarefa)”. Alertam ainda que, “além das atividades específicas que caracterizam a profissão e que devem fazer parte da residência [...]”, existiriam os atributos gerais que permitem que o residente “execute essas atividades independentemente, sem auxílio de um preceptor, a partir de certo momento de sua formação”. Os autores apontam que “esses atributos devem ser adquiridos na prática clínica diária durante a aprendizagem na residência” (BOTTI; REGO, 2010, p. 138).

No exercício da preceptoria, é preciso considerar que as práticas profissionais devem ser organizadas a partir das necessidades de saúde da população e, para isso, faz-se necessário construir aproximações do residente com o território, as linhas de cuidado respectivas, a cultura e os modos de vida dos pacientes, familiares e comunidade, além de com a políticas nacionais de saúde no âmbito de sua área temática

ou de sua ênfase/especialidade/concentração; visto que “para efetivar as diretrizes do SUS, não basta sabê-las, é necessário reconhecê-las no cotidiano das Unidades de Saúde” (BOURGET, 2005 apud NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2007, p. 436). Essa aproximação com os serviços visa aprimorar a formação em saúde e as práticas profissionais para que as ações proporcionem maior acolhimento, responsabilidade e resolutividade. Um componente a ser desenvolvido, articulado com as competências, relaciona-se ao fato de os preceptores precisarem regularmente decidir se a um residente pode ser confiada uma atividade de forma independente, isto é, reconhecer as atividades que este pode realizar sem supervisão, com alguma supervisão ou apenas mediante supervisão; uma vez que não faz sentido preceptor e residentes se moverem colados um ao outro nos cenários de práticas. Tampouco, faz sentido admitir, sem reconhecer, que o residente domina determinada prática simplesmente porque possui um diploma ou que não a possui simplesmente porque é residente. Igualmente arriscado é supor que qualquer residente detém práticas interprofissionais, sendo apenas as habilidades relativas a procedimentos de pouco domínio.

O mediador do processo de aprendizagem deve desenvolver a capacidade de favorecer a construção do raciocínio crítico-reflexivo e, para tal, deve estar atento e sensível à singularidade da sua trajetória e aos envolvidos nessa, seja por uma demanda individual ou coletiva, seja por necessidade explicitada ou velada no decorrer do cotidiano dos serviços, onde a dinâmica por vezes captura os sujeitos, impedindo a promoção de aprendizagem significativa. Por fim, ao apresentar disponibilidade e abertura o educador favorece o processo de aprender a aprender e constrói sentido e autonomia para qualificar a prática profissional.

Acompanhamento da Formação por Competências

Diversos autores, entre eles El-Haddad et al. (2016), vêm discutindo um novo modelo conceitual, ao qual designaram *Entrustable Professional Activities* (EPA) ou reconhecimento das Atividades Profissionais Confiáveis (APC). Conforme tematizado, buscam reconhecer os níveis de autonomia dos residentes para as práticas no campo profissional. A proposta dos autores australianos é obter uma estrutura para justificar e

utilizar melhor as decisões de confiabilidade do supervisor para *feedback* e avaliação do residente no local de trabalho.

As APC/EPA são definidas como aquelas tarefas ou responsabilidades que podem ser confiadas a um residente; uma vez que seja alcançada competência suficiente para permitir práticas não supervisionadas, entendendo que o residente deve alcançar os níveis de fazer sem supervisão e ter capacidade para supervisionar outro residente ou estudante.

Para Moore, Young e Hong (2017) eles propõem uma programação de atividades profissionais confiáveis, de modo a qualificar a atenção prestada aos pacientes/usuários, otimizar a supervisão, organizar as oportunidades de aprendizagem e melhorar o *feedback* e o ensino. Mediante avaliação de competência, o residente teria delegada autonomia na execução da atividade. Para determinar uma APC, a tarefa deve ser claramente descrita, articulando-se com as competências necessárias.

As APC são ferramentas que combinam perfeitamente os requisitos de capacitação embasada em competências, cuidados seguros para o usuário e prática autônoma. A programação requer um número “consistente” de avaliações formativas e oportunidades de *feedback* para os residentes. O processo de avaliação precisa ser familiar aos preceptores, o que deve facilitar a implementação do currículo. Os referidos autores lembram que existe a preocupação de que, para ser preceptor, exija-se formação, a fim de garantir que o processo de avaliação seja objetivo e reprodutível, o que tornaria o processo de delegação de cuidados aos residentes mais transparente. Eles comentam que não identificaram um método de divulgação ampla de dados de avaliação dos residentes sem o potencial prejuízo de avaliar injustamente.

De todo modo, o programa é uma base formal e passível de diálogo no bojo da educação embasada em competências, diante de uma ausência de instrumento ou de simples impressões ou supostos. As APC direcionam a atenção do residente e do preceptor ao desempenho daquele em um número limitado de atividades cotidianas selecionadas, representativas e importantes. As ações profissionais confiáveis apropriadas para uma programação, segundo El-Haddad et al. (2016, p. 1007), devem ser “observáveis, mensuráveis, executáveis dentro de um determinado período e

adequadas para decisões de atribuição”. Um sistema de classificação da APC foi desenvolvido com base na quantidade de confiança que um preceptor deve possuir de um residente. Existem cinco níveis de competência em um residente: “conhecimento, atuar sob supervisão total, agir sob supervisão moderada, agir de forma independente (com 'supervisão a uma distância') e atuar como supervisor e instrutor” (EL-HADDAD et al., 2016, p. 1007).

Avançar em cada nível de responsabilidade e autonomia, segundo Chen, Van Den Broek e Ten Cate (2015), exige a coleta de informações válidas sobre os residentes e a utilização sistemática de instrumentos e métodos empregados, principalmente nos cenários de prática. Os autores enfatizam que, como tais decisões são normalmente tomadas sem muito tempo para deliberação criteriosa, muitas vezes são embasadas em “intuição” e informações limitadas. Isso não significa necessariamente que a tomada de tais decisões seja imprecisa, pois nem tudo que fundamenta uma decisão pode ser traduzido em números, escalas ou mesmo palavras. Às vezes, o preceptor “sente” que pode confiar ou não no residente.

Um aspecto a ser considerado é que a definição de “competência” busca unir atributos, tarefas, contexto e cultura num mesmo sistema conceitual, produzindo o sentido integrado da competência e permitindo incorporar a ética e os valores como elementos de um desempenho competente (MARQUES; EGRY, 2011). Vindo à tona, nesse aspecto, uma definição de atributos apresentada por Melo et al. (2017, p. 554) como “o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que norteiam o ensino e a aprendizagem”. Os autores julgam que é necessário desenvolver todos esses “atributos” para, então, considerar o profissional como dotado de competências.

Aprofundando a análise do conceito de competência, destacamos Paranhos e Mendes (2010, p. 3) quando a descrevem como “habilidade para mobilizar diferentes capacidades para enfrentar as situações da prática profissional”. A competência combinaria atributos, habilidades e atitudes. Os atributos correspondem ao domínio cognitivo (saber), as habilidades correspondem ao domínio psicomotor (saber fazer) e as atitudes correspondem ao domínio afetivo (saber ser e conviver). Nesse sentido, competência é entendida como sendo a mobilização de diferentes recursos para

solucionar, com pertinência e sucesso, problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Esses recursos ou atributos são as capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas, de modo integrado, para a realização de ações profissionais.

Em uma vertente pedagógica, Dias (2010) afirma que competência é o substantivo feminino, que tem origem no termo latim *competere* e significa aptidão para cumprir alguma tarefa ou função. Também é uma palavra usada como sinônimo de cultura, conhecimento e jurisdição, mas, em muitas situações, essa palavra indica um atributo legal de um julgador ou colaborador que revela a sua capacidade de julgar uma determinada causa. Competências também podem indicar aptidão, conhecimento ou capacidade em alguma área específica. Embora apoiada na maioria dos princípios dialéticos, a perspectiva dialógica se diferencia pelo fato de tratar de diferentes pontos de vista, ao invés da superação da contradição entre diferentes entendimentos. Essa perspectiva aplicada ao conceito de competência permite a articulação entre diferentes pontos de vista em torno de uma atuação competente, sem submissão entre os distintos elementos constitutivos da competência.

O proposto por Ten Cate e Scheele (2007) é de que uma competência é uma qualidade pessoal e não uma ação; apoiam-se, principalmente, no fato de que os quadros de competências para formação de pós-graduação geralmente são lidos como conjuntos lógicos de qualidades gerais que cada profissional deve adquirir. Continuando com Ten Cate e Scheele (2007), os autores afirmam ainda que, quando se trata de traduzir o quadro em um currículo e em um programa de avaliação, os significados de competência não são tão claros. Por um lado, as competências são formuladas como atributos gerais amplos de um bom profissional; por outro lado, assim que tentamos avaliar as competências, essas tendem a ser reduzidas a habilidades ou atividades detalhadas, por exemplo interpretar um ECG, orientar os pais de um óbito fetal ou realizar uma cesariana. As listas de competências tendem a incluir atividades individuais (avaliação da atrofia muscular, palpação da coluna vertebral) ou mesmo apenas a patologia em questão (aborto espontâneo, gravidez múltipla).

Corroboram com essa perspectiva Paranhos e Mendes (2010, p. 6), quando afirmam que “a competência, numa concepção ampliada, articula e integra resultados

(tarefas e critérios de exclusão) a atributos mobilizados pelo aprendiz em determinados contextos da prática, num movimento de ação-reflexão-ação”. Esses mesmos autores, a partir de suas pesquisas, também evidenciam que as disciplinas, isto é, a carga horária teórica, “auxiliam no desenvolvimento do pensamento crítico, junto à realidade, úteis para formar o profissional munido de atributos e competências que o auxiliam na integração da teoria à prática”; já as atividades práticas e teórico-práticas, ou seja, a carga horária prática, auxiliam na aquisição de habilidades e prontidão no campo profissional.

Em foco as Competências e a Residência no SUS

O debate sobre a formação do profissional de saúde, foi apontado por Ribeiro e Prado (2013), no tocante à consolidação do SUS. Como modelo de saúde e prática social no Brasil, vem crescendo o uso do modelo de competências. As discussões pontuam o modelo de formação, suas propostas pedagógicas, os desafios no processo educativo e na prática profissional e buscam romper com o modelo fragmentado e médico-centrado, para uma formação com vistas à integralidade e à maior articulação entre o trabalho e a educação.

Sob esse prisma, os programas de residência, articulados à PNEPS, se colocam como estratégia à formação de recursos humanos para o SUS. Para Ribeiro e Prado (2013), é nesse cenário que surge a figura do preceptor. A distância que separa um bom preceptor daquele sem a necessária competência para ensinar é muito pequena, por exemplo: um médico pode ser um excelente cirurgião, mas isso não quer dizer, automaticamente, que será um bom preceptor.

Ensinar e desenvolver habilidades técnicas é um desafio. Inclusive, nesse sentido, Santos (2012) nos esclarece que esse aprendizado, muitas vezes, ocorre em meio a um ambiente de tensão, algumas vezes com pouca preparação. Assim, para que não haja prejuízo para o paciente, é preciso que esse processo se desenvolva sempre de forma supervisionada por preceptores adequadamente treinados. Um bom preceptor faz com que o residente consolide o aprendizado por meio da prática em serviço.

Compreendendo que a residência em saúde constitui importante cenário de aprendizado após a graduação, Santos (2012) comenta que há uma grande preocupação em relação à preceptoria e que se percebe em todos os lugares uma necessidade de capacitação dos profissionais que exercerão essa atividade. Em várias universidades, em todo o Brasil, existe um movimento em favor da capacitação de preceptores. O produto da educação de profissionais de saúde deve ser um profissional que, além de excelente técnico, também seja dotado de traços humanísticos. Para esse autor, a capacitação das novas gerações de profissionais é uma tarefa complexa e de alta prioridade.

Paranhos e Mendes (2010), ao exemplificarem as competências profissionais num contexto de ensino por competência, referem as ações que competem ao enfermeiro: identificar as necessidades em saúde, de caráter individual e coletivo; formular e processar problemas de saúde; elaborar o plano de cuidados; participar da organização e do acompanhamento do processo de trabalho em saúde; executar o plano de cuidados integrados da equipe de saúde; avaliar a implementação do plano de cuidado e os seus desfechos; assim como estimar a continuidade/longitudinalidade da atenção.

E ainda afirmam Paranhos e Mendes (2010, p. 3) que “cada ação requer o uso de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes)” que devem orientar o ensino e a aprendizagem. No contato com cada preceptor esse é um plano de aprendizagem a ser pactuado; para cada preceptoria um necessário plano de reflexão sobre orientar, supervisionar e monitorar, acompanhar de perto ou a distância, estabelecer formas de estimular a segurança do residente, bem como a responsabilidade para com os pacientes/usuários/comunidade.

Por fim, a competência deve ser compreendida como sendo a “capacidade de mobilizar diferentes recursos [...] para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”, conforme Lima (2005, p. 373) ao sugerir vários autores da área de educação. Assim, a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas para a realização de uma ação, precisam ser traduzidas por desempenhos que reflitam sua excelência.

Considerações Finais

Nas últimas décadas do século XX, observa-se a necessidade de ampliar a concepção holística — na qual interagem flexibilidade, criatividade, trabalho em equipe, ética e corresponsabilidade social — de modo que o conceito de competência empregado se baseie na concepção construtivista e no modelo integrador e holístico de competência, considerando a história das pessoas e das sociedades nos processos de reprodução ou de transformação do perfil que legitima uma área profissional. O modelo holístico considera os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores como integrantes indissociáveis de uma prática competente.

O perfil de competências do corpo docente-assistencial como um todo, no exercício da gestão de programas de residência, está representado pela articulação de quatro áreas que delimitam a atuação profissional:

- Gestão: gestão do trabalho e da educação na saúde;
- Atenção: assistência à saúde em práticas profissionais individuais e práticas colaborativas interprofissionais;
- Educação: formação profissional e produção de conhecimento em saúde;
- Participação: escuta popular e dos movimentos sociais em luta e nas lutas por direitos.

Com esses parâmetros, o currículo delimita em suas disciplinas, seus estágios, cenários e avaliações, as negociações e pactuações que farão sentido à responsabilidade para com o ensino e a aprendizagem e para com a escuta e assistência dos usuários.

SEÇÃO IV
CURRÍCULO, NARRATIVAS E TRABALHO DE
CONCLUSÃO

USO DE NARRATIVAS NA CONSTRUÇÃO DA APRENDIZAGEM DE SI E DO OUTRO

*Valéria Leite Soares
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Ivanice Jacinto da Silva
Paula Soares Carvalho*

Introdução

Para garantir a atribuição do SUS de ordenador da formação de pessoal para atuação setorial, fez-se necessária a organização de uma subárea na política nacional reportada como educação na saúde. Tal subárea requer o estabelecimento de parcerias entre instituições de ensino superior e de educação profissional, serviços de saúde, sociedade e instâncias de gestão (FERREIRA, 1986). Diante do desafio de qualificação do trabalhador e do desenvolvimento de competências que atendam às necessidades e interesses da saúde pública de forma permanente, novas metodologias de ensino e aprendizagem se destacam, dentre as quais a “narrativa” ganha evidência no que concerne à construção do aprender. A palavra Narrativa remete à ação de contar uma história, tecer a exposição de um acontecimento ou série de acontecimentos, reais ou imaginários, por meio de palavras ou de imagens ou, ainda, a uma obra literária que se estrutura comumente na forma de prosa, em que se relata um fato ou um conjunto de acontecimentos com intervenção de uma ou mais personagens em um espaço e tempo determinados (AURÉLIO, 2016).

Ainda na infância, muitas vezes aprendemos por meio de contos, parábolas, histórias e narrativas contadas por familiares e educadores. Também narramos para o outro o que experimentamos e vivenciamos. Esses saberes transmitidos parecem nos ajudar a compreender melhor uma situação, fixar fatos na memória, refletir sobre estes, sobre nosso papel no mundo e o que fazemos com o novo conhecimento que aprendemos. Destarte, a narrativa propõe uma transformação na construção do conhecimento, possibilitando às pessoas serem autoras e personagens de suas histórias, em diferentes modalidades, tais como uma simples carta, projetos de vida ou autobiografia, que podem se tornar ou não escritas literárias ou científicas. A construção

de uma narrativa leva a pessoa a “melhor compreender a vida e se compreender como ser vivente” (PASSEGGI; EGGERT, 2016, p. 194).

As narrativas, enquanto recurso para a construção da aprendizagem, auxiliam o desenvolvimento criativo, oferecem maior liberdade para quem as produz, sendo a expressão do que é significativo para o sujeito ao longo do processo de formação permanente. É um recurso construtor e transformador das práticas, destacando o autor da narrativa como protagonista, permitindo ultrapassar as barreiras impostas pelo saber científico, sem deste se esquivar. Ademais, as narrativas favorecem o desenvolvimento pessoal e profissional, visto que desencadeiam no narrador uma reflexão sobre suas competências e suas ações, permitindo observar suas lacunas de aprendizagem, o desejo de mudança de sua prática e o estabelecimento de compromissos e objetivos a serem atingidos, favorecendo, assim, a autonomia e a busca por novos conhecimentos em um processo de reflexão e ação (OLIVEIRA, 2011).

Para Reis (2008), a construção, leitura, análise e discussão de narrativas no processo de formação, seja em contextos de formação inicial ou continuada, reverbera potencialidades no desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo de um curso de formação, o uso de narrativas pode ser elemento disparador do pensamento ou de debates, servindo para refletir sobre situações vivenciadas no cotidiano, além de como atividade didática a ser construída.

Neste capítulo, daremos ênfase às narrativas de final de curso, como forma de trazê-lo em consideração, avaliá-lo. Considerando preceptores e tutores como formadores, verifica-se que ao contarem suas histórias em relação a sua trajetória profissional, não apenas registram um dado acontecimento, como acabam por modificar suas maneiras de pensar e agir, ressignificando as suas práticas e o seu desempenho profissional. Ao reestruturarem suas experiências profissionais de ensino e aprendizagem e os seus itinerários de formação, explicitam os conhecimentos pedagógicos já construídos, o que permite analisá-los, discuti-los e reformulá-los. Para Silva, Diehl e Molina Neto (2010), as experiências de vida influenciam na aprendizagem e na ação pedagógica dos formadores. Por sua vez, as narrativas “revelam diferentes visões de mundo, modos de pensamento, significados da docência, concepção de

escola, de ensino, de aprendizagem e de organização do processo pedagógico” (SILVA; DIEHL; MOLINA NETO, 2010, p. 4). Megid e Fiorentini (2011) citam que, ao trabalharmos com narrativas em um contexto educacional, as histórias de acontecimentos e/ou experiências que ocorrem num determinado tempo e lugar, quando descritas pelo aprendiz, fazem com que esse assuma o papel de protagonista.

Ao realizarmos a leitura e análise das narrativas de aprendizagem, verificamos as práticas profissionais, o processo ensino-aprendizagem, o conhecimento adquirido no percurso profissional e de formação, assim como percebemos as lacunas a serem superadas. Ao conhecermos trajetórias pessoais e profissionais, fragilidades e desafios, ações bem-sucedidas ou não, além das perspectivas sobre o ensinar e aprender no cotidiano do trabalho, atribuímos sentidos e filtramos os aspectos que consideramos expressivos. Dessa forma, apropriamo-nos do conteúdo de maneira muito particular, associando as vivências e os conhecimentos prévios do narrador, adquirindo novos conhecimentos e reconhecimentos.

Inserir a narrativa com o intuito de entendermos, por meio de suas próprias escritas, aquilo que os preceptores e tutores experimentaram e vivenciaram, levou-nos a compreender o que para eles significava ensinar e aprender, problematizar, avaliar, contextualizar, modificar processos de trabalho e mobilizar práticas no cuidar em saúde. Nesse sentido, podemos perceber o quanto de autorreflexão a formação provocou, valorizando os papéis e as responsabilidades desses formadores de forma atrelada à formação crítica, produtora de mudanças; avivando teorias em suas ações pedagógicas.

A utilização das narrativas enquanto trabalho pedagógico está associada à perspectiva das metodologias ativas, tendo em conta mudanças na formação de profissionais de saúde, onde os métodos tradicionais de ensino, focados na transmissão do conhecimento, não são capazes de suprir todos os objetivos necessários para o aprender. Esses métodos se destinam prioritariamente à apresentação de um conceito ou de uma teoria, dedicando pouco ou nenhum esforço para o incentivo à construção criativa, crítica e reflexiva. As narrativas ao conduzirem à autorreflexão, estimulam a criticidade e nos fazem perceber o aprendizado adquirido, as necessidades de tomada

de decisões e a busca por novos conhecimentos; não descartando os conhecimentos prévios, mas refletindo sobre estes e ampliando-os.

Cunha (1997, p. 2) cita que

a narrativa provoca mudança na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros. Tomando-se distância do momento de sua produção, é possível, ao “ouvir” a si mesmo ou ao “ler” seu escrito, que o produtor da narrativa seja capaz, inclusive, de ir teorizando a própria experiência.

Para a autora, “este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação, autodeterminando a sua trajetória” (CUNHA, 1997, p. 2). A autora esclarece ainda que “esta possibilidade requer algumas condições”. Dessa maneira, seria preciso que o sujeito em questão estivesse “disposto a analisar criticamente a si próprio, a separar olhares enviesadamente afetivos presentes na caminhada, a pôr em dúvida crenças e preconceitos, enfim, a desconstruir seu processo histórico para melhor poder compreendê-lo” (CUNHA, 1997, p. 2).

Um dos tipos de narrativa no âmbito do ensino e da formação de professores, em nosso caso específico a formação de formadores, é a da memória pedagógica. Cunha (1997) cita que o uso da memória pedagógica na formação tem se mostrado como uma ferramenta didática atraente. Metodologicamente, essa proposta prioriza o sujeito e a cultura no processo de ensino-aprendizagem, não valorizando o produto das narrativas em si, mas o processo de produção pelo qual vive o sujeito. As narrativas fazem com que o sujeito reconheça e reflita sobre si mesmo e, assim, reconheça-se como educador.

Uso das narrativas no curso de formação de formadores, como e por quê?

Pensando em avaliar qualitativamente o processo ensino-aprendizagem do curso de aperfeiçoamento de preceptores e tutores e averiguando de que forma este favoreceu aos participantes nas diferentes dimensões de seus papéis, os responsáveis pela condução do curso optaram em usar a narrativa escrita como recurso de avaliação dos aperfeiçoandos; a fim de verificar as suas reflexões sobre os processos de trabalho na tutoria e preceptoria e as relações e ações multiprofissionais, além de identificar possíveis lacunas de aprendizagem que surgiram após a participação. Para Demo (2005),

a avaliação qualitativa no contexto educativo considera que os processos têm maior relevância do que o produto. Assim, compreende-se “a qualidade como intensidade da formação humana, para fazer da vida e da realidade oportunidade de desenvolvimento individual e coletivo” (DEMO, 2005, p. 4). Na perspectiva política da proposta qualitativa, estimula-se o desenvolvimento da consciência crítica, objetivando expandir a compreensão da sociedade, da realidade e de nosso papel; favorecendo a solidariedade, a justiça, a consciência e o bem comum. Outra face da qualidade do processo avaliativo enfatizado pelo autor é a qualidade formal, a qual se refere às competências e não à competitividade; para tanto, utilizam-se diferentes meios e métodos, pensa-se no processo e na cientificidade para a construção do conhecimento, sendo este fundamental para intervenção na realidade. Nesse sentido, na avaliação qualitativa, dá-se importância à maneira como o conhecimento foi construído e não somente como foi transmitido.

O uso de narrativas como instrumento de avaliação qualitativa nos permitiu observar como os preceptores e tutores se apropriaram dos novos conhecimentos e o quanto estes promoveram de movimento em seus papéis de formadores, em suas práticas pedagógicas, assim como em seus papéis de trabalhadores da saúde, na sua relação com a equipe, com os residentes e no cuidado com os usuários. Ao refletir sobre suas práticas no âmbito da formação e atenção ao usuário, esses profissionais puderam identificar suas necessidades de aprendizagem e de mudanças.

A análise das narrativas não se prende aos seus formatos em si, mas tem foco principal na compreensão do significado que provoca o evento na vida das pessoas, permitindo compreender experiências particulares e seus sentidos. As narrativas revelam sobre as pessoas, o coletivo, as relações humanas e os significados sociais de determinado momento vivido. As autoras relatam sobre a importância das narrativas em relação às expressões emocionais colocadas para quem narra. Ressaltam que o ouvinte/interlocutor é igualmente afetado em suas emoções, levando-se em consideração as suas experiências prévias, despertando sentimentos, deixando-se ser não um simples observador, mas colocando-se ativo no processo.

Para a construção das narrativas dos aperiçoandos ao final do curso, lançou-se a seguinte questão: “Considerando o processo de formação em preceptoría, construa uma narrativa sobre em que medida esta formação contribuiu para o seu trabalho de preceptor”. Ao lermos as escritas dos cursistas, verificamos nosso processo de trabalho na formação e averiguamos se a proposta pedagógica do curso alcançou os objetivos propostos: provocar processos de mudança, de reflexão e de responsabilização, assim como ampliar o compromisso com a formação e o cuidar em saúde no e para o SUS. Percebemos que as narrativas os levaram à introspecção, seja quanto às suas práticas enquanto formadores seja como profissionais de saúde no SUS. As responsabilidades em relação aos seus papéis, as necessidades de mudança, a sensibilidade, o compromisso e as atitudes diante do novo estão visíveis também nos textos narrados. Muitos revelaram o quão são importantes em seus papéis de formadores e de cuidadores. Nesse contexto, traremos pequenos trechos de algumas narrativas dos cursistas que possuem reflexões acerca dos programas de residência em saúde; do papel de preceptor e tutor; do processo de ensino-aprendizagem; e do processo de trabalho.

Reflexões sobre os Programas de Residência em Saúde

Na formação estavam preceptores e tutores de Programas de residência em saúde ofertados por instituições de ensino superior da rede pública e privada, pela SES-PB e pelas SMS. A maioria dos programas atende às demandas da primeira macrorregião do estado, estando os seus cenários de prática concentrados na capital. É importante destacar que os preceptores e tutores participantes do curso foram pioneiros no processo de RMS na Paraíba, considerando que a maioria dos Programas estava em suas primeiras turmas de residentes. Nas narrativas de alguns participantes:

Particularmente a preceptoría causou-me susto, receio. Pois me via como profissional incompleta para assumir um papel tão relevante na formação de outros iguais [...].

Nas atividades desenvolvidas no âmbito da ESF, observamos um cenário bem complexo, o qual nos possibilitou trabalhar não só as consultas compartilhadas no consultório de enfermagem com os residentes, como também nos espaços de diálogos com a comunidade local, nos grupos educativos, nas visitas a domicílio.

Para a superação das dificuldades que aparecem ao longo dos programas de residência em saúde é imprescindível o desenvolvimento de uma experiência coletiva, que não se destine apenas às críticas negativas, mas que seja capaz de propor estratégias para a resolução dos problemas identificados. O desempenho dessa experiência depende de como cada parceiro compreende seus papéis e responsabilidades (FREITAS; ARAÚJO; BARBOSA, 2006). Em harmonia com o descrito, percebe-se a importância de discutir com todos os atores envolvidos nos programas de residência em saúde as suas competências e a sua importância no processo. Além disso, é necessário que tenhamos compreensão do que são esses Programas e o que fundamenta a sua existência, para que eles não se tornem reprodutores de uma lógica ultrapassada de formação do trabalhador da saúde. A participação no curso contribuiu para que o cursista refletisse sobre o conceito de Residência e seu papel, como observado na seguinte narrativa:

A Residência é uma modalidade teórico-prática de treinamento em serviço e tem papel fundamental para a formação, dada a possibilidade de aliar teoria e prática e permitir a reflexão crítica sobre a organização dos processos de trabalho em saúde. Nela o aluno aprende a ter mais independência, trabalhar em equipe multiprofissional, ganhar postura profissional, além de desenvolver competências como comunicação e tomada de decisão.

Os participantes do curso reconhecem que os programas de residência em saúde têm compromisso social com a defesa do SUS. A partir da vivência nos Programas, é possível potencializar as ações de assistência em rede, o trabalho interdisciplinar e despertar no outro o compromisso com a saúde pública e de qualidade. As residências em saúde se apresentam como uma das políticas indutoras do MS, em articulação com o MEC (interministerial), e visam a superação da lógica profissional-centrada e biologicista. A Residência se mostra enquanto um movimento de resistência ao modelo hegemônico, em que o preceptor e o tutor têm papéis imprescindíveis na formação dos residentes no e para o SUS, conforme pode ser percebido na próxima narrativa:

A residência em saúde é uma das principais e mais importantes modalidades de formação para o profissional da área de saúde. Acredito plenamente que o profissional que vivencia e se capacita por meio de uma residência, tem plena condição de ser um excelente profissional. Aquele profissional que exerce suas atividades pautadas na perspectiva do SUS, que valoriza o ser humano na sua unicidade.

Reflexões quanto ao papel do preceptor e do tutor

O preceptor e o tutor têm importância significativa na formação dos residentes e na sustentação da tríade serviço, ensino e comunidade. Ambos têm como objetivo formar profissionais de saúde que sejam capazes de dar resolutividade aos problemas individuais e coletivos de saúde da população. Segundo Parente (2008), o papel do preceptor e do tutor são de suma relevância no que diz respeito ao processo metodológico das residências em saúde. Desse modo, faz parte dos objetivos desses organizar o processo de trabalho em equipe, numa relação explícita e interdisciplinar; propiciar, mediante negociação e pactuação, a introdução dos residentes no território; conceber relações entre a equipe atuante no serviço e os residentes para permitir melhor harmonia, evitando possíveis conflitos; e, por fim, mas não menos importante, criar recursos metodológicos que digam respeito às funções práticas, relacionando-as com a teoria, a fim de proporcionar uma melhor aprendizagem.

O preceptor, profissional do serviço, vive o cotidiano da assistência e do cuidado, respalda suas ações nos princípios do SUS e nas políticas públicas de saúde com a responsabilidade de cumpri-las e, ao mesmo tempo, recebe o residente, exercendo o papel de formador no cenário de prática. Assim, sua formação exige competências pedagógicas, reflexão da prática, criticidade, conhecimento técnico e postura ética. Para atender às demandas que surgem no dia a dia, é necessário o diálogo e interação entre os profissionais das diferentes áreas da saúde, troca de saberes, conhecimento do território e da rede de serviços. Araújo et al. (2017) apontam que o preceptor é o protagonista do que se concebe como relação de ensino-aprendizagem na Residência. Dentre as suas funções, está o acompanhamento direto dos residentes na prática dos serviços, intervindo com ações articuladas, embasadas pelo conhecimento, bem como realizando reflexões e provendo soluções. Alguns cursistas trazem em suas narrativas o percurso da compreensão de seu papel e a importância na formação dos residentes:

[...] Vi a importância do desenvolvimento de certas habilidades que o preceptor deve possuir, como por exemplo, uma visão ampliada quanto às questões de incentivo ao desenvolvimento de práticas multiprofissionais, oferecer oportunidade de construir e reconstruir conhecimento, e a capacidade de ensinar

realizando procedimentos práticos, estimulando a produção do conhecimento através da solução de problemas [...].

[...] deve ser capaz de estimular no residente, competências para a vida profissional, englobando conhecimentos, habilidades e atitudes, que permitam resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde.

[...] não existe receita pronta para desenvolver o papel de preceptor. Se faz necessário ter flexibilidade, competência técnica, saber fazer e aprender sempre, bem como utilizar-se bem de sua vivência. [...] o preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática.

Muitas vezes, acabamos desconhecendo nosso papel enquanto preceptor, com as atribuições e a importância para a formação profissional do residente. Com o decorrer do curso, tornou-se evidente o importante papel desempenhado pelos preceptores na formação dos residentes, tanto nas práticas no serviço quanto na supervisão e orientação destes.

De acordo com Santos Filho, Sampaio e Braga (2016), tutoria e preceptoria proporcionam, a partir da realidade vivenciada pelos residentes, discussões, complementando as inquietações do serviço e comparando com as problematizações elencadas na literatura. O tutor, que, na maioria das vezes, está inserido na academia, desenvolve seu papel pedagógico em relação ao residente, problematizando a realidade vivida no serviço, buscando, por intermédio dos subsídios teóricos, respostas às demandas da prática; assim, apoia a preceptoria. Juntos, com práticas pedagógicas que produzam reflexão do fazer em saúde, despertam no residente competências e habilidades técnicas e éticas, assim como compromisso e autonomia, qualificando os serviços e conseqüentemente o SUS. Narra um cursista:

Experienciando pela primeira vez a tutoria, vivia rodeada de questionamentos e dúvidas. O curso caminhava junto comigo, ou melhor, eu caminhava junto com o curso. A cada módulo obtinha respostas, aprendia.

Reflexões quanto ao processo de trabalho

O processo de trabalho diz respeito aos diversos aspectos que envolvem um ambiente de trabalho, dentre esses estão três componentes: a atividade adequada a um

fim; o objeto de trabalho; e os instrumentos ou meios do trabalho (GONÇALVES, 1992). Para ilustrar a complexidade que envolve o processo de trabalho na saúde podemos imaginar uma cidade com duas unidades de saúde da família, nas quais se tem a mesma quantidade e diversidade de núcleos profissionais atuando, nas mesmas condições estruturais; no entanto, os resultados obtidos por essas equipes e o modo de organização do trabalho são bastante distintos. Isso acontece porque o processo de trabalho em saúde envolve nuances presentes no cotidiano dos trabalhadores da saúde, as quais se relacionam com uma diversidade de fatores, como questões territoriais, políticas, de entrosamento e diálogo entre a equipe, relação com a população, dentre outros.

Uma discussão crescente na saúde diz respeito às “práticas automáticas”, nas quais os trabalhadores acabam replicando de forma sistemática a produção do cuidado, com pouco ou nenhum investimento na atualização profissional e no diálogo entre os colegas de trabalho, a sua própria realidade e as evidências, o que acaba por fragilizar o processo de trabalho, inviabilizando avanços no campo da assistência e da formação. Nesse sentido, o curso trouxe contribuições para a reflexão de uma formação voltada para a prática e para o enfrentamento dos problemas do cotidiano dos serviços, problematizando-os e buscando resolutividade para o fazer em saúde, como evidenciado nos relatos a seguir.

Tenho plena convicção de que o curso vai servir de base, nos orientando a uma visão crítica sobre os processos de trabalho, com um olhar diferenciado, principalmente para mim mesma, enquanto preceptora, resultando em compromisso social e consequentemente na construção e fortalecimento do SUS.

A possibilidade de trocar experiências foi fundamental ao mesclar profissionais de diversos serviços e com atuação em vários Programas de Residências Multiprofissionais.

Conhecer as condições e os processos de trabalho e as vivências de outros preceptores evidenciaram alguns problemas enfrentados como a ausência de espaço para problematizar as relações entre preceptores e residentes; e os múltiplos papéis que esses profissionais desempenham simultaneamente no cotidiano, além da falta de interesse de alguns órgãos gestores em contribuir para a capacitação dos preceptores.

Uma estratégia que se evidencia frente à realidade é a Política de Educação Permanente em Saúde, que propõe a reflexão sobre o processo de trabalho e o fortalecimento das ações de formação do trabalhador, que ultrapassa a aquisição de habilidades técnico-pedagógicas e envolve também dimensões políticas, sociais e relacionais. Parente (2008, p. 52) descreve que tutores e preceptores têm a função de “contribuírem para a reorganização dos processos de trabalho a partir da problematização, reflexão e avaliação nos territórios de modelos e de práticas de trabalho instituídos”. Dessa forma, serão envolvidos nesse processo, residentes, equipe do serviço, dentre outros, para discutir os processos de trabalho e operacionalizar a EPS. O autor enfatiza que a EPS tem como papel fundamental a organização dos serviços a partir de sua análise, identificando os problemas, dando-lhes resolutividade, visto que tem como cerne a transformação da dinâmica do trabalho.

Na maioria das narrativas elaboradas pelos participantes foi possível identificar as reflexões sobre mudanças significativas no processo de trabalho e o papel da EPS como motivadora dessa conquista, conforme podemos observar nas seguintes manifestações:

A formação em seu processo teórico-prático abordou e contextualizou temáticas com propostas de otimizar a atuação dos preceptores [...]. Fomentou discussões importantes frente a educação permanente e me empoderou nas atividades diárias junto aos residentes, desde a utilização de ferramentas adequadas para a construção de um trabalho na perspectiva multiprofissional [...] Foi possível transcender posturas e atribuições indo além da tradicional forma de preceptorar.

Chego ao final deste curso com a convicção de que ele foi essencial para o processo de resignificação da minha prática profissional, enquanto docente. Suas unidades facilitadoras nos conduziram continuamente à reflexão crítica sobre a prática do trabalho em saúde, estimulando a construção coletiva do conhecimento, sempre na perspectiva de que a educação permanente não se traduz em capacitação ou treinamento [...], tendo como ponto de partida a problematização da realidade concreta.

Reflexões sobre os processos de ensino e aprendizagem

Ao longo do curso, os preceptores e tutores foram divididos em GT que mesclavam os diversos cenários de atuação e programas de residência em saúde, tanto nos encontros presenciais quanto nas atividades de dispersão. A princípio, os participantes identificaram a dificuldade em conciliar horários para a realização das atividades a distância, contudo, nas atividades desenvolvidas nos encontros presenciais, houve vários momentos para discussões e trocas de saberes com importância significativa. As narrativas mostraram esses momentos como a construção de um espaço de formação que favorecia a troca de saberes entre os diversos Programas, contribuindo para o fortalecimento destes no Estado. Observou-se a partilha de experiências e conhecimentos entre os diversos profissionais que já tinham uma maior vivência como preceptor e/ou tutor e aqueles que estavam se inserindo no processo.

Tendo como pressuposto a aprendizagem colaborativa, as atividades presenciais e de dispersão foram planejadas com o objetivo de favorecer o aprendizado ativo dos cursistas, desafiando-os a romper com a aprendizagem tradicional; levando-os a refletirem e trabalharem respeitando a diversidade de ideias e de modos de fazer; e estabelecendo um diálogo entre os conhecimentos e as experiências anteriores com o novo que se apresentava. As atividades propostas deram sentido e movimento às ações do grupo, tornando-o dinâmico. Na gestão das atividades, os membros do grupo se organizaram, trocaram ideias e posições, dividiram e assumiram responsabilidades, interagiram entre si, definiram subtarefas e negociaram coletivamente. As ações pedagógicas se concentraram na construção do conhecimento e na colaboração respeitosa entre pares (TORRES; ALCANTARA; IRALA, 2004). As narrativas descrevem como esse processo colaborativo foi crucial e significativo, valorizando as trocas de conhecimento e a reflexão sobre a prática pedagógica que se propôs, como se percebe nos seguintes relatos:

A possibilidade de trocar experiências também foi fundamental, ao mesclar profissionais de diversos serviços e com atuação em vários Programas de Residências Multiprofissionais. Conhecer as condições, os processos de trabalho, as vivências de outros preceptores, evidenciaram alguns problemas enfrentados [...].

O espaço criado proporcionou possibilidade de teorizar as práticas, sendo possível também aprender com as experiências trazidas pelos profissionais de distintas formações em saúde e suas realidades, aproximando e valorizando os saberes e o fazer destes preceptores. O contato com estes preceptores participantes também foi de grande valia para um maior conhecimento sobre a rede, os serviços ofertados, portas de entrada para os usuários e encaminhamentos possíveis, auxiliando na garantia da continuidade e na integralidade da atenção à saúde [...].

Os encontros promovidos construíram espaços de integração entre serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção e de construção de conhecimento, pelas trocas de experiências entre os diversos profissionais de saúde numa perspectiva multiprofissional.

Considerações Finais

Trabalhar com narrativas, como uma estratégia pedagógica para avaliar o curso, trouxe-nos grande satisfação e até emoção, além de muita reflexão sobre todo o processo. O curso aconteceu de forma intensa e dinâmica, envolvendo uma diversidade de atores e cenários, somados de diferentes “ir” e “vir” na operacionalização. Cada encontro foi único em momento e em aprendizado. A cada encontro o curso parecia ser recriado, reinventado, ressignificado. Discutíamos, divergíamos, construíamos juntos. As oficinas, rodas e debates nos davam um *feedback* de como estavam as experiências, contudo, nada tão explícito e significativo quanto o que as narrativas revelaram.

Alguns cursistas se mostravam tímidos, não conseguindo falar das dificuldades observadas, referindo-se apenas às potencialidades vividas no curso. Entretanto, outros, além de expor suas próprias dificuldades, identificaram as fragilidades enfrentadas pelos organizadores e a falta de apoio institucional, bem como ressaltaram a importância do curso para as mudanças nos seus papéis e no processo de trabalho, enfatizando as reflexões e os novos conhecimentos adquiridos com os facilitadores e seus pares, alegando que as fragilidades não prejudicaram os objetivos do curso. Para a equipe organizadora do curso, as narrativas proporcionaram reflexões acerca de todo o processo, servindo como um “documento-base” a ser consultado para a produção de novos cursos.

ABERTURA NOS MÉTODOS PARA TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

*Fernanda Marques de Sousa
Alyne Fernandes Bezerra
Camila Cavalcante Rolim
Enildo José dos Santos Filho
Ivanice Jacinto da Silva
Merilin Carneiro de França Dionizio*

Introdução

Desde o final da década de 1980, o SUS fomenta discussões necessárias à adequação da formação de profissionais para a realidade e as necessidades de saúde vigentes no país. Nesse sentido, a Constituição Brasileira coloca como competência do SUS, o ordenamento da formação dos seus profissionais, além do incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Pode-se dizer que, desde então, os trabalhadores da saúde são desafiados a reavaliar as suas práticas, bem como a própria formação, a fim de que sejam capazes de atingir os novos objetivos postos pelo SUS. Outro passo importante foi dado pelo Conselho Nacional de Educação, a partir do ano de 2001, quando começaram a ser publicadas as novas DCN dos cursos de graduação da área de saúde; que foram construídas com a colaboração das Associações de Ensino das respectivas categorias e do Conselho Nacional de Saúde. Os currículos a serem propostos deveriam ter como perspectiva um perfil acadêmico e profissional com conhecimentos e habilidades compatíveis com a Reforma Sanitária Brasileira e estar conectados a referências nacionais e internacionais contemporâneas.

Contudo, logo foi possível perceber que apenas reformular as matrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde não seria suficiente para minimizar a distância existente entre o SUS e a formação em saúde no Brasil. Assim, em 2003, o MS criou a SGTES, a qual, em parceria com o MEC, seria responsável pela proposição de políticas nacionais envolvendo a educação profissional e a educação superior e dos trabalhadores da saúde, entre essas a integração ensino-serviço, as residências em saúde e as vivências e estágios no SUS. Uma das principais estratégias para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS se configurou na construção da PNEPS.

Quanto às residências em saúde, a PNEPS envolvia, inicialmente, o escopo das especializações realizadas em serviço, sob a supervisão de preceptores, para responder às necessidades regionais de distribuição e incorporação de especialistas. Em 2005, o MS apresenta a proposta de criação da Lei das residências em área profissional da saúde, respondendo não apenas à necessidade de especialistas, mas a uma melhor habilitação, dos profissionais recém-graduados, para o trabalho na rede de serviços do SUS. Historicamente, as residências em saúde foram pioneiras na área das especialidades médicas. A primeira residência médica reconhecida no mundo data de 1889, surgida nos Estados Unidos, no Hospital Johns Hoppikns (SILVA, 2005; SILVEIRA et al., 2005). Em âmbito nacional, as primeiras experiências influenciadas pelo modelo americano de residência médica, ocorreram em 1940, na Universidade de São Paulo (USP) e, em 1947, no Hospital de Servidores do Estado do Rio de Janeiro (SILVA, 2005; SILVEIRA et al., 2005). A partir dos 1960 começaram a surgir programas de residência em Enfermagem e em outras categorias profissionais (Farmácia, Nutrição e Serviço Social, dentre outras). A primeira experiência de uma RMS, no Brasil, ocorreu nos anos 1970, junto ao Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. No início dos anos 2000, o MS, decorrente da prioridade ao Programa Saúde da Família, apoiou a criação de 19 Programas de RMSF.

Desde 2005, as residências em saúde incluem a residência médica (lei específica) e a residência em área profissional da saúde (prevista em outra lei), que abrange todas as demais categorias, podendo ser ofertada em modalidade uni ou multiprofissional. Podem ingressar nas Residências diferentes categorias profissionais, apontadas como de presença predominante na rede de serviços do sistema de saúde, todavia, os movimentos sociais e de residências reivindicam o atendimento à oferta de vagas para todas as categorias profissionais que trabalham no SUS, especialmente junto à rede assistencial. De um lado, traz-se o reconhecimento de que as categorias predominantes requerem aperfeiçoamento de seu perfil de competências; de outro, aponta-se que as categorias não predominantes, contudo demandadas pelos serviços assistenciais para compor a integralidade da atenção, requerem familiarização e habilidades específicas nem sempre ofertadas na graduação. As categorias de amplo reconhecimento são: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia,

Fonoaudiologia, Medicina (Residência Médica), Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional (Ciências da Saúde), Biologia e Biomedicina (Ciências Biológicas), Medicina Veterinária (Ciências Agrárias), Psicologia (Ciências Humanas), Física Médica (Ciências Exatas) e Serviço Social (Ciências Sociais Aplicadas). Além dessas, há acumulação dos movimentos sociais e de residência pela inclusão imediata das categorias de Agronomia e Zootecnia (Ciências Agrárias), Artes e Pedagogia (Ciências Humanas), Economia Doméstica (Ciências Sociais Aplicadas) e Antropologia (Ciências Sociais).

As Residências e os Trabalhos de Conclusão de Residência

O TCR é uma ferramenta de avaliação dos residentes em saúde que, segundo resolução da CNRMS, é obrigatório. A Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, determina em seu artigo 3º, parágrafo 2º, que o profissional de saúde residente deve, ao final do programa, apresentar o TCR. Esse trabalho deve ser individual, compatível com a realidade do serviço e do projeto pedagógico do programa e realizado sob a orientação do corpo docente-assistencial vinculado à respectiva COREMU ou por ela credenciado.

Considerando que o TCR não se restringe apenas a um instrumento de avaliação, mas representa também a consolidação da formação e do processo de aprendizagem vivenciado durante a residência, tal documento poderá dialogar com aquilo que foi experimentado pelo residente no que diz respeito às políticas públicas, conhecimentos específicos de núcleo profissional e práticas multiprofissionais, dentre outros aspectos. Nesse contexto, o TCR será um reflexo das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas exercidas ao longo do processo de especialização e, inegavelmente, terá influência dos tutores e preceptores com os quais os residentes puderam trocar conhecimento e construir novos saberes e práticas em saúde.

É preconizado que a orientação de TCR se faça por tutores ou preceptores que tenham minimamente o título de mestre, tendo em vista a acumulação prévia com estudo e escrita. Está convencionado em muitos Programas deixar a critério do residente a escolha pelo orientador do TCR, sendo este membro do corpo docente-assistencial e colega de profissão com experiência consolidada na mesma área de ênfase

/ concentração / especialidade do programa. Todavia, um grande entrave em relação à escolha do orientador consiste no fato de não haver liberação de carga horária dos professores e servidores lotados nas universidades ou serviços para essa atividade, além da ausência de incentivo financeiro por meio de bolsa ou remuneração específica. Em certas Residências, o orientador do TCR deve ser tutor do programa; enquanto os coorientadores poderão ser preceptores ou outros profissionais, docentes e pesquisadores não ligados ao programa. Acredita-se que condicionar a escolha do orientador à vinculação ao programa torna o processo restrito, visto que, a depender do tema, existem outras possibilidades de abordagem que não se enquadram nesse critério.

Outro aspecto relevante nesta discussão, diz respeito aos diferentes formatos de elaboração do TCR adotado pelos Programas. Na resolução anterior da CNRMS, de 2010, constava a obrigatoriedade de monografia ou artigo científico. A Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010, revogada em 2014, exigia que ao final do treinamento, o residente deveria apresentar monografia ou artigo científico, realizado individualmente, “com comprovação de protocolo de envio à publicação” (BRASIL, 2010c). Antes de 2010, não havia regulamentação quanto à forma de TCR e, após 2014, essa forma foi ampliada, respondendo às iniciativas dos programas, dos residentes e do corpo docente-assistencial. Um TCR guarda possibilidades diversas de configuração, a exemplo de portfólios, exposições fotográficas, literatura de cordel, poemas, músicas, peça teatral, documentário, dentre outros.

É preconizado ainda que a discussão e orientação do TCR deva se dar por meio de uma disciplina específica que corresponda tanto ao ensino de competências para a busca e uso da informação científica, tecnológica e artística quanto à elaboração de trabalhos científicos, tecnológicos ou artísticos. O residente irá aprender e rever os critérios para a elaboração de seu TCR, assim como deverá submeter o projeto deste à qualificação por comissão de avaliação designada pelo programa ou em seminário do coletivo de residentes com seu corpo-docente assistencial.

Desafios na Construção do Trabalho de Conclusão de Residência

O processo de elaboração dos TCR foi um tema que perpassou a discussão em grupos dos residentes no V Encontro Nacional de Residências em Saúde, que ocorreu em Florianópolis/SC, em 2015, e foi registrado por meio do documento: “Carta Final: o desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a reafirmação do SUS”.

Defendemos a garantia de carga horária semanal aos residentes, preceptores e tutores para elaboração e execução do TCR desde o início do curso. Além disso, reforçamos que o TCR possa ser escrito de forma individual ou coletiva, com metodologia científica, técnica ou artística, não sendo obrigatória a submissão do artigo em periódicos científicos, sendo necessária a discussão com relação à obrigatoriedade de que o orientador tenha mestrado ou doutorado e que possibilite que a coorientação seja desenvolvida por outros atores envolvidos no processo de formação da residência (FÓRUM NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, 2015, p. 2).

Uma das dificuldades vivenciadas pelos residentes no curso das residências, diz respeito ao cumprimento da carga horária, devido à escassez dos módulos teóricos, pela dificuldade de organização da carga horária teórica e prática, pela frágil pactuação entre profissionais no cenário de prática e pelas relações hierarquizadas que dificultam o desenvolvimento de algumas temáticas, assim como ocorre de haver reserva de carga horária dos residentes para elaboração do TCR e não haver orientador disponível. Nota-se que esses problemas presentes são estruturais e que, independentemente de sua intensidade, são percebidos e vivenciados pelos envolvidos nas residências em maior ou menor escala. Situação que é agudizada pelo contexto de sucateamento no campo da saúde, que afeta desde as instalações físicas até a carência de pessoal nos serviços de saúde que são cenários de prática dos residentes. Somado a isso, considera-se a dificuldade na incorporação de processos de EPS no próprio processo de trabalho dos profissionais dos serviços, o que produz desvalorização dos TCRs construídos que, por vezes, não culminam em significados reais e discussões concretas com os profissionais. Além disso, alguns fatos são omitidos porque o residente tem demonstrado medo de não ser compreendido. Encontram-se ainda trabalhos elaborados para atender ao grupo de pesquisa dos orientadores, completamente descontextualizados daquilo que foi vivenciado na residência. Nessa perspectiva, é fundamental que os TCRs pautem

elementos que sejam significativos e capazes de produzir crítica, reflexão e mudanças nas práticas dos serviços envolvidos.

Apesar de contraditória, a conjuntura na qual se encontram inseridos os programas de residência em saúde, esses são uma potente ferramenta de resistência em favor dos princípios do SUS e da reflexão das práticas e rotinas estabelecidas e camufladas em perspectivas que vão na contramão de uma assistência qualificada. Nesse intento, destaca-se a relevância que obtém a construção de TCRs para os serviços de saúde — com enfoque para as ênfases, para os programas de formação em serviço de modo geral ou para a ressignificação das práticas e organização da rede. Ressalta-se, portanto, os atores das Residências, sujeitos importantíssimos para os programas e para o processo final que culmina com as produções dos residentes.

Pesquisa em Saúde Aplicáveis no Trabalho de Conclusão de Residência

A construção de um TCR nasce da necessidade de reflexão, da exposição de ideias e da habilidade para compor propostas ou mesmo projetos vinculados ao cotidiano coletivo ou profissional. Trata-se de uma maneira de buscar respostas para “desconfortos intelectuais ou profissionais”. A pesquisa, quando for o caso, será a efetivação de uma investigação esquematizada, desenvolvida e redigida a partir de regras de metodologia estabelecidas e aceitas no mundo acadêmico, mas é importante destacar que não existe um método científico único. Portanto, é primordial a utilização de métodos rigorosos para o alcance de um conhecimento sistemático, preciso e objetivo. O método científico pode ser entendido como trajeto para obter um fim ou pelo qual se atinge um objetivo, isto é, o caminho percorrido pelo cientista durante a produção de conhecimentos. Nas Residências, o TCR pode ser elaborado na forma tradicional ou, conforme citamos antes, de portfólios, exposições fotográficas, literatura de cordel, poemas, músicas, peça teatral e documentário, dentre outros. O principal objetivo é que esse trabalho se configure em algo significativo para o residente, o serviço e o programa de residência; que possa revelar o quão potente é o ensino em ato.

De qualquer modo, por se tratar de um trabalho final de uma pós-graduação *lato sensu*, é necessário entender que os tipos de pesquisa que podem ser realizadas

nas diversas classificações não são estanques e que uma mesma pesquisa pode estar, concomitantemente, inserida em várias classificações, desde que obedeça aos requisitos inerentes a cada tipo de trabalho científico.

O planejamento e a execução de uma pesquisa ou de um projeto fazem parte de um processo sistematizado que compreende etapas que podem ser resumidas da seguinte forma: escolha do tema; revisão de literatura (estado da arte, o que já sabemos sobre isso); justificativa (motivação, interesse, por quê); formulação do problema (do que se trata); determinação de objetivos (para quê); metodologia (como, quais caminhos, quais percursos, o que fazer); coleta de dados (se for caso, conforme a situação); tabulação de dados (se for o caso, tendo em vista qualificar a visibilidade e interpretação); análise e discussão dos resultados (comentar, deduzir, inferir, compreender, contar das dificuldades, limites e potências); conclusão da análise dos resultados (fechamento, balanço, destaques importantes, síntese das contribuições).

A diversidade e complexidade das informações nas pesquisas da área da saúde demandam uma maior reflexão quanto aos métodos de pesquisa empreendidos e ao apontamento dos desafios e potencialidades encontrados. Abordaremos a seguir, de forma conceitual, alguns tipos de pesquisa em saúde que podem ser utilizados na elaboração do TCR, segundo Gil (2010), Richardson (1999), Lakatos e Marconi (2011), Mendes, Silveira e Galvão (2008).

- Pesquisa Exploratória: método de pesquisa que fornece informações sobre determinado tema que se deseja aprofundar e conhecer. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado na literatura e se torna difícil formular hipóteses precisas que tenham operacionalização. A pesquisa exploratória é considerada como a primeira etapa de um projeto social ou científico.
- Pesquisa Descritiva: pretende descrever com exatidão fatos e fenômenos de determinada realidade. Os estudos dessa natureza descrevem e identificam as características de determinada população, fenômeno ou situação específica.

-
- Pesquisa Quantitativa: possui como característica principal a utilização da quantificação, seja durante a coleta dos dados ou análise desses, realizada por meio de técnicas estatísticas.
 - Pesquisa Qualitativa: parte do entendimento de que existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do pesquisado que não pode ser traduzido em números. Tem como premissa básica a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. A análise dos dados é realizada indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.
 - Pesquisa Documental: tem a finalidade de reunir, classificar e distribuir os documentos para uma coleta de informações. Seu tratamento analítico se refere à reconstrução de um discurso por meio de suas bases textuais.
 - Pesquisa Explicativa: visa identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, aprofundando o conhecimento sobre a realidade, a partir de registros dos fatos e da análise e interpretação destes. Exige maior síntese, teorização e reflexão a partir do objeto de estudo. Permite identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos ou variáveis que afetam o processo. De forma geral, esse tipo de pesquisa explica o porquê das coisas.
 - Estudo de Caso: quando envolve o estudo minucioso sobre determinado caso ou realidade, o que possibilita amplo e detalhado conhecimento.
 - Relato de Experiência: descreve precisamente dada experiência que possa contribuir de forma relevante para a sua área de atuação. Deve ser contextualizado, objetivo e possuir um aporte teórico. É importante que traga considerações significativas, com reflexões embasadas no aparato teórico, para contribuir com os pesquisadores da área, ampliando o efeito da sua experiência como potencial exemplo para outros estudos e outras vivências.
 - Pesquisa-Ação: visa fornecer meios aos grupos sociais ou de interesse para que se tornem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação que vivem — em particular sob a forma de estratégias de ação transformadora — bem

como facilitar a busca por soluções face aos problemas para os quais os procedimentos convencionais têm contribuído pouco. Abarca um processo empírico que compreende a identificação do problema em um contexto social e/ou institucional, o levantamento de dados relativos ao problema, bem como a análise e significação desses dados levantados pelos participantes. Além da identificação da necessidade de mudança e do levantamento de possíveis soluções, a pesquisa-ação intervém na prática no sentido de provocar a transformação. Coloca-se, então, enquanto uma importante ferramenta metodológica capaz de aliar teoria e prática, por meio de uma ação que visa a transformação de determinada realidade.

- Revisão Sistemática: são estruturadas na perspectiva de estudo metódico, explícito e passível de reprodução. Possibilita nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para investigações posteriores e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área. Esse tipo de pesquisa, assim como outros tipos de revisão, utiliza, enquanto fonte de dados, a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação favorece uma síntese das evidências no tocante à uma estratégia de intervenção específica, por meio da aplicação de métodos de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada.
- Revisão Integrativa: inclui a análise de pesquisas com sua devida relevância no suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática, com o objetivo de possibilitar a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas e a necessidade de realização de novos estudos. O estudo possibilita tanto a síntese de variados estudos quanto conclusões gerais a respeito de uma área particular.

O TCR deve seguir o rigor científico e metodológico que envolve as pesquisas em saúde e, ao mesmo tempo, ser capaz de flexibilizar os modos de construção desse produto da formação, de modo a contribuir para que o residente consiga aprender/entender da melhor forma as necessidades do campo, sendo capaz de problematizá-las; possibilitando a construção de projetos que tenham potencial para a consolidação do conhecimento e da aprendizagem, bem como a construção e a divulgação de novas formas de fazer saúde. É importante reiterar que seja qual for o

tipo de pesquisa que se opte adotar para se realizar o TCR, esse pode ser um produto da demanda real dos serviços — do que foi vivenciado ao longo do processo de formação na residência — ou das próprias inquietações do residente, de forma a favorecer a construção da aprendizagem significativa, capaz de apontar elementos constitutivos de mudanças e qualificação dos residentes e/ou dos cenários de prática.

Considerações Finais

O incentivo à elaboração de um TCR que respeite as singularidades dos residentes e garanta formas mais livres de expressão e construção do conhecimento, fortalece o desenvolvimento e a consolidação de novos paradigmas no âmbito da formação, contribuindo para romper com tendências academicistas, focadas em interesses indiferentes à prática do cotidiano do trabalho em saúde desenvolvido em programas de residência, além de com as metodologias engessadas, que limitam e moldam o olhar do trabalhador da saúde em processo de formação. Como avançar e produzir novos modos de pensar se continuarmos a seguir padrões pobres de sentido para aquilo que acreditamos? Como agir diferente no SUS se não ofertamos espaço para expressão da nossa criatividade, afetividade, versatilidade, genialidade, diversidade e todas nossas outras potencialidades?

O TCR deve, ao tempo em que respeite os requisitos de um trabalho científico, fazendo opção por um método de pesquisa, ser ousado e criativo em sua devolutiva para a população, rede de serviços de saúde, programas e instituições de ensino. A forma artística e cultural certamente chamará mais a atenção e se fará compreender bem mais que as formas tradicionais, nas quais, na maioria das vezes, os trabalhos são apresentados exclusivamente para o orientador, que já conhece o trabalho, e os membros da banca, sem retorno algum para os serviços. Nossa defesa intransigente é que o TCR alcance o maior número de pessoas possível, que consiga provocar reflexões e mudanças; que não seja esquecido em prateleiras e armários.

O RESIDENTE NO APOIO AO CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES

*Anderson Rio Branco de Menezes
Enildo José dos Santos Filho
Fernanda Marques de Sousa
Ivanice Jacinto da Silva*

Introdução

A história da construção dos programas de residência em saúde está marcada pela aprovação da Lei nº 11.129, no ano de 2005, afinada aos princípios e às diretrizes do SUS, no vislumbre de atender às necessidades sanitárias locais e contribuir para o processo de fortalecimento do sistema público de saúde. Anteriormente a essa legalização, já existiam modelos de PRMS em alguns estados do Brasil, a exemplo do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, especialmente nas áreas profissionais da saúde comunitária e saúde mental, que defendiam ações profissionais de conotação interdisciplinar. Essas experiências se configuraram molas propulsoras para outras iniciativas nacionais e, depois, para a legalização dos programas de formação em serviço no âmbito da pós-graduação *lato sensu*. A lei refere residências em área profissional da saúde (especialidade sem especialíssimo), contudo, a Comissão que lhe dá guarida é multiprofissional, o que incentivou sobremaneira a criação de PRMS.

A proposta, abarcada por meio dos PRMS, de redimensionar as práticas de saúde com enfoque no cuidado integral ao usuário se contrapõe ao modelo hospitalocêntrico verticalizado, enquanto que a abordagem em equipes de saúde contribui para um melhor acolhimento e para a longitudinalidade da assistência. A formação em saúde passa a propor outros modos de ensinar, aprender e produzir conhecimento, já apontados em leis que antecedem aquela de criação das Residências, mas que, com ela, ganham potencial de formação integrada multiprofissional.

A Carta Constitucional de 1988, em seu artigo 200, inciso III, afirma que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988); nesse sentido também, no artigo 27, inciso I, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em

todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990). Esse arcabouço é que dá sustentação à proposição pelo Sistema de Saúde de um programa de formação pós-graduada em serviço, sob a preceptoria de trabalhadores dessa rede de serviços. Particularmente, as residências multiprofissionais em saúde respondem aos espíritos de inovação e atualidade desencadeados pelo movimento que as antecedeu, de reformar o setor em nome da integralidade da atenção e de sua função político social.

No esboço dos PRMS tem-se, em 2009, a criação da CNRMS, constituída mediante a Portaria Interministerial nº 1.077, articulada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, sob acompanhamento político do Conselho Nacional de Saúde. Compete à Comissão avaliar e acreditar os programas de residência em área profissional da saúde — uni ou multiprofissionais, exceto os programas de residência médica,

[...] de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e [para que] atendam às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas [...], bem como as instituições habilitadas para oferecê-los; registrar certificados, de validade nacional, com especificação da categoria e ênfase do programa (BRASIL, 2009).

A Comissão ora tratada traz à tona as atribuições das instituições proponentes e a certificação, levando em questão a qualidade da especialização do residente; ao passo que visa normatizar e orientar a elaboração dos programas, a fim de validá-los, afinando-os à realidade local e direcionando-os ao que é preconizado pelo SUS. Não há ainda uma Política Nacional de Residências em Saúde, tema levantado e discutido desde o V Encontro Nacional de Residências em Saúde (2015), que teve como tema: o desafio da interdisciplinaridade, interprofissionalidade e a contribuição das residências para a (re)afirmação do SUS. A instituição de uma política contribuiria para o fortalecimento dos programas, ao contemplar pontos como: formação do corpo docente-assistencial, metas de expansão, relação com o ensino de graduação, reconhecimento da carreira docente e dos preceptores, valorização do título de residente para fins de acesso ao trabalho e concurso, bolsa para preceptores e tutores, avaliação dos programas,

implantação de serviços de ouvidoria e descentralização dos sistemas de acreditação, dentre outros aspectos.

Além dos documentos legais que subsidiam uma reflexão sobre a instalação e condução de programas de residência, deve-se conhecer a PNEPS por ser a estratégia utilizada para dimensionar a educação em serviços de saúde e ser citada em todos os documentos de regulação dos programas de residência e políticas de saúde. É mediante a Portaria GM/MS nº 198, de 2004, que a EPS se torna estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.996 traz novas diretrizes e estratégias para a implementação da EPS (BRASIL. MS, 2007b); sendo a atual normativa a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.

A PNEPS determina que se deve considerar as especificidades locais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Segundo Ceccim e Ferla (2008), a EPS não pode ser entendida como mecanismo que somente capacita profissionais de saúde, mas como uma educação problematizadora das práticas de gestão, atenção, educação e participação. Ainda de acordo com os autores, a EPS não é apenas uma opção política à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores, pois não se limita a transmitir conhecimento, instruir pessoas; mas a reconfigurar dinâmicas e processos de trabalho, fomentar ações interdisciplinares e incentivar o enfoque no atendimento integral ao usuário.

As residências em saúde se apresentam como espaços potentes para o processo educativo; inserindo residentes em vivências de equipe, instaurando processos integrados multiprofissionais, contribuindo para o desenvolvimento de práticas solidárias e uma nova ética do cuidado, assim como para a valorização de todos os trabalhadores da saúde. Nesse contexto, as residências em saúde, especialmente as multiprofissionais, trazem uma proposta audaciosa, em que o campo da prática passa a ser cenário também para a construção e consolidação do aprendizado. Tal realidade evidencia alguns desafios importantes como destacado por Petta et al. (2015), uma vez que, de modo geral, os preceptores são profissionais com especialização na área da

saúde formados por um modelo biomédico e currículos tradicionais, com pouca ou nenhuma formação na área da educação.

Observa-se nos cenários de prática do SUS dois tipos de preceptor: o de núcleo, que auxiliará o residente na tomada de decisão e nas questões de aprendizagem inerentes ao seu núcleo profissional; e o de campo, que prestará apoio ao residente em relação aos aspectos multiprofissionais, tais como a organização do processo de trabalho, dinâmica do serviço, articulações em rede, dentre outros processos inerentes ao trabalho em saúde que não são específicos de um núcleo profissional. Petta et al. (2015) apresentam também como desafios para a preceptoria no SUS: a hegemonia do modelo de formação focado na dimensão biológica e no cuidado hospitalar, a desarticulação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, a incipiente utilização de tecnologias educacionais que potencializem a aprendizagem e a baixa valorização das atividades de preceptoria nos diferentes cenários do SUS.

Na perspectiva de efetivar algumas das propostas do SUS e superar os desafios observados em relação à preceptoria, um grupo docente da UFPB — diretamente articulado aos programas de residência integrada e/ou multiprofissional em saúde de João Pessoa/PB — assumiu a missão de conduzir o curso de formação de preceptores. A capital paraibana foi a segunda no Brasil a implantar esse tipo de curso com a proposta de ampliar e qualificar as ações do corpo docente-assistencial e demais atores envolvidos com programas de residência. De modo geral, o curso se tornou conhecido como “curso de preceptores”. Ao se iniciar a construção para desenvolver a formação, os residentes foram convidados para compor o grupo, fato esse, legítimo ao que se propôs o curso, visto que, no universo das residências, todos os sujeitos (tutores, preceptores, residentes, professores e gestores) estão envolvidos no processo de aprendizagem.

Preceptor é o profissional da prática que, além do compromisso com o usuário, desempenha o papel de mediador e facilitador do processo de formação do residente, partilhando responsabilidade na construção do conhecimento. Deve apresentar conhecimento técnico e clínico que favoreça a formação dos profissionais em situações reais do espaço de trabalho no qual estão inseridos (BOTTI & REGO, 2007; RIBEIRO &

PRADO, 2013). De acordo com o artigo 13, da Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, para o desempenho da função de preceptor, é necessário que o profissional possua, como formação mínima, título de especialista ou experiência profissional de três anos na área profissional (“especialidade”) em que prestará supervisão de residente (BRASIL, 2012).

Petta et al. (2015) definem três competências primordiais para o exercício da preceptoria no SUS: orientar a organização de práticas voltadas ao cuidado, condizentes com os princípios do SUS, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica; promover a articulação do trabalho e da educação, participando de iniciativas de mudança nas práticas educativas e de cuidado; e facilitar processos de aprendizagem de forma a contribuir para a formação do pensamento crítico e reflexivo do educando, mostrando responsabilidade, tolerância e compromisso com a educação como forma de intervenção e transformação do mundo.

Há um conjunto de responsabilidades na relação de preceptoria, no entanto, pensando em como essas são articuladas, percebe-se, por um lado, um profissional que se baseia em um currículo desenhado para atender competências definidas no universo da academia; e por outro, um profissional que vivencia a relação estabelecida nas atividades dos serviços, talvez pensada para atender o mesmo currículo, contudo com ofertas distintas das descritas nos projetos de residência.

Diante das competências técnico-pedagógicas necessárias ao desempenho da preceptoria, bem como da fragilidade desse papel, observada por diferentes atores dos programas de residência — coordenadores, tutores, residentes, os próprios preceptores e gestores dos serviços de saúde — surgiu a demanda pela construção e execução do curso de formação de preceptores. Os programas de residência em saúde envolvidos perpassavam por diversos cenários de prática em comum da atenção à saúde de municípios na Paraíba, nos quais, muitos dos atores, deparavam-se pela primeira vez com a função de preceptoria e com residências multiprofissionais. Com isso, cresceu a necessidade de construção de um espaço que permitisse discutir com maior propriedade a preceptoria a fim de possibilitar avanços quanto ao fortalecimento das residências e da relação ensino e serviço. Essa iniciativa corrobora as propostas do FNTTP,

uma vez que esse coletivo reafirma, por meio da Carta de Tutores e Preceptores de Curitiba, a necessidade das IES que conduzem os programas de residências em área profissional da saúde e das esferas de gestão do SUS se comprometerem com a formação e educação permanente daqueles profissionais (ENCONTRO DO FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES, 2016).

O residente implicado na formação dos formadores

O curso de formação de preceptores e tutores para residências em saúde foi realizado na perspectiva da EPS, com o objetivo de oferecer aos trabalhadores da saúde envolvidos em atividades de preceptoria e aos docentes e tutores, uma compreensão e ampliação de seus papéis, levando-os a reorientar suas práticas de acordo com o contexto do ensino em serviço no SUS e as demandas de aprendizagem dos residentes. Entendendo que o espaço organizacional de um curso de formação também se caracteriza como ambiente formador e contribui à identificação do papel dos profissionais atuantes no SUS, previu-se a inclusão do residente enquanto um dos protagonistas na sua coordenação e condução. Tal decisão correspondeu à certeza de ser possível a construção coletiva dos saberes por meio de relações horizontais. Os residentes foram convidados a participar desse processo, sendo essa uma possibilidade real que se apresentou para a democratização das decisões no âmbito da formação.

A inserção dos residentes no curso de formação de tutores e preceptores ocorreu de três formas: na fase de planejamento do curso, com representação de residentes de vários programas de residência da Paraíba; prestando apoio como monitor e relator durante as oficinas de sensibilização com os preceptores, nos encontros presenciais dos módulos, encontros avaliativos e na oficina de formação do grupo condutor do curso; e na apresentação dos TCRs. Os residentes tiveram também a oportunidade de se integrarem aos momentos de formação junto aos preceptores, participando das discussões sobre problemas que permeiam a relação preceptor/residente.

Os Programas exigem que o residente aprofunde os conhecimentos e as práticas para desenvolverem as competências esperadas nessa etapa de formação,

desse modo, o residente assume tanto o papel de aprendiz quanto o de protagonista diante das ações de cuidado prestadas à população e da construção e consolidação do conhecimento. Nesse contexto, a preceptoria é também um cenário novo e desafiador para o residente, tendo em vista que esse, por vezes, vivenciou a graduação no mesmo “perfil de formação tradicional” do trabalhador do serviço.

O residente é um dos atores sociais do processo de residência que comumente identifica os problemas nos cenários de prática e na própria estrutura e organização dos programas, mas deve também contribuir para a construção de estratégias de resolução desses problemas, sendo estimulado a participar da tomada de decisões e colaborar com a mudança de práticas. Incluir os residentes no planejamento e na execução do curso foi, sobretudo, reconhecer a importância do olhar desses atores sobre a preceptoria, garantindo sua participação como ser ativo, capaz de compartilhar decisões sobre o processo ensino-aprendizagem. Esse momento se constituiu ainda como espaço de apropriação do residente, encorajando-o para a tomada de decisões responsáveis, no progresso pessoal e profissional, gerando competências e habilidades.

A participação do residente se deu de forma voluntária, a partir do seu interesse de envolvimento. Esse fato colaborou para que esse se tornasse protagonista na construção e realização do curso, contribuindo para identificar temáticas necessárias, facilitadores para desenvolvê-las, abordagens pedagógicas, instrumentos avaliativos e maneiras de angariar recursos financeiros para garantir o pagamento das despesas do curso nos momentos presenciais. Destaca-se ainda a importância desse ator para a concretização das ações em termos organizacionais e logísticos, bem como a potência dessa formação como meio de educação dos próprios residentes, na condição de futuros preceptores do SUS. O envolvimento do residente no curso permitiu ainda a aproximação desses com tutores e preceptores, fortalecendo vínculos e corroborando o processo de ensino-aprendizagem, a partir de uma construção integrada de saberes, resultando na melhor compreensão sobre os diversos papéis de preceptoria no SUS.

Os sentimentos e percepções aplicados a esse contexto trazem perspectivas e desafios. A oportunidade de ouvir especialistas que discutem a temática da residência foi mais um espaço que permitiu o esclarecimento de dúvidas e a ampliação de debates

necessários, mas que nem sempre acontecem no cotidiano da formação e da assistência à saúde no âmbito das residências.

Mesmo em face dos efeitos positivos que a realização do curso ocasionou, foram enfrentados desafios ao longo do processo, como não liberação de preceptores pelos serviços para participarem dos módulos presenciais; pouca disponibilidade de tutores nas fases de planejamento, realização e avaliação; e falta de apoio financeiro das instituições envolvidas, embora tivessem se comprometido no momento de pactuação do curso. Consta-se que a atuação no SUS e os modelos de formação do trabalhador da saúde estão passando por transformações para se adequar e atender da melhor forma as demandas da sociedade, no entanto, para que os avanços continuem a acontecer, faz-se necessário avançar também no debate sobre o novo. A preceptoria é parte fundamental no novo modo de formação dos trabalhadores da saúde e contribui para as mudanças de prática a partir da integração entre ensino, serviço e comunidade.

No contexto dos programas de residência, o residente é um ator importante que deve ser incluído nos processos de construção e fortalecimento dos debates referentes à preceptoria. O curso de formação de tutores e preceptores com o envolvimento dos residentes colaborou para a integração de concepção e saberes que permeiam a relação ensino e serviço de forma mais completa, pois o tutor traz o olhar da academia; o trabalhador, o universo do cotidiano do SUS; e o residente trilha esse caminho complexo e desafiador entre a formação e a prática.

Considerações Finais

Integrar a equipe de organização e execução do curso de formação de tutores e preceptores foi vivenciar as dificuldades e potencialidades, tanto dos profissionais dos diversos serviços que recebem os residentes quanto dos professores que lutam e militam por um SUS efetivo e vivo. Os debates propiciaram a aproximação e implicação do residente com tutores, preceptores e docentes. O curso foi espaço rico para conhecer a equipe dos diversos cenários e para que os residentes se fizessem conhecidos e sujeitos ativos do seu processo de formação. Pensar conteúdos/temas a partir das necessidades sentidas no dia-a-dia da prática, levou os residentes a valorizarem a busca

permanente dos coordenadores dos programas por profissionais que tenham “perfil de competências” para entender a que se propõe os movimentos de residência, bem como acompanhar os residentes conforme o que se espera para essa formação.

As dificuldades vivenciadas serviram de incentivo para a concretização do curso. Apesar de entender que as instituições de ensino e os serviços de saúde tinham obrigação de ter contribuído para a realização do curso, compreende-se que a formação em questão foi apenas um disparador. Assim, há necessidade de mais formações — aperfeiçoamentos, especializações, dentre outras — com o objetivo de ofertar ferramentas necessárias aos profissionais e gestores de saúde que integram os programas de residência na Paraíba.

A experiência do envolvimento dos residentes no curso de formação de preceptores mostra que os próprios programas de residência poderiam se configurar como um espaço potente no processo de formação do residente e futuro preceptor, gestor, educador e trabalhador da saúde.

Os programas de residência multiprofissional poderiam incluir também em sua estrutura mais um ano de formação. Durante esse período, o residente teria a oportunidade de vivenciar o cenário da gestão para o desenvolvimento de competências relacionadas à tomada de decisão, de modo a aprender a identificar e priorizar problemas, a fazer uso de ferramentas e estratégias que auxiliam na tomada de decisão, além de formular estratégias para enfrentamento desses problemas, dentre outras habilidades inerentes a gestão do SUS. Outra possibilidade, seria incluir o cenário da docência durante o período adicional de um ano.

Conhece-se, por meio da carta constitucional de 1988, o papel do SUS como ordenador da formação na saúde, contudo, enquanto atores importantes para a consolidação das ações em saúde, os trabalhadores se tornam corresponsáveis por essa formação. Portanto, é coerente afirmar que esses devem possuir conhecimento sobre as metodologias de ensino e os processos de aprendizagem, os quais se consolidam e ganham sentido a partir do cotidiano. No entanto, a formação de base profissional e os programas tradicionais de residência não são suficientes para o desenvolvimento de competências relacionadas ao desempenho desse papel profissional.

Diante disso, um terceiro ano de residência poderia funcionar de modo opcional, a fim de tentar sanar as fragilidades na formação do residente, bem como contribuir para a formação de um profissional com maior sensibilidade, destreza e competência para atuar e se reconhecer como protagonista nos processos de assistência, gestão e formação da saúde pública no Brasil; tendo em vista que um trabalhador do SUS, em qualquer nível de atuação ou cenário de prática, faz parte de tais processos. Diante dos desafios conferidos para saúde pública na atualidade, faz-se ainda mais necessário o investimento em iniciativas que contribuam para o fortalecimento do trabalhador da saúde diante das diversas formas de ver e contribuir para consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

AFONSO, d. h.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, supl. 1, p. 82-86, 2012. Disponível em:

<http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313>. Acesso em: 20 fev. 2018.

AGUIAR, A. C. Gestão de programas de residências: desafios atuais no trabalho de coordenadores brasileiros. In: _____ (Org.). **Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e extensão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. p. 144-167.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G. de; BRASIL, S. L. Formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007. Disponível em:

<https://medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFSSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2018.

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

<<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

AURÉLIO. **Dicionário do Aurélio**. Publicado em: 24 set. 2016. Disponível em:

<<https://dicionariodoaurelio.com/narrativa>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 16, n. 3, p.

9-19, 1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.1995v16n3p09>>.

Acesso em: 14 fev. 2018.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BOTTI. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 132-140, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100016>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/199. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. (Textos Básicos, 67).

BRASIL. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1997**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm>. Acesso em: 14 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005a**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 9 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 4 de maio de 2010a**. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. Disponível em: <<https://ufsj.edu.br/porta12-repositorio/File/resenf/LEGISLACAO/RESOLUCAO%20MEC%2002%20de%202010%20-%20Estabelece%20critérios%20para%20COREMU.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010c**. 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. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014a**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Disponível em:

<2018.https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>. Acesso em: 18 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 242, de 6 de junho de 2017**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=72431-pces242-17-pdf&category_slug=setembro-2017-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 1.300, de 4 de dezembro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014b**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007a**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão

Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.**

Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 7 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 7, de 13 de novembro de**

2014b. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível em:

<<http://www.abmes.tv.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-07-2014-11-13.pdf>>.

Acesso em: 14 jan. 2018.

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

Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005c.** Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo

Trabalho. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html>.

Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007b.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>.

Acesso em: 4 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>.

Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde: Pró-saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

CAMPOS, G. W. de S. et. al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 132-153.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>>.

Acesso em: 15 fev. 2018.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde numa perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. p. 259-278.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168. p. 162-168.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CHEN, H. C.; van den BROEK, W. E.; ten CATE, O. The case for use of entrustable professional activities in undergraduate medical education. **Academic Medicine**, v. 90, n. 4, p. 431-436, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000586>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CUNHA, M. I. Conta-me agora! as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, não paginado, 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

DEMO, P. Teoria e prática da avaliação qualitativa. **Perspectivas**, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 7, p. 106-115, 2005. Disponível em:

<http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/241/160>. Acesso em: 13 dez. 2017.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

DIAS, I. S. Competências em educação: conceito e significado pedagógico. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 73-78, 2010. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572010000100008>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

EL-HADDAD, C. et al. The ABCs of entrustable professional activities: an overview of 'entrustable professional activities' in medical education. **Internal Medicine Journal**, v. 46, n. 9, p. 1006–1010, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/imj.12914>>.

Acesso em: 3 fev. 2018.

ENCONTRO DO FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES. Encontro Nacional de Residências em Saúde: construindo a nossa identidade e questionando a nossa formação, 6., 2016, Curitiba. **Carta do Fórum Nacional de Tutores e Preceptores**. Curitiba: Fórum Nacional de Tutores e Preceptores, 7 jul. 2016.

FERREIRA, J. B. B.; FOSTER, A. S.; SANTOS, J. S. do. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 127-133, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200017>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

FERREIRA, J. R. Analisis prospectivo de la educación médica. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n. 1, p. 26-42, 1986. Disponível em:

<<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6915.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. Encontro Nacional de Residências em Saúde: o desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da residência para a (re)afirmação do SUS. 5. 2015, Florianópolis. **Carta de Florianópolis**. Florianópolis: Fórum Nacional de Residências em Saúde, 30 out. 2015.

FREITAS, A. K.; ARAÚJO, R. de M. S.; BARBOSA, S. V. A. I residência multiprofissional em saúde da família e comunidade do estado do Tocantins: a gestão estadual da educação em saúde como espaço de criação e experimentação coletiva de respostas aos desafios locorregionais na formação profissional para o Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços, desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 35-45.

GALVÁN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 53-61, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007>. Acesso em: 22 jan. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR - Série Textos, 1).

HAUBRICH, P. L. G. et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n1p47-56>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

JESUS, J. C. M. de; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEITE, I. Novas perspectivas em educação e saúde. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 10, n. 114, p. 126-134, 2010. Disponível em:

- <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10350/6250>>
. Acesso em: 10 jan. 2018.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>>. Acesso em: 3 jan. 2018.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200012>>. Acesso em: 3 jan. 2018.
- MARQUES, C. M. da S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 187-93, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100026>>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços**: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. (Saúde em debate, 90).
- MEGID, M. A. B. A.; FIORENTINI, D. Formação docente a partir de narrativas de aprendizagem. **Interações**, n. 18, p. 178-203, 2011. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/464/418>>. Acesso em: 14 dez. 2017.
- MELO, W S. de. et al. Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 552-560, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto & Contexto** - Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado em saúde**: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida: o ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar.

Campinas: [s.n.], 2004. Disponível em:

<<http://www.yumpu.com/pt/document/view/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em Debate, 155). p. 15-35.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/712/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf?sequence=3>. Acesso em: 5 fev. 2018.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

MOORE, D.; YOUNG, C. J.; HONG, J. Implementing entrustable professional activities: the yellow brick road towards competency-based training? **ANZ Journal of Surgery**, v.

87, n. 12, p. 1001–1005, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ans.14120>>. Acesso em: 2 ago. 2017.

MORIN, E. A Articulação dos saberes. In.: MORIN, E.; ALMEIDA, M. da C.; CARVALHO, E. de A. (Orgs.). **Educação e Complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2002.

MUCHAIL, T. S. **Simplemente Foucault**: textos resumidos. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. C. de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2007, p. 435-439. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

NEGRI, A.; LAZZARATO, M. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Tradução de Mônica Jesus. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. (Espaços do Desenvolvimento).

NOGUEIRA, N. R. **Pedagogia dos projetos**: uma jornada interdisciplinar rumo ao desenvolvimento das múltiplas inteligências. São Paulo: Érica, 2001.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 67-70, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100014>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

OLIVEIRA, R. M. M. A. de. Narrativas: contribuições para a formação de professores, para as práticas pedagógicas e para a pesquisa em educação. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 20, n. 43, p. 289-305, 2011. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/307/275>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2010. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100017>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

PARENTE, J. R. F. Preceptorial e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2008. Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31/26>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

PASSEGGI, M. C.; EGGERT, E. Escritas de si, literatura e cinema: diálogos (auto)biográficos. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 1, n. 2, p. 194-197, 2016. Disponível em:

<<http://www.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/2655/1789>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

PETTA, H. L. et al. **Especialização em preceptorial no SUS**: caderno do curso 2015/2016. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. (Projetos de Apoio ao SUS).

PONTES, A. L. de M. **Saber e prática docente na transformação do ensino médico**: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de medicina da UFF. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.

REIS, P. R. dos. As narrativas na formação de professores e na investigação em educação. **Nuances**: estudos sobre Educação, São Paulo, v. 15, n. 16, p. 17-34, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.14572/nuances.v15i16.174>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M L. do. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

ROMAN, C. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.73911>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

ROSENBLATT, A.; OLIVEIRA e SILVA, E. D.; CALDAS JR., A. F. Novas diretrizes curriculares para o ensino de odontologia. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2001. p. 263-278.

SAAR, S. R. da C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100016>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SANTOS FILHO, E. J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 10, n. 4, p. 129-149, 2016. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2245/1714>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

SANTOS, E. G. et al. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 547-552, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000600017>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. Colegiado da Rede Escola.

Cartilha da Rede Escola: pactuação de cenários de aprendizagem e a realização de

pesquisa na rede SUS. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. Gerência de Atenção Básica. **Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de João Pessoa**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. Setor de Geoprocessamento. **Mapa dos distritos sanitários de João Pessoa**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2018.

SILVA, A. L. da. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 411-413, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000600002>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

SILVA, L. O. e; DIEHL, V. R. O.; MOLINA NETO, V. Narrativa escrita: relacionando a produção de conhecimento e a formação docente. In: Congresso Internacional de Pesquisa (auto)biográfica - CIPA, 4, 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2010. p. 1-11. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/f3p-efice/publicacoes/vera_cipa.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

SILVA, M. P. G. O. da. Inter ou transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2006. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/3127/2065>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

SILVA, Q. T. A. da; CABALLERO, R. M. da S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 61-73.

SILVEIRA, A. et al. **Residência de medicina do trabalho: programa 2005**. Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5832523-Residencia-de-medicina-do-trabalho-programa-2005.html>>. Acesso em: 8 maio 2016.

SOUZA, S. C. de, DOURADO, L., Aprendizagem Baseada em Problemas (APB): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. **HOLOS**, Natal, ano 31, v. 5, p. 182-200, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.15628/holos.2015.2880>>. Acesso em: 10 dez 2017.

STEINBACH, M. A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

TORRES, P. L.; ALCANTARA, P. R.; IRALA, E. A. F. Grupos de consenso: uma proposta de aprendizagem colaborativa para o processo de ensino-aprendizagem. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n.13, p. 129-145, 2004. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/7052/6932>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

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**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100004>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

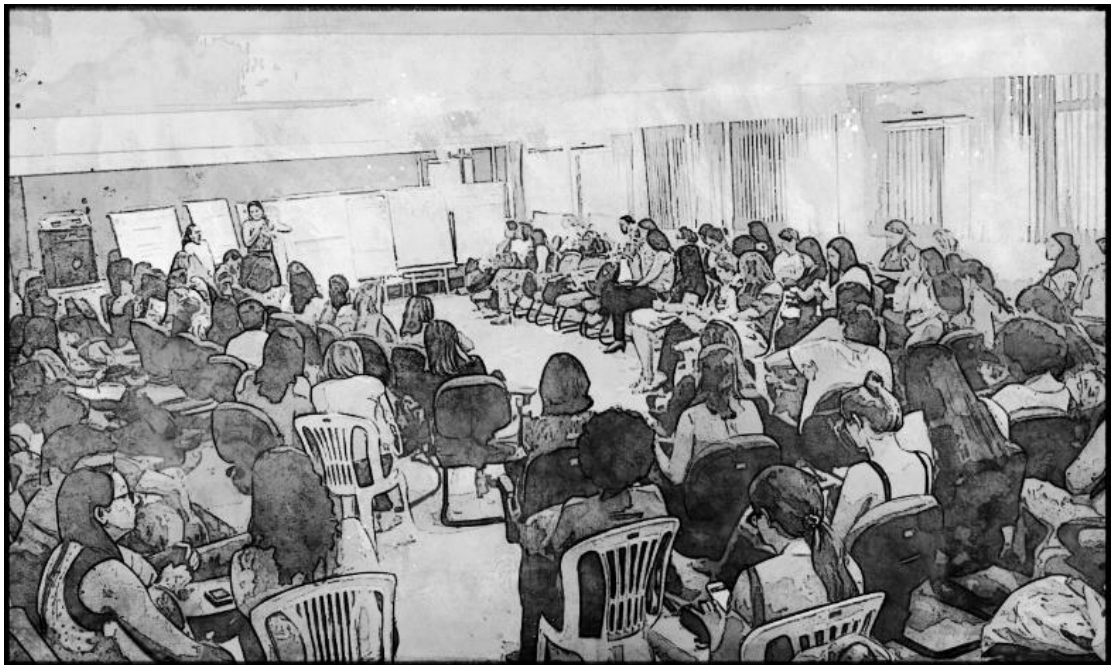
VYGOTSKY L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WENGER, E. C.; SNYDER, W. M. Comunidades de prática: a fronteira organizacional. In: HARVARD BUSINESS REVIEW (Org.). **Aprendizagem organizacional**. Tradução de Cássia Maria Nasser. Rio de Janeiro: Campus, 2001. p. 9-26.

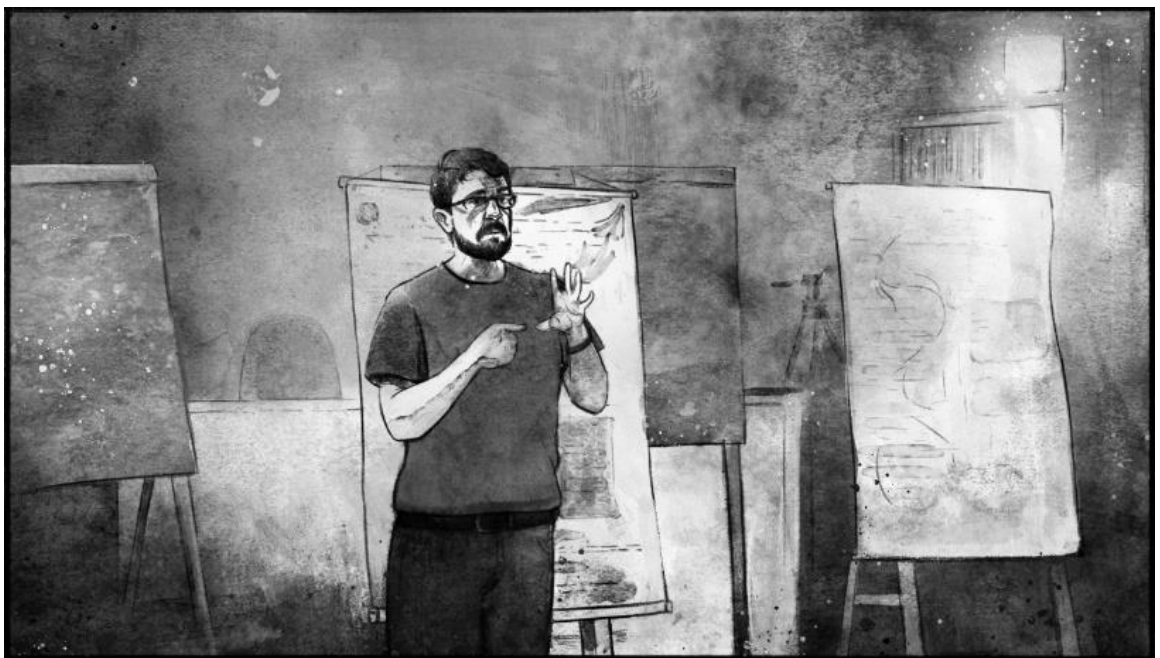
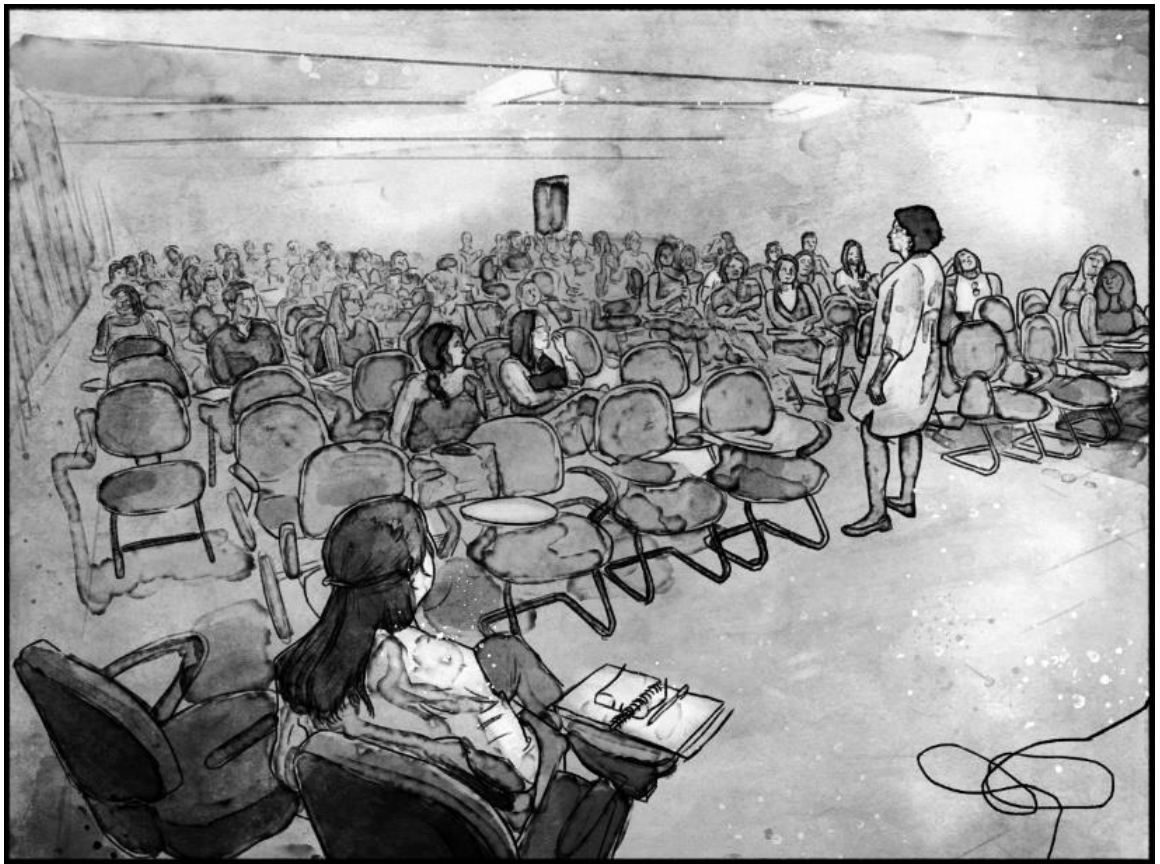
ÁLBUM















SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Adriene Jacinto Pereira: Enfermeira; Especialista em Aperfeiçoamento em Processos Educacionais na Saúde; Especialista em Enfermagem Obstétrica; Especialista em Gestão de Serviços de Saúde; Especialista em Políticas e Gestão do Cuidado; Mestre em Gestão e Tecnologia e Inovação em Saúde; Doutoranda do Programa de Doutorado da Escola de Medicina do ABC. Colaboradora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. adriene.jacinto@gmail.com

Alyne Fernandes Bezerra: Enfermeira; Especialista Multiprofissional em Saúde Hospitalar com ênfase de Atenção à Saúde do Idoso; Especialista em Saúde da Família; Especializanda em Enfermagem do Trabalho. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Paraíba. alyne_fernandes@hotmail.com

Ana Paula Silveira de Moraes Vasconcelos: Assistente Social; Especialista em Saúde da Família; Especialista em Educação na Saúde Para Preceptores do SUS; Mestranda em Serviço Social Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará. Docente, Pesquisadora e gestora da Residências em Área Profissional da Saúde; Docente do curso de Serviço Social da Graduação e Pós-Graduação. anapaulasilveirass@yahoo.com.br

Anderson Belmont Correia de Oliveira: Fisioterapeuta; Especialista em Políticas Públicas e Gestão no Cuidado à Saúde; Especialista em Gestão Pedagógica de ETSUS; Especialista em Fisioterapia na Terapia Intensiva; Mestre em Gerontologia. Diretor do Distrito Sanitário III da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; Preceptor da

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e da Graduação em Fisioterapia. andersonbelmont_fisio@hotmail.com

Anderson Rio Branco de Menezes: Psicólogo; Especialista pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar Ênfase em Atenção ao Paciente Crítico; Especialista em Saúde da Família e Comunidade. andersonriobranco@gmail.com

Camila Cavalcante Rolim: Assistente Social; Especialista em Estratégia Saúde da Família; Especialista Multiprofissional em Saúde Hospitalar – Linha de Cuidado Saúde do Idoso; Mestre em Serviço Social; Pesquisadora de políticas de saúde, democracia participativa e poder local, representação e conselho gestor e distrital. milinhaz@hotmail.com

Cláudia Fell Amado: Terapeuta Ocupacional; Especialista pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Graduação, Pós-graduação e Pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba em Saúde Coletiva, Atenção Básica, Gestão em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Saúde Mental. Tutora na Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar Universidade Federal da Paraíba; Colaboradora do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da UFPB. claudiafeel.saude@gmail.com

Danielle Maria da Silva Oliveira: Fonoaudióloga; Mestre em Saúde Coletiva; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Preceptora e tutora da Universidade de Pernambuco; atua nos hospitais Osvaldo Cruz-UPE e das Clínicas-HC-EBESERH; experiência na área de fonoaudiologia com ênfase em Voz, Motricidade Oral e Linguagem. dllsilva@yahoo.com.br

Enildo José dos Santos Filho: Fisioterapeuta; Especialista em Saúde da Família; Residente do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. nilkiller_jp@hotmail.com

Fernanda Marques de Sousa: Assistente Social; Especialista em Gestão de Políticas Públicas Informadas por Evidência; Especialista Multiprofissional em Saúde Hospitalar – Linha de Cuidado em Atenção ao Paciente Crítico. Pesquisadora de políticas públicas e intersectorialidade. fernandamarquesas@gmail.com

Fernando Lopes Tavares de Lima: Odontólogo; Mestre em Saúde Pública. Pesquisador colaborador em da Universidade Federal Fluminense e da Escola de Saúde Pública Sergio Arouca, nos temas de saúde bucal, políticas públicas de saúde, residência em saúde e coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer. flima@inca.gov.br

Flávio Silva Nóbrega: Enfermeiro; Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar; Preceptor da Residência Multidisciplinar em Saúde Mental. Enfermeiro da Área de Clínica Médica no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Colaborador do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. f.silvanobrega@yahoo.com.br

Giovanna Carvalho Martins: Enfermeira; Especialista em Urgência, Emergência e UTI; Residente do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba. gicarvalhom@hotmail.com

Ianara Félix de Freitas Meira: Terapeuta Ocupacional; Residente do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba.
ianarafelix@yahoo.com.br

Ivanice Jacinto da Silva: Terapeuta Ocupacional; Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidência; Especialista pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Docente substituta do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora de saúde mental, família e rede de atenção psicossocial. ivanice.ufpb@gmail.com

Jairo Domingos de Moraes: Fisioterapeuta; Especialista em Gestão do Cuidado; Especialista em Saúde da Família; Especialista em Processos Educacionais em Saúde; Mestre em Modelos de Decisão em Saúde; Doutorando em Modelos de Decisão em Saúde. Técnico da Gerência da Atenção Básica de João Pessoa/PB.
jairodmfisisio@hotmail.com

Jordane Reis de Meneses: Enfermeiro; Especialista em Intensivismo. Foi diretor Técnico do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba e secretário Municipal de saúde de Bayeux/PB. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Tutor e Coordenador Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB.
jordanereis@gmail.com

José da Paz Oliveira Alvarenga: Enfermeiro; Especialista em Administração de Serviços de Enfermagem; Mestre em Ciências da Nutrição com Área de Concentração em Saúde Coletiva. Docente da Graduação, Pós-Graduação e Pesquisador da Universidade Federal da Paraíba em Administração e Gestão dos Serviços de Atenção à Saúde; Auditoria dos Serviços de Saúde; Saúde Pública e Saúde Coletiva na Linha de Avaliação

de Programas e Políticas de Saúde. Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPB. alvarengajose@yahoo.com.br

Juliana Sampaio: Psicóloga; Mestre em Serviço Social; Doutora em Saúde Pública; Líder do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde. Docente da Graduação, Pós-Graduação e Pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba em Políticas, Educação e Cuidado em Saúde; colaboradora da Residência de Medicina de Família e Comunidade e no Mestrado no Mestrado Profissional em Saúde e Família da UFPB. julianasmp@hotmail.com

Lenilma Bento de Araújo Meneses: Enfermeira; Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem; Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação, Pós-Graduação e Pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba em Enfermagem Fundamental, Ensino em Saúde, Metodologia da Assistência de Enfermagem. Vice Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Coordenadora do Programa de da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB. lenilmabento@yahoo.com.br

Luciano Bezerra Gomes: Médico; Especialista em Medicina Preventiva e Social; Mestre e Doutor em Clínica Médica. Docente da Graduação, Pós-graduação e Pesquisador da Universidade Federal da Paraíba em Micropolíticas do Trabalho e o Cuidado em Saúde; Saúde Internacional e Intercultural; colaborador da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Coordenador Operacional da Associação Brasileira da Rede Unida. lucianobgomes@gmail.com

Lucineide Alves Vieira Braga: Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Obstetrícia; Saúde da Família e Formação Pedagógica em Educação Profissional; Mestre em Atenção à Saúde; Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

lucineide.avb@gmail.com

Margareth de Fatima Melo Diniz: Farmacêutica e Médica; Especialista em Pesquisas Clínicas, Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos; Mestre e Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos; Pós-Doutora em Biotecnologia. Docente da Graduação e Pós-Graduação e Pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba em Farmacologia; Tutora do Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos da Universidade de São Paulo. Reitora da Universidade Federal da Paraíba. margareth@ccs.ufpb.br

Maria Roberlandia Soares de Melo Freire: Enfermeira; Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS; Especialista em Enfermagem do Trabalho; Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem; Mestre em Saúde Pública. roberlandia@hotmail.com

Mariana Camila Vieira Fernandes: Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba; Monitora; Bolsista de Iniciação Científica; Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental. Apoiadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPB. mariana_vfernandes@hotmail.com

Merilin Carneiro de França Dionísio: Assistente Social; Especialista em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidado; Especialista Multiprofissional em Saúde Hospitalar com ênfase em atenção ao paciente crítico; Mestre em Serviço Social. merifranca2012@gmail.com

Paula Soares Carvalho: Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba; Monitora; Bolsista de Iniciação Científica; Membro do Grupo de Pesquisa e Estudos em Feridas. Apoiadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPB. paaula-soares@live.com

Ricardo Burg Ceccim: Enfermeiro; Especialista em Saúde Pública; Mestre em Educação; Doutor em Psicologia; Pós-Doutor em Antropologia Médica; Docente da Graduação, Pós-Graduação e Pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na área de Saúde Coletiva; Educação e Cultura da Saúde; Educação e Ensino da Saúde. Consultor do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. burgceccim@gmail.com

Roberta Cláudia dos Santos Rocha: Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde; Mestre em Ciências da Saúde. Membro do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da UFPB; Tutora e Vice coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB. robertasrocha@gmail.com

Simara Lopes Cruz Damázio: Fonoaudióloga, Especialista em Saúde do Trabalhador, Mestre e doutoranda em Saúde Pública da Universidade Federal da Paraíba, Docente da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco; Pesquisadora do Ministério da Saúde. Colaboradora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. simara.cruz@hotmail.com

Valéria Leite Soares: Terapeuta Ocupacional; Especialista Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde; Especialista em Psicopedagogia; Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS; Especialista em Educação e Sociedade; Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento. Docente da Graduação, Pós-Graduação e Pesquisadora da Universidade Federal da

Paraíba na área de Tratamento de Feridas. Tutora e Membro do Grupo Condutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB. valeriasoaresl@hotmail.com

Vanessa Miranda da Silva: Farmacêutica; Especialista em Saúde Pública; Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde; Especialista de Saúde da Família e Comunidade; Gestão de Rede de Atenção à Saúde. Residente do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba. vanessamirandafb@gmail.com

FORMAÇÃO DE FORMADORES PARA RESIDÊNCIAS EM SAÚDE CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM EXPERIÊNCIA VIVA

“Formação de formadores nas residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva” é uma obra que reúne ensaios críticos sobre a formação de preceptores e tutores em programas de residência integrada e multiprofissional em saúde, tomando por base um projeto em rede do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Paraíba – NESC/UFPB. Os organizadores e autores estiveram reunidos em um projeto de “formação de formadores” que envolveu o corpo docente-assistencial atuante em residências na área da saúde. Este projeto se configurou em experiência viva ao agregar, pela primeira vez, preceptores e tutores da Universidade Federal da Paraíba, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, Hospital Universitário Lauro Wanderley e Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa, Cabedelo e Bayeux para uma “formação-intervenção”, isto é, um aperfeiçoamento de quadro simultâneo à ação de mudanças na realidade (aperfeiçoar os formadores e aperfeiçoar a rede-escola).

Escrita a muitas mãos, a obra oferta documentário e reflexão sobre a experiência de uma “comunidade de trocas” envolvendo professores universitários, profissionais da rede de gestão e serviços de saúde e profissionais de saúde residentes. A experiência surge da identificação de fragilidades na formação dos residentes, resultantes, entre outros motivos, da baixa qualificação do corpo docente-assistencial para o exercício das funções de preceptoria e tutoria. A discussão dos problemas percebidos levou à organização de uma formação na perspectiva de apoiar estes profissionais, minimizando as dificuldades, favorecendo o processo ensino-aprendizagem e contribuindo para o fortalecimento do cuidado integral de saúde aos usuários da rede de atenção. No decorrer da formação, nas discussões havidas em sala de aula ou relativas às atividades de dispersão e na elaboração de trabalhos finais (por conteúdos ou de curso) foram reconhecidas as principais lacunas educacionais que afetam o corpo docente-assistencial em residências: desconhecimento dos projetos pedagógicos dos programas, da rede de serviços de saúde e das linhas de cuidado; frágil domínio de estratégias pedagógicas que problematizem a prática na busca de apropriação de habilidades e da resolutividade da atenção; dificuldades no trabalho multiprofissional e interdisciplinar; pouco estímulo à autonomia do residente em tomadas de decisão e, ainda, baixa reflexão sobre o aprender e pesquisar em meio às práticas de gestão e atenção.

Durante a experiência, corpo docente-assistencial, residentes, coordenação dos programas e gestão municipal e dos serviços, colaboraram, do planejamento à avaliação (monitoramento de processo e considerações finais), inclusive com a construção da presente obra. O livro está constituído em 12 capítulos, divididos em quatro sessões, as quais oportunizam uma visão agregada, mas que o leitor pode escolher por onde começar. A relação que se estabeleceu com os autores, ao longo da elaboração dos capítulos, constitui singularidade ao livro: por um lado, uma “reunião de textos” (ou coletânea), por outro, a construção de uma “unidade-livro” (obra por capítulos). Os autores se reuniram em oficinas de texto e de redação coletiva, assim, uma unidade ultrapassa os escritos e adentra suas reflexões de modo vivo (problematizador), costurando e descosturando a experiência, por isso, a bibliografia é unitária, bem como foi apensado um siglario comum. Mas o livro não acaba em seu conjunto de capítulos, ele existe na medida em que se encontre com leitores e mobilize caminhos em novas experiências, com novos atores e com todos que desejem construir residências integradas e multiprofissionais em saúde.

