



SÉRIE VIVÊNCIAS EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE



editora
redeunida

Guiando o futuro dos residentes:

o papel estratégico da preceptoría
no âmbito da Atenção Primária à Saúde

Organizadores

Mirna Barros Teixeira
Jacqueline Oliveira de Carvalho
Patrícia Pássaro da Silva Toledo
Ana Laura Brandão
Cesar Luiz Silva Junior

COMECE A NAVEGAR

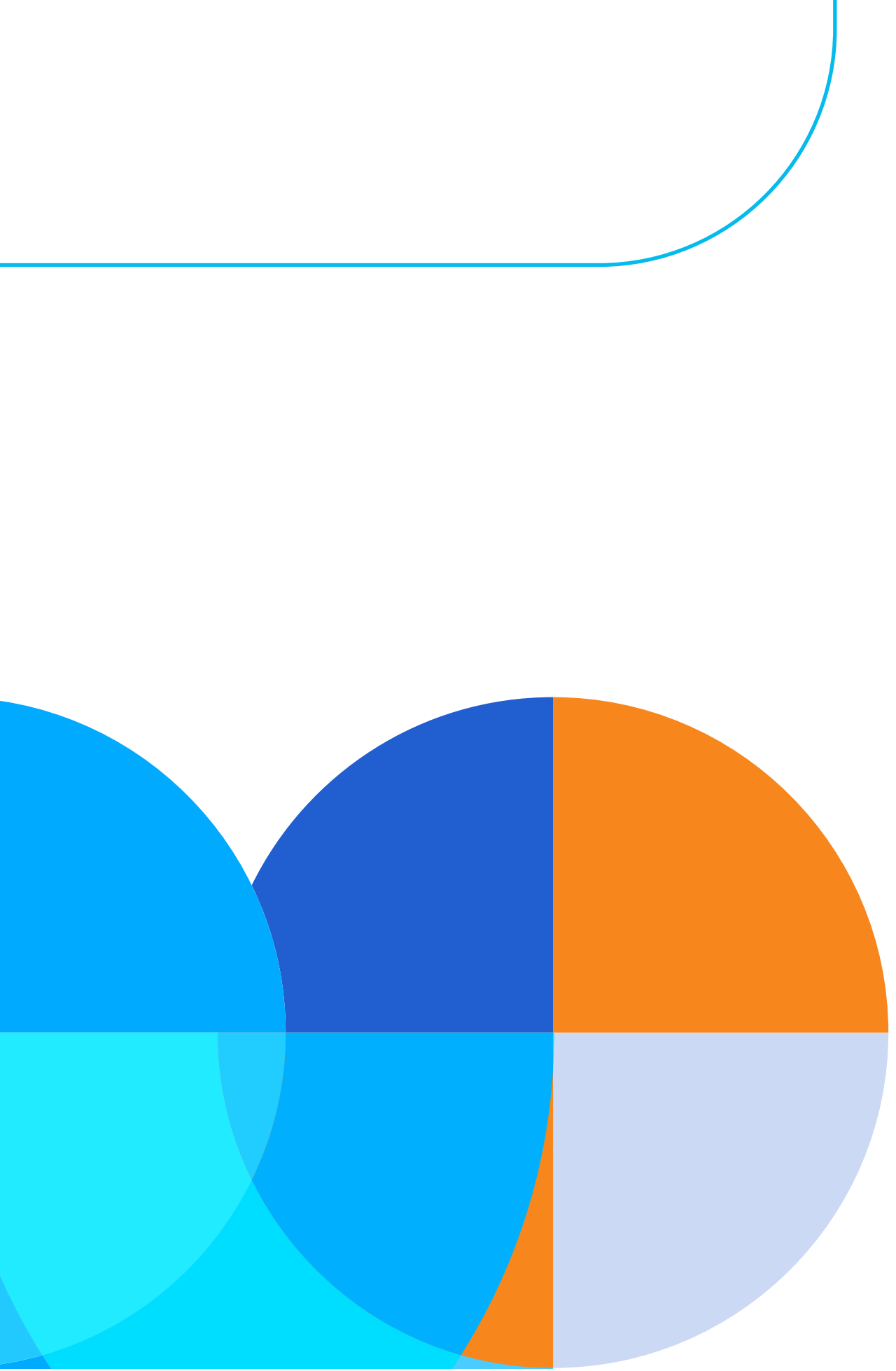


Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha <<e-livro, e-livre>>, de financiamento colaborativo. As doações podem ser feitas através do PIX: editora editora@redeunida.org.br.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os livros. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acesso é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefe: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mônica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes

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-Hernáez

(Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

Angelo Stefanini

(Università di Bologna, Itália).

Ardigó Martino

(Università di Bologna, Itália).

Berta Paz Lorigo

(Universitat de les Illes Balears, Espanha).

Celia Beatriz Iriart

(University of New Mexico, Estados Unidos da América).

Denise Bueno

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Emerson Elias Merhy

(Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

Êrica Rosalba Mallmann Duarte

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Francisca Valda Silva de Oliveira

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

Hêider Aurélio Pinto

(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

Izabella Barison Matos

(Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

Jacks Soratto

(Universidade do Extremo Sul Catarinense).

João Henrique Lara do Amaral
(Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

Júlio Cesar Schweickardt
(Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil).

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
(Universidade de São Paulo, Brasil).

Leonardo Federico
(Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

Lisiane Bôer Possa
(Universidade Federal de Santa Maria, 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 Augusta Nicoli
(Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).

Maria das Graças Alves Pereira
(Instituto Federal do Acre, 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).

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira
(Universidade Federal de Pernambuco).

Quelen Tanize Alves da Silva
(Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)

Ricardo Burg Ceccim
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Rossana Staevie Baduy
(Universidade Estadual de Londrina, Brasil).

Sara Donetto
(King's College London, Inglaterra).

Sueli Terezinha Goi Barrios
(Associação Rede Unida, Brasil).

Túlio Batista Franco
(Universidade Federal Fluminense, Brasil).

Vanderléia Laodete Pulga
(Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

Vanessa Iribarrem Avena Miranda
(Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).

Vera Lucia Kodjaoglanian
(Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/ LAIS/UFRN, Brasil).

Vincenza Pellegrini
(Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Organização

Mirna Barros Teixeira
Jacqueline Oliveira de Carvalho
Patrícia Pássaro da Silva Toledo
Ana Laura Brandão
Cesar Luiz Silva Junior

Revisão

Maria Luiza Stehling dos Santos

Design instrucional

Igor Cruz

Capa e diagramação

Claudio Verçosa

Financiamento

Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SMS-Rio)



FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G943 **Guiando o futuro dos residentes:** o papel estratégico da preceptoría no âmbito da Atenção Primária à Saúde/ Organizadores: Mirna Barros Teixeira; Jacqueline Oliveira de Carvalho; Patrícia Pássaro Da Silva Toledo; Ana Laura Brandão; Cesar Luiz Silva Junior – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.
114 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 29).
E-book: PDF.

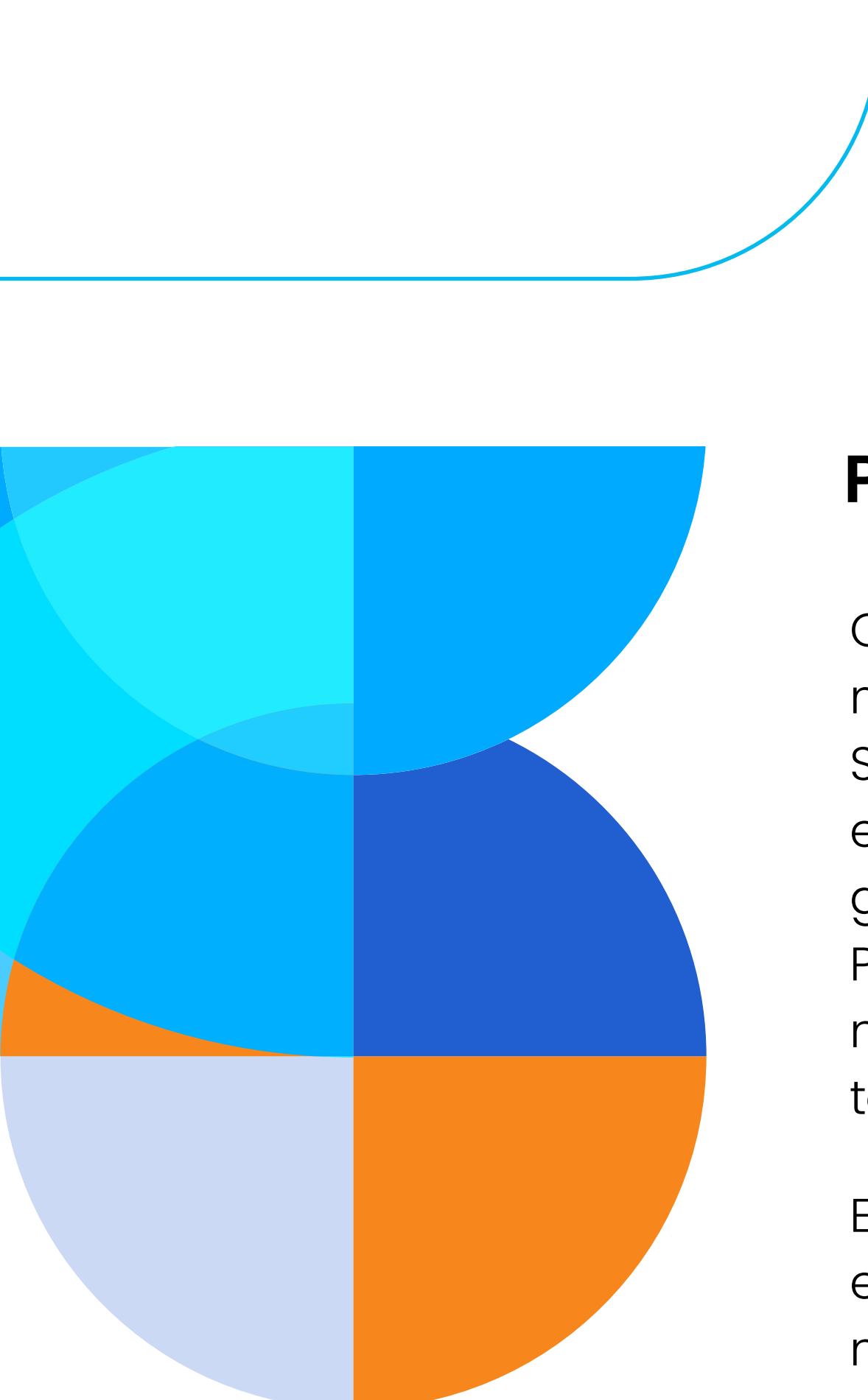
Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5462-149-6
DOI 10.18310/9786554621496

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Preceptoría. 3. Internato e Residência. 4. Educação Interprofissional. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM W 20
CDU 377

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Guiando o futuro dos residentes: o papel estratégico da preceptoría no âmbito da Atenção Primária à Saúde	
ISBN 978-65-5462-149-6  9 786554 621496 >	



PREFÁCIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais inclusivos sistemas de saúde pública no mundo. Sua eficiência está diretamente ligada à qualificação e ao comprometimento dos profissionais que o integram. Nesse cenário, a formação voltada à Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial no fortalecimento dos princípios e diretrizes que sustentam o SUS.

Este *e-book*, desenvolvido a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), oferece um recurso importante para a preceptoria nos Programas de Residências em Saúde. Como médico de família e comunidade, cuja trajetória teve início no Centro de Saúde Escola de Manguinhos, reconheço a relevância da formação em serviço tanto para os profissionais quanto para as comunidades atendidas.

A preceptoria vai além da transmissão de conhecimento, configurando-se como uma prática pedagógica que integra teoria e prática, preparando residentes para desafios e promovendo o desenvolvimento de competências técnicas e éticas. Este livro contribui para consolidar a educação permanente no SUS, destacando o papel dos preceptores como mediadores da formação no cotidiano dos serviços de saúde.

A colaboração com a Fiocruz, especialmente com a ENSP, tem sido fundamental para ampliar horizontes na formação de profissionais de saúde. Além de qualificar residentes, essa parceria viabiliza programas de mestrado e doutorado profissional, promovendo avanços científicos e inovando práticas em saúde pública. A integração entre ensino e serviço, alicerçada na prática e no rigor acadêmico, reflete o compromisso com um SUS cada vez mais justo e acessível.

Os desafios na APS demandam profissionais preparados para compreender e intervir nas singularidades de cada território e comunidade. Este *e-book*, ao apoiar os preceptores e tutores, também contribui para a construção de uma APS que promova cuidados integrais e transforma vidas.

Parabenizo a equipe organizadora por esta contribuição à qualificação dos profissionais do SUS. Que esta obra inspire preceptores, residentes e gestores a desenvolverem práticas que reforcem a saúde como um direito universal e fortaleçam o SUS como um pilar da cidadania no Brasil.

Daniel Soranz

Médico, professor e pesquisador da Fiocruz
Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos

Mestranda em Telessaúde e Saúde Digital da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, especialista em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), graduada em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Atua como Assessora de Projetos na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e na ENSP/FIOCRUZ. Especialista em Gestão em Saúde, Formação de Recursos Humanos para a Saúde e Saúde Coletiva, com foco em Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

Ana Laura Brandão

Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Pesquisadora em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz, docente e coordenadora de Unidade

do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz e Docente e orientadora do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) .

Cesar Luiz Silva Junior

Cirurgião-dentista, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Pesquisador Colaborador do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER/ENSP/Fiocruz). Apoiador Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da ENSP/Fiocruz.

Edineia Lazzari

Enfermeira sanitarista, mestre em Saúde Pública. Professora Assistente no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (SMS-Rio)

Emilene dos Santos Guimarães

Gestora de Recursos Humanos, Especialista em Gestão de Pessoas e Saúde Pública com foco em Saúde da Família, Mestre em Administração e Desenvolvimento Empresarial e Gestora de Projetos da Fundação Oswaldo Cruz.

Bruna Juliane Silva Martins

Contadora, especialista em Auditoria e Controladoria e Gestão de Projetos, Assessora de Projetos da Fundação Oswaldo Cruz.

Gabriela Moição Azevedo

Enfermeira, mestre em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Tutora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (PREFC/ SMSRio).

Igor Azeredo Cruz

Jornalista, mestrando do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Telessaúde e Saúde Digital pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), es-

pecialista em Design Instrucional pelo SENAC (2024), especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fiocruz (2010). Graduado em Jornalismo pela Universidade Estácio de Sá (2009).

Jacqueline Oliveira de Carvalho

Enfermeira, doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Pesquisadora colaboradora em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz; Coordenadora Geral do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (PREFC/ SMSRio). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (COREMU/ SMS Rio) Docente do Programa de Pós Graduação em Gestão com Ênfase na Atenção Primária da Universidade Castelo Branco.

Leticia Lourenço

Enfermeira, doutoranda em Psicossociologia das Comunidades pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Coordenadora Pedagógica e Docente do Programa de

Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (PREFC/ SMSRio).

Lidia Oliveira

Cirurgiã-dentista, Mestranda em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Especialista em Gestão da Atenção Primária pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Residência em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Pâmela George

Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Enfermagem em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Enfermagem Pediátrica, pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e

Adolescente Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz). Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (PREFC/SMS-Rio).

Marianne de Lira Maia

Enfermeira, mestranda em Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem pela Faculdade de Ensino da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Enfermagem em Saúde da Família pela UERJ/SMS-Rio. Especialista em Preceptoria Multiprofissional em Saúde. Tutora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (PREFC/ SMSRio).

Mariza Gandolfi

Enfermeira. Mestre em Atenção Primária à saúde pela UFRJ. Residência em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição, RS. Enfermeira na Vigilância Epidemiológica de Florianópolis.

Michelle Adrienne da Costa de Jesus

Enfermeira, mestre em Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Enfermagem em Saúde da Família pela UERJ/SMS-Rio. Especialista em Preceptoria Multiprofissional em Saúde. Tutora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (PREFC/ SMSRio).

Mirna Barros Teixeira

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Servidora pública federal e Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais na Ensp/Fiocruz. Orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz; Docente e coordenadora de Unidade de Aprendizagem do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Patrícia Pássaro da Silva Toledo

Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER/ENSP/FIOCRUZ). Técnica Pericial do Grupo de Apoio Técnico Especializado do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (GATE/MPRJ). Assessora Pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ.

Raphael Costa Pinto

Enfermeiro pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pelo IESC/UFRJ. Especialização em Gestão em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

APRESENTAÇÃO

Esta publicação é fruto de reflexões, discussões e experiências acumuladas no processo de gestão de cursos de residência uni e multiprofissional em Atenção Primária à Saúde.

A formação em residência com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na preparação de profissionais de saúde para atuar frente aos desafios contemporâneos postos ao Sistema Único de Saúde (SUS), e os preceptores possuem um papel crucial nesta perspectiva formativa.

O exercício da prática da preceptoria em residências em saúde é permeado por aspectos das relações pessoais e estruturais entre múltiplos protagonistas, a saber: residentes, usuários, profissionais das unidades de saúde, gestores, professores, coordenadores de programas de residência, tais aspectos coexistem de maneira dinâmica nos cenários de prática. Fica assim evidente a complexidade atribuída a esses profissionais que desempenham um papel crucial ao orientar o futuro dos residentes.

A presente publicação tem como propósito apresentar os desafios do exercício da preceptoria na Atenção Primária à Saúde a partir de elementos teóricos, alinhados à produção de ferramentas com potência para instalar novos modos de exercício da preceptoria. Busca-se ampliar a experiência e a capacidade de enxergar outros ingredientes e outros territórios nesse “agir pedagógico”.

O *e-book* almeja ainda contribuir para a formação de preceptores, configurando-se como um material importante para as atividades de Educação Permanente em Saúde, ser um apoio a preceptores que já estão em atividade junto a seus residentes, e por fim representar uma referência prática para estudos sobre preceptoria na área da saúde.

Este *e-book* é composto por cinco módulos. No primeiro, é descrito o processo formativo em residências com ênfase em Atenção Primária à Saúde, destacando a importância da atuação multiprofissional e da interprofissionalidade.

O módulo 2 traz a reflexão do que é ser um preceptor, perpassando pelos marcos normativos de tal função, as atribuições esperadas para esse profissional e resgata também a importância da equipe preceptora, além de reconhecer os desafios do processo de trabalho presentes no desempenho desta função nos cenários de práticas.

No módulo 3, a luz das experiências da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, são abordadas as iniciativas desenvolvidas nestes programas no que tange à formação de preceptores, através de oficinas, estratégias de educação continuada e treinamentos específicos de prática clínica.

Esses espaços promovem a reflexão, a síntese, a análise e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção de competências para a preceptoria, por meio do estímulo ao permanente raciocínio crítico, tomando por base a metodologia problematizadora da relação entre trabalho e formação do residente.

O módulo 4 aborda os aspectos relacionados à integração da teoria e da prática nas unidades de saúde, destacando as funções de dois atores primordiais para essa integração: o tutor e o preceptor. A articulação das vivências com os conteúdos teóricos, potencializa o desenvolvimento dos processos de trabalho, com os residentes, usuários e demais profissionais de saúde, além de materializar-se em um convite à reflexão da práxis. Neste módulo são apresentadas as atividades e responsabilidades desempenhadas pelos tutores e algumas estratégias para o desempenho destas atividades na prática.

No módulo 5, são apresentadas as ferramentas teóricas e metodológicas que podem apoiar o fazer do preceptor, desde a organização e qualificação dos processos, tais como a aprendizagem baseada em problemas; o planejamento de atividades e gestão do tempo; a semana padrão do residente; o diagnóstico situacional; o roteiro de intervenções para problemas complexos na APS; e a perspectiva de compartilhamento dos núcleos profissionais, incluindo ainda estratégias que apoiam as relações pessoais como a oficina 'dar e receber críticas'; o apoio, a autoavaliação e a gestão de conflitos.

Acreditamos no papel estratégico da preceptoria na APS, que de longe não se limita ao ensino clínico; ele molda futuros profissionais de saúde que serão capazes de enfrentar os desafios complexos e promover a saúde da comunidade de maneira eficaz e compassiva.

Assista!

Vídeo 01

Apresentação das autoras



<https://youtu.be/0Y4qdSoYsfY>



Vídeo 02

A construção do e-book



<https://youtu.be/6tDRZYO0uhg>



Esperamos que esse material fortaleça o trabalho na Atenção Primária em Saúde, reforçando o direito de todos à saúde de qualidade, inspirando assim uma perspectiva de pensar – agir em construção para preceptores, profissionais de saúde, residentes e gestores.

ESCOLHA O MÓDULO

◀ VOLTAR AO INÍCIO

módulo 01

Formação em residências
com ênfase na Atenção
Primária à Saúde

módulo 02

O que é ser preceptor?

módulo 03

Formação de preceptores:
a experiência da residência
multiprofissional em saúde
da família da ENSP/FIOCRUZ
e uniprofissional da SMS-RIO

módulo 04

Integração da teoria e
da prática na atuação
da tutoria e da preceptoria

módulo 05

O fazer da preceptoria:
uma caixa de ferramentas

Considerações Finais

módulo 01



FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autoras:

Jacqueline Oliveira de Carvalho
Mirna Barros Teixeira
Patrícia Pássaro da Silva Toledo

É na relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio, que entende-se um trabalho em equipe.

(Almeida, Mishima, 2001).

A formação em residências em saúde para atuação com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Este modelo de educação visa preparar profissionais de saúde para atuarem de forma integrada e contínua na APS, focando na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, atendendo às necessidades da população de maneira integral e humanizada.

A APS, por ser a porta de entrada do SUS e coordenadora do cuidado, é estratégica para a qualificação dos seus trabalhadores, uma vez que é responsável por atender a maioria dos problemas de saúde da população. Ela promove um cuidado contínuo e abrangente, centrado na pessoa, na família e na comunidade, garantindo

maior acessibilidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Profissionais bem formados para atuarem na APS são essenciais para a eficiência e a equidade dos serviços de saúde. Além disso, ao formar residentes estamos formando também os preceptores, que são atores-chaves nessa formação de residência.

As residências em APS oferecem uma formação especializada que combina teoria e prática, permitindo que os residentes desenvolvam competências clínicas, gerenciais e comunitárias. Esta formação é geralmente estruturada em carga horária que inclui a parte prática e teórico-prática. Os residentes desenvolvem a parte prática junto aos serviços de saúde, no caso da APS atuando em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e desenvolvendo atividades internas à UBS, e externas como: visitas domiciliares e participação

em programas de saúde comunitária e articulação intersetorial. A parte teórica é constituída de aulas ou sessões teóricas sobre temas relevantes para a APS, como epidemiologia, saúde pública, gestão de serviços e sistemas de saúde, políticas públicas de saúde, planejamento e gestão do cuidado, entre outros. A constituição da grade curricular é de responsabilidade de cada programa de residência, que elenca os temas prioritários para serem abordados. Este componente teórico é fundamental para compreender o contexto e os desafios da APS.

E durante toda a formação os residentes são acompanhados por preceptores experientes que oferecem orientação contínua, feedback e apoio no desenvolvimento de suas habilidades profissionais e pessoais. Assim, os preceptores ajudam os residentes a desenvolverem as competências necessárias e a lidar com os desafios dos cenários de prática.

Os programas de residência em APS visam desenvolver um conjunto abrangente de competências, incluindo:

- cuidado centrado na pessoa: habilidade para fornecer cuidados individualizados, respeitando as necessidades e preferências dos usuários;
- gestão de casos: capacidade de coordenar cuidados de saúde, integrando diferentes níveis de atenção e serviços.

- promoção da saúde e prevenção de doenças: implementação de estratégias para promover estilos de vida saudáveis e prevenir doenças.
- comunicação e trabalho em equipe: desenvolvimento de habilidades de comunicação eficazes e trabalho colaborativo com outros profissionais de saúde.
- liderança e gestão: aptidão para assumir responsabilidades gerenciais e liderar iniciativas de melhoria da qualidade dos serviços de APS.

Para capacitarmos os residentes multiprofissionais para atuarem no âmbito da Atenção Primária à Saúde nos diversos territórios do Brasil, é preciso discutir o trabalho em equipe e o que é ser uma equipe multiprofissional.

Vídeo 03

Como a APS se diferencia de outras abordagens na área da formação profissional e qual é o seu papel fundamental?



<https://youtu.be/DPiikijphNA>



Como atuar em equipe multiprofissional na APS?

Para qualificar o trabalho da atuação multiprofissional é preciso saber diferenciar o que é multi do que é interprofissional.

Pedduzi (2001) define equipe multiprofissional como uma tipologia de trabalho, que não configura um modelo estático, mas a dinâmica entre trabalho e interação que prevalece em um dado momento do movimento contínuo da equipe.

Na sua configuração de processo de trabalho, a reunião de equipe de saúde da família é uma das atividades semanais desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O formato está posto, no entanto, a forma de atuar pode ser em duas tipologias: equipe agrupamento ou equipe integração (Quadro 1).

A tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pelos seguintes critérios: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe; especificidades dos trabalhos especializados; questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos; flexibilização da divisão do trabalho; autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum (PEDDUZI, 2001).

Quadro 1: Tipologias de equipe multiprofissional.

Equipe integração	Equipe agrupamento:
em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes por meio da comunicação em um agir-comunicativo. A equipe busca o entendimento e o reconhecimento mútuos	em que ocorre justaposição das ações dos agentes formando um grupo que se comunica por meio de um agir-instrumental. observa-se a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais

Fonte: Adaptado de Peduzzi, 2001.

Você, preceptor, faça a seguinte pergunta para refletir junto com a sua equipe: A minha equipe de Saúde da Família ou equipe eMulti atua como equipe como integração ou equipe agrupamento?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

O que se define como multiprofissional?

É a modalidade de trabalho coletivo que é constituída por meio da relação recíproca, numa via de mão dupla, entre múltiplas intervenções técnicas e interação dos profissionais de diferentes áreas (PEDDUZI, 2001).

Vamos refletir juntos: a equipe de Saúde da Família é composta pelas seguintes categorias: o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde. Essa equipe é uma equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional de saúde se encontra na interface entre trabalho e interação. Envolve as dimensões cognitivas e afetivas, possibilitando uma nova organização de saberes, a partir da utilização de referenciais teóricos de diferentes disciplinas. Diz respeito a um processo que necessita da disponibilidade, do desejo, da abertura das pessoas para ampliar seus métodos e teorias de ver e interpretar os fenômenos (PEDDUZI, 2001; ELLERY, 2018).

Quando estamos falando de uma relação de trabalho, estamos falando de trocas de afetos. De trocas entre pessoas. Afeto é emoção, não necessariamente positiva, podendo ser negativa também. É aquilo que eu sinto a partir do meu encontro com o outro. Então, isso pode ser positivo ou negativo e, portanto, pode gerar conflitos. Mas é importante termos consciência que existem essas dimensões quando se refere à uma equipe multiprofissional.

A configuração da Estratégia de Saúde da Família (ESF) isso tem uma intencionalidade e representa uma grande potência. Contudo, a dinâmica entre trocas e afetos pode promover algumas questões e tensionamentos e possibilitar uma nova organização de saberes, a partir da utilização de referenciais teóricos de diferentes disciplinas.

É preciso compreender que a modalidade equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho que necessita da disponibilidade interna

de cada um. Pressupõe a abertura das pessoas para ampliar seus métodos e teorias de ver e interpretar os fenômenos. Dessa forma, para se trabalhar em uma equipe multiprofissional interdisciplinar, a gente precisa ter essa disponibilidade.

Já o interdisciplinar vem do sufixo disciplinar, que se refere ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, ou seja, dos conhecimentos específicos daquela atenção, portanto, de práticas concretas. Envolve a dimensão cognitiva e afetiva, e parte do pressuposto de que não há ciência neutra, não existe conhecimento sem o pesquisador estar em relação com o objeto pesquisado.

Vamos refletir juntos: Por que a Estratégia Saúde da Família aposta nessa configuração de equipe que trabalha de forma multiprofissional?

Porque se compreende que problemas complexos não têm soluções simples. Então, não é apenas um saber que vai dar conta da complexidade dos problemas vivenciados no âmbito da APS. Não existe um saber que é melhor que o outro, não existe um saber que trabalha sozinho e dê conta da complexidade da APS/ESF.

Na APS é onde se observa a maior vulnerabilidade social: violências, pobreza, dentre outros; onde os determinantes sociais da saúde ou a determinação social na saúde, estão presentes no cotidiano dos territórios (BUSS, 2000).

Tomemos como exemplo uma família que tem um processo de violência, crianças fora da escola e com insegurança alimentar. Nesses casos ditos complexos são várias questões que estão permeando o cuidado e é importante se assegurar de que apenas o saber biomédico não seria suficiente. Existem outras epistemologias da construção desse cuidado. Assim, outras profissões também são fundamentais e, às vezes, até

muito mais importantes em alguns casos, naquele momento, naquela determinada situação de vida de uma família (BARROS, et al, 2020)

O saber do território, o saber popular, a maneira como aquela comunidade vivencia aquela situação, o saber do agente comunitário, são saberes extremamente importantes para entender determinada situação.

Sugerimos uma dinâmica de grupo para você trabalhar com a sua equipe, a **“Dinâmica da Bola e do Palito”** descrita a seguir:



DINÂMICA DA BOLA E DO PALITO

O docente entrega uma bola vazia e um palito de dente para cada discente e dá a seguinte orientação:

“Vou pedir para quem já for pegando a bola, encher e amarrar a bola e pegar um palito de dente. Cada um fica com uma bola cheia e um palito. Eu irei cronometrar um tempo e quem, ao final do tempo, terminar com a bola cheia, vai ganhar um chocolate. Tá bom? É simples, quem terminar com a bola cheia, ganha chocolate”.

O docente informa o início da contagem do tempo e observa o desenrolar. Ao final do tempo o docente informa que o tempo acabou. Geralmente o tempo utilizado é de 5 minutos, mas pode variar de acordo com a quantidade de participantes. Cabe ao docente analisar o tempo pertinente.

Ao final o docente deve perguntar. “Quem está com a bola cheia? Levantem a bola quem ficou com a bola cheia”. Contar o número de pessoas e propor uma reflexão com os participantes. Observe a seguir um diálogo reflexivo com os participantes após essa dinâmica ter sido aplicada.

Diálogos e reflexão sobre a dinâmica:

D = docente, A = aluno/discente

D: Olha quanto chocolate sobrou! Vou comer tudo. Sobrou pra caramba. Achei que não ia sobrar nada.

D: Eu quero saber o seguinte de vocês. Quem estourou alguma ou pelo menos uma bola de algum outro participante? Levanta a mão.

D: Então, eu quero saber porque uma dessas pessoas que estourou pelo menos uma bola de alguém ou tentou estourar, me diga por que tentou estourar ou estourou a bola do colega? Quero ouvir de um de vocês.

D: Qual foi a sua motivação?

A: “É que iam estourar a minha, a minha defesa, a minha melhor estratégia.”

A: “Eu não consegui estourar nenhuma, mas, por exemplo, a minha motivação pra ir estourar a

bola de alguém foi porque outras pessoas estavam estourando a bola de outras pessoas.”

D: Então, mas em algum momento a gente deu alguma orientação que vocês precisavam estourar a bola do coleguinha ?

A: “Não.”

D: Ou que só haveria apenas um chocolate?

A: “Não.”

D: Informamos que todos que terminasse com a bola cheia iria ganhar um chocolate, certo? E aí, o que a gente pode concluir disso?

D: A gente pode concluir o quê, gente? O que é importante aqui da gente observar?

A: Tem outra coisa também, nós recebemos a ferramenta (mostrando o palito de dente).

D: Isso significa o quê? Que muitas vezes a gen-

te tem ferramentas, a gente tem escolhas, que a gente faz pelo senso comum, ou como vocês mesmos falaram, porque a gente vê os outros fazendo e acaba fazendo o mesmo, mas sem uma reflexão crítica.

D: Além disso, a gente já parte de um princípio de competitividade. Para eu ganhar um chocolate, eu preciso que o meu colega não ganhe.

D: Eu sei que não foi esse o pensamento direto que vocês tiveram, mas isso está no nosso senso comum, isso está na nossa vida hoje em dia, dessa estimulação por competição desenfreada.

D: Quando, às vezes, a gente precisa ter atitude reflexiva de ter mais cooperação. Se todos cooperassem, todos ganhariam chocolate.

D: Em momento nenhum, a gente disse que tinha só um chocolate, né? Em momento nenhum dissemos que vocês deveriam estourar a bola do colega, certo?

D: Então, a ideia dessa dinâmica é um pouco para a gente pensar do nosso dia a dia, no processo de trabalho. Muitas vezes, a gente se coloca numa posição de competitividade, mesmo que isso não seja percebido e não seja intencional.

A: Posso comentar uma coisa? A própria ferramenta (palito de dente) já dá uma intenção de que aquilo ali é pra estourar, para furar a bola do outro.

D: Porque você já tem uma preconceção de algumas coisas. E isso está no nosso dia a dia enquanto a gente trabalha. A gente tem preconceções, porque a gente tem vivências, a gente tem história de vida, a gente tem a nossa cultura, a gente tem as nossas experiências, tudo isso faz com que a gente tenha essa percepção de que o palito é para furar a bola do outro.

D: Outra questão importante é a questão do poder do grupo. O próprio movimento do grupo de começar a estourarem as bolas uns dos outros,

faz a pessoa agir de acordo a maioria das pessoas, mesmo sem refletir sobre por que aquele grupo tá agindo daquela forma, correto?

D: Isso a gente vai poder perceber em vários momentos durante a nossa vida profissional, durante o trabalho em equipe.

D: O que cada um de vocês fez foi seguir a “boiada, a maioria das pessoas”, não foi? Essa atitude também é conhecida como o efeito de manada (ARELY, 2008).

D: E como conseguimos não fazer isso? É ter a capacidade de dar um passo para trás, respirar, refletir e poder agir não por impulso, mas com uma capacidade reflexiva

Essa dinâmica é um exemplo de uma ferramenta pedagógica de forma a permitir que os discentes reflitam sobre as diferentes formas de agir. Quando o residente compõe uma equipe de saúde de família, é esperado que seja mais reflexivo do que o profissional que está lá imerso naquela demanda imensa de trabalho e que não tem essa capacidade de refletir. Quando a gente não reflete, quando a gente não tem uma capacidade crítica e criativa, a gente acaba entrando na “onda” da maioria das pessoas.

Este é o ‘efeito de manada’, cunhado por Dan Ariely (2008), um dos grandes estudiosos da Psicologia Econômica, que explica como o ambiente pode influenciar nossos pensamentos, nossas atitudes e, principalmente, a nossa tomada de

decisão. Outro comportamento observado por estudiosos é o chamado de “*self herding*”, o que traduzido seria o efeito ‘auto-manada’, ou seja, os comportamentos e as decisões que tomamos no passado influenciam comportamentos atuais e decisões futuras.

Por isso essa dinâmica é interessante. Justamente porque ela demonstra como é que as pessoas tendem a agir. É isso que não se quer quando se trabalha de forma interprofissional, esse ‘efeito manada’. Vocês podem realizar esta dinâmica no seu próprio trabalho, em grupos de promoção de saúde com usuários e com a própria equipe multiprofissional.



Utilize o espaço para construir e registrar sua resposta.

Mas, como a formação uniprofissional se encaixa neste contexto?

Assim como a Residência Multiprofissional em Saúde, a Residência em Área Profissional da Saúde é uma especialização que combina formação prática e teórica em áreas específicas da saúde, com uma carga horária semanal de 60 horas e duração mínima de dois anos, exigindo dedicação exclusiva.

Ao contrário da residência multiprofissional, o cerne uniprofissional prioriza especialidades e regiões determinadas pelo SUS, buscando suprir a demanda crescente por profissionais capacitados e abrangentes. O foco está na formação especializada através do treinamento em serviço, enraizado em fundamentos conceituais e científicos sólidos, além de competências específicas.

Apesar do nome sugerir uma especialização em uma única profissão, é essencial entender que os profissionais em residência tra-

balham em colaboração estreita e interprofissional com outros membros da equipe de saúde. Este modelo promove uma prática clínica compartilhada, onde o aprendizado se dá através da troca de conhecimentos e experiências entre diferentes áreas de especialização, beneficiando assim a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

Mas, afinal o que é a interprofissionalidade?

Para ter interprofissionalidade é preciso haver interação de mais de uma profissão, ou seja, ter pelo menos duas profissões interagindo. É a inter-relação, a interação. É um processo de trabalho mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes; e numa modificação das práticas, quer seja através da colaboração interprofissional, no núcleo específico de atuação de cada profissão; e/ou

na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente (ELLERY, 2013).

Há a necessidade de que essa interação proporcione o aprendizado mútuo, a partir do outro e sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade do trabalho. Percebam que esta interação pressupõe uma atitude de cooperação e não de competitividade.

Então, qual é a diferença entre multiprofissionalidade e interprofissionalidade?

Podemos denominar multiprofissionalidade quando na composição de trabalho existe mais de uma profissão trabalhando juntos, isto é pelo menos duas profissões. A equipe de saúde da família é uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, no entanto, ela pode não atuar de forma interprofissional. Depende da disponibilidade e da colaboração de cada um dos integrantes.

Quando a equipe entra num campo de disputas, de competitividade, entre qual a disciplina ou qual a técnica é mais importante, qual é a fundamental não está se referindo à inter (trocas entre dois ou mais profissionais), a gente está falando de multiprofissional.

Então, existe o disciplinar, como já abordado, que está localizado no campo do saber epistemológico, da construção de conhecimento, sendo o nível mais teórico da construção do conhecimento. Já o plano profissional é o nível mais pragmático (TEIXEIRA, et al, 2020).

Ellery (2018) aponta alguns desafios da interprofissionalidade nas dimensões organizacional, coletiva e subjetiva, conforme quadro a seguir:

Quadro 2: Desafios da interprofissionalidade.

Dimensão	Dispositivos ou aspectos
Organizacional	Estruturação de uma rede de saúde escola
Coletiva ou comunidade de prática	Organização dos profissionais como grupo de trabalho
Subjetiva	Identificação com o modelo
	Saber lidar com as frustrações
	Afetividade

Fonte: Adaptado de Ellery, 2018.

Diante a intencionalidade da APS em trabalhar com equipes multiprofissionais seja na própria constituição da equipe de saúde da família, seja na eMulti ou com a integração de diversas categorias de residentes, é fundamental que o preceptor saiba como organizar uma reunião de equipe.

Você, preceptor, sabe como organizar uma reunião de equipe multiprofissional? Escreva no espaço a seguir quais pontos você considera importantes para que uma reunião de equipe seja produtiva:

Agora veja se o que escreveu contempla os itens considerados fundamentais para que o preceptor discuta com seus residentes os elementos de uma reunião de equipe:

Uma reunião de equipe semanal pode ser aprimorada realizando um bom planejamento das atividades e tendo alguns elementos como pontos de Pauta:

- Informes breves.
- Planejar as visitas domiciliares.
- Discutir o perfil dos usuários e os grupos prioritários que estão sob a responsabilidade da sua equipe.
- Discutir casos clínicos complexos: Casos difíceis que necessitam de múltiplos olhares para tomada de decisão e acompanhamento da equipe. Pode ser um bom fio condutor para a troca de saberes e construção conjunta de um plano terapêutico ou projeto terapêutico singular. A discussão de caso em equipe promove o conhecimento e responsabilização de todos os membros da equipe pelos casos discutidos a partir da contribuição dos diversos componentes e olhares dos membros da equipe.

- Mapear as atividades de vigilância em saúde que dialogam com o território.
- Discutir sobre o monitoramento dos casos.
- Promover o monitoramento de indicadores de saúde da equipe (desconstrução da visão de que metas e resultados são externos à equipe).
- Discutir sobre o papel dos profissionais, incluindo NASF/e-Multi e dos residentes.
- Pensar em temas estratégicos para a Educação Permanente a partir das necessidades identificadas pela própria equipe. Importância de (re)construir, nos espaços de educação permanente, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde como mais que “um ato, uma atitude”.
- Entender os conflitos como propulsores da mudança e como parte do cotidiano do trabalho.

- Avaliar continuamente o processo de trabalho.
- Pactuar encaminhamentos e responsabilidades.

Após ler essa lista, volte na sua resposta do box e tente responder novamente as perguntas:

- **A minha equipe de saúde da família ou equipe eMulti atua como equipe como integração ou equipe agrupamento?**
- **Quais elementos posso destacar dessa atuação multi e interprofissional da minha equipe que demonstre que é uma equipe interprofissional?**

Fique com essas indagações e ao longo deste e-book daremos pistas de como atuar como um preceptor numa equipe multi e interprofissional.

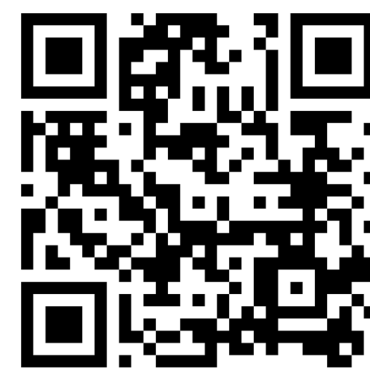
Assista agora o videocast onde é debatida a abordagem multidisciplinar, e como ela é incorporada na formação em residências com ênfase na Atenção Primária à Saúde. E veja como na residência uniprofissional é trabalhada a multiprofissionalidade.

Vídeo 04

Pensando na abordagem multidisciplinar



<https://youtu.be/ybemSutduKw>



REFERÊNCIAS

ARIELY, D. Predictably Irrational: The Hidden Forces That Shape Our Decisions. Canada: Ed Harper-Collins, 2008, 247p.

BARROS, Denise Cavalcante de; LAGO, Regina Ferro do; RIBEIRO, Denis Fernandes da Silva; LOPES, Desirée Hernandes Barros; GOMES, Gustavo Graça; CARDOSO, Nathália de Moura Zille; SANTOS, Nilson Marlon da Silva dos; ROCHA, Stephanie Moura Barbosa Valéria Alves. Os casos complexos na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. In: Carvalho, Maria Alice Pessanha de; Teixeira, Mirna Barros; Lago, Regina Ferro do; Barros, Denise Cavalcante de; Brandão, Ana Laura. De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. Disponível em: [De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf](#). Acesso em 28 de dezembro de 2024.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

ELLERY, Ana Ecilda Lima. Interprofissionalidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. EnSiQlopedia das residências em saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antônio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis 23 (2) • Jun 2013 • Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>. Acesso em 29 de dezembro de 2024.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev saúde pública. 2001;35(1):103-9.

TEIXEIRA, M.B. CARVALHO, M.A.P., CECCIM, R. O seu olhar melhora o meu: a interface entre o trabalho em equipe e os desafios da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. In: De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020, v.1, p. 173-198. Disponível em [De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf](#). Acesso em 28 de dezembro de 2024.

módulo
02



O QUE É SER **PRECEPTOR?**

Autores:

Cesar Luiz Silva Junior

Gabriela Moço Azevedo

Marianne de Lira Maia

Mariza Gandolfi Pinto

Michelle Adrienne da Costa de Jesus

Pâmela George

A preceptoria nos ‘Programas de Residência com ênfase na Atenção Primária à Saúde do SUS’ assume importância estratégica no processo de formação de profissionais comprometidos com os princípios e as diretrizes do sistema.

Nesse contexto, a atuação do preceptor deve assumir a construção de aprendizados que promovam o atendimento humanizado, a resolução de problemas complexos e o desenvolvimento de práticas aliadas às reais necessidades do território, por exemplo.

Além disso, apresenta atuação essencial para a formação de competências multi e interprofissionais, para a construção de uma postura crítico-reflexiva e para o fortalecimento de uma abordagem colaborativa no processo de trabalho. A interação entre residentes e preceptores na APS exige que as práticas de cuidado não sejam abordadas apenas sob uma ótica clínica ou técnica, mas também considerando as dimensões sociais, políticas e econômicas do contexto.

Diante da complexidade deste processo de ensino-aprendizagem, este capítulo apresenta as principais atribuições do preceptor, destacando sua importância em programas de residência com ênfase em APS, os principais desafios identificados no exercício da preceptoria e as potencialidades de estratégias de formação e qualificação de preceptores.

2.1 A experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

A Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), se destaca como o primeiro documento normativo a definir os atores que desempenham ações de ensino-aprendizagem junto aos residentes nos serviços, que inclui os preceptores.

Na realidade da Atenção Primária à Saúde, esses profissionais precisam ordenar suas práti-

cas às necessidades do serviço e do território, que se transformam e se reformam a partir das variadas relações que nelas são estabelecidas. Deste modo, contribuem tanto para a melhoria da saúde nos territórios em que atuam, quanto para a concepção de uma organização dos serviços que oriente práticas de cuidado em saúde, que sejam promotoras de cidadania, de autonomia dos usuários e auxiliares na gestão, reorientando os processos de trabalho.

A partir disso, como você define o que é ser preceptor?

Vídeo 05

Preceptoria em saúde: o que é ser preceptor



<https://youtu.be/fZZGdSB4ui0>



Principais atribuições do preceptor

O exercício da preceptoria é complexo e exige do profissional uma importante capacidade de mediação, conhecimento técnico-científico, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação para poder ajudar o residente a (re) construir o seu saber profissional a partir das singularidades e especificidades das situações vivenciadas no campo de prática (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

O preceptor deve atuar como mediador no processo de aprendizagem e, para isso, precisa mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir tal processo, pois não basta dominar o conhecimento especializado do conteúdo ou de uma prática, é essencial saber ensinar de forma a ser compreendido, incentivar o repensar da prática, a comunicação e o compartilhamento de ideias, o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado e promover a educação permanente nos espaços do trabalho em saúde (RIBEIRO; PRADO, 2014).

Diante disso, espera-se dos profissionais em exercício na preceptoria a capacidade de promover, dentro de suas funções de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento de competências cognitivas, motoras e éticas nos residentes.

Conforme as diretrizes da Política de Educação Permanente, deve-se buscar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir de discussões e problematizações cotidianas acerca dos processos de trabalho, possibilitando pactos e acordos coletivos de trabalho na Atenção Primária do SUS, tendo as equipes multiprofissionais como peça-chave (BRASIL, 2009).

Atribuições dos preceptores de acordo com o Regimento Interno do PRMSF

I. Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) (quando houver), o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III. Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração (quando houver), as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário (e quando houver);

VII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

VIII. Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

IX. Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

X. Acompanhar e informar mensalmente a frequência dos alunos nos campos de prática

Fonte: Regimento Interno do PRMSF (ENSP/Fiocruz, 2010).

Em resumo, o profissional preceptor precisa ter domínio não somente do conhecimento clínico, mas também reforçar o importante papel de assumir uma dimensão pedagógica para os residentes. É notório que, quando as atividades são planejadas, discutidas e executadas de maneira coletiva, o processo de preceptoria se torna menos exaustivo e solitário, mais saudável, com maior capacidade de intervenção, mais democrático e promotor de autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras.

Afinal, Preceptor ou Equipe Preceptora?

Acredita-se que o investimento da preceptoria não deva estar restrito apenas à figura de um profissional do serviço e, portanto, recomenda-se a proposta da preceptoria de campo ser realizada por um conjunto de preceptores e não por um único preceptor. Tal proposta se baseia no fato de que uma equipe multiprofissional de residentes é composta por diversas categorias profissionais, sendo imprescindível que os pro-

fissionais da equipe e demais profissionais da unidade possam trabalhar de forma coletiva no processo de formação dos residentes, e também, não menos importante, aprender com os mesmos.

Considerando uma equipe preceptora, recomenda-se a seleção de um profissional do serviço para que exerça a função como representante dos demais profissionais da equipe da unidade em que os residentes estão inseridos. Torna-se fundamental destacar a ideia de efetivar a formação de toda a equipe preceptora envolvida no processo de formação dos residentes, reforçando a multiprofissionalidade e interprofissionalidade.

Na sua opinião, como a equipe preceptora pode promover a produção da relação e da intersecção de olhares, saberes e cuidados dos residentes de uma equipe multiprofissional?

Utilize o espaço para construir e registrar sua resposta.

Agora, convidamos você a fazer uma reflexão sobre sua resposta a partir do podcast.

Vídeo 06

No contexto da APS, quais são as principais habilidades e competências que os residentes devem desenvolver ao longo do seu processo de formação?



<https://youtu.be/G4lkZZMbHjA>



Espera-se que a relação entre preceptor e residente seja horizontal, capaz de estimular o ato de pensar de forma crítica e de construir soluções coletivas a partir das vivências no campo da prática.

Assim, reconhecer o papel do preceptor como mediador de um processo de ensino-aprendizagem significa colocá-lo no espaço das inter-relações entre residentes, usuários, gestores e demais membros da unidade (CARVALHO; FAGUNDES, 2008). A relação entre preceptores e residentes tende a enfrentar dificuldades não vivenciadas em outros espaços e reforça o caráter permanentemente coprodutivo e inovador deste processo (BARRETO et al., 2011).

Alguns desafios no exercício da preceptoria

É inegável a complexidade posta aos profissionais que desenvolvem a preceptoria no que tange ao desenvolvimento profissional dos residentes e a formação social, cultural e histórica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Diante do que vimos até aqui, é possível pensar em possíveis desafios no exercício da preceptoria. Elencamos a seguir alguns exemplos principais considerando os diferentes momentos de prática no curso da residência.

No caso de residentes no primeiro ano de prática, os profissionais precisam criar estratégias para administrar as diversas demandas do serviço, estar atentos aos riscos de sobrecarga de cada residente da equipe e agir de maneira coletiva e/ou individual para solucionar possíveis tensões, a fim de que a vivência no campo seja mais saudável.

Considera-se de fundamental importância promover espaços de diálogo com os profissionais da equipe preceptora, criando e recriando pactuações acerca das demandas, que podem ser desenvolvidas com os residentes. Afinal, é requerido da prática docente, junto aos residentes, o pensamento crítico-reflexivo sobre os processos de trabalho que possam ser transformadores da cultura institucional nos serviços. Acredita-se que, dessa forma, ao problematizar de forma coletiva o contexto de desenvolvimento do aprendizado, também se problematiza o contexto do trabalho.

No caso de residentes no segundo ano de prática, quando já estão familiarizados com seus cenários de prática, os casos e o território, ocorre de, às vezes, os profissionais da unidade considerarem os residentes como contratados pelo serviço, esquecendo-se da dimensão formadora a que os residentes estão submetidos. Ressalta-se que haver aumento na demanda e na complexidade dos casos acompanhados pelos residentes no segundo ano é normal e desejável, mas existem limites que precisam ser respeitados pela equipe e garantidos pelo profissional preceptor.

Preparamos um relato de caso que, por muitas vezes, é identificado nos cenários de prática nas clínicas da família ou unidades básicas de saúde.

Esse relato de caso visa apresentar uma experiência vivida em uma unidade de estratégia da Saúde da Família como preceptora de uma equipe de sete residentes multiprofissionais em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Esse caso aborda a aproximação entre teoria e prática visando a formação de profissionais integrados ao serviço, que desenvolvam suas competências e habilidades em suas categorias de formação profissional.

Relato de caso de uma enfermeira preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ

Relato de caso: “Começo essa reflexão discorrendo sobre a potência de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família para o Sistema Único de Saúde (SUS) trazendo o relato de caso de um usuário, que denominaremos de N. que até o momento do primeiro contato com a residência permanecia anônimo para equipe de saúde da família a qual está vinculado e cadastrado.

Caso do Usuário N., masculino, 79 anos, tabagista e portador de transtorno mental, com CID devidamente registrado no prontuário, que foi trazido por uma vizinha durante o seu acolhimento feito por um residente na Clínica da Família. Uma vizinha relatou o estado que o usuário para a equipe de Saúde da Família, que prontamente acolheu a usuária e agendou uma visita domiciliar para o idoso. Ao chegarem na residência do N., encontraram o idoso em situação de negligência.

A casa não possuía banheiro e o idoso fazia suas necessidades no chão, também não havia janelas, havia apenas o espaço aberto, o idoso dormia em meio as fezes e muito lixo pelo pequeno quarto, os familiares também não o visitavam demonstrando extrema fragilidade familiar, quem alimentava o idoso era a vizinha. Diante daquele cenário, a equipe chamou vago zero devido a avaliação dos sinais vitais que apresentavam alteração; o usuário foi avaliado na emergência e liberado. Após o episódio, a equipe de residentes passou a fazer visitas duas vezes na semana ao usuário, iniciaram a busca pela família do usuário para corresponsabilização do cuidado. Encontraram uma irmã que relatou que o idoso era muito difícil de lidar e por esse motivo se afastaram dele, a equipe então iniciou um projeto de orientação à família e um processo de auxílio no cuidado direto com o paciente, limpeza da casa, banho, corte de cabelo,

criaram uma rede de apoio com uma irmã que conseguiram sensibilizar e os vizinhos.

Além disso, a casa foi toda reformada, os familiares construíram um banheiro, colocaram janelas e portas no quarto e a partir daí a irmã começou a trazê-lo às consultas na Clínica da Família. Após todas essas ações realizadas, o usuário N. está com sua condição de saúde acompanhada, vivendo em uma condição digna de saúde, sendo cuidado por seus familiares. Em uma das últimas visitas que fizemos ao usuário, fizemos uma festa de aniversário e ele demonstrou grande felicidade. Nós compartilhamos vários outros casos de sucesso, porém destaquei apenas esse relato pois além de ser um dos primeiros casos, foi o que mais impactou positivamente a equipe de saúde da família em conjunto com a atuação dos residentes.”

Diante do relato apresentado fica evidente o quanto a equipe de residentes multiprofissionais, por meio de um olhar ampliado teve extrema relevância no cuidado desse usuário em situação de extrema vulnerabilidade social, evidenciando assim a potência do olhar multiprofissional no cuidado. Portanto, fica evidente que o trabalho de residência tem um grande potencial para o sistema único de saúde SUS, contribuindo para o cuidado integral da população e para tornar toda a potência do cuidado da APS em transformar vidas das pessoas que estão sob sua responsabilidade sanitária.

Relato de caso da Enfermeira Vania Mara Simas Farias, Clínica da Família Fiorella Raymundo, Município do Rio de Janeiro – 26/03/2024.

Enquanto preceptor da equipe de saúde da família, quais outras estratégias você utilizaria? Segundo esse caso relatado, você considera que somente o setor saúde consegue resolver os casos complexos?

Utilize o espaço a seguir para apresentar essas estratégias e sua reflexão sobre o caso.

É preciso destacar que os exemplos apresentados são situações que acontecem normalmente de forma silenciosa, e conseguir percebê-las não é tarefa fácil para os preceptores. A construção de estratégias de comunicação e diálogo tornam-se fundamentais!

Um residente que pratica o uso de ferramentas como diário de campo e recebe feedback a partir de um espaço seguro de diálogo com discussão e orientação do preceptor, tende a experimentar uma prática formativa mais significativa, adaptativa e até inovadora.

Em síntese, recomenda-se que os casos percebidos sejam tratados pelo próprio preceptor que deve acolher, escutar, conversar e discutir com os residentes e demais profissionais da unidade, a fim de se pensar coletivamente sobre os significados e os nós críticos dessa vivência. Enfatiza-se que não se faz aqui uma defesa à ação drástica do preceptor sobre o campo e as relações de trabalho, mas sim, uma intervenção, possibilitando escuta junto ao trabalhador, e, se for cabível, mediar o diálogo entre as partes (residentes e profissionais da unidade), promovendo, sempre que possível, repactuações para que as relações interpessoais no campo melhorem.

DICA!

A formação de preceptores torna-se fundamental no âmbito dos Programas de Residência, com vistas a capacitar os profissionais do serviço para exercício da preceptoria com ênfase na perspectiva pedagógica, para além da mera transmissão de conhecimentos. Neste sentido, recomenda-se a realização de Oficina de Preceptoria enquanto ferramenta importante para a formação em serviço dos preceptores.

Oficina de Preceptoria

O preceptor é compreendido como professor, orientador, facilitador e condutor do processo de aprendizagem; cabe a ele a responsabilidade de gerar dúvidas, estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades que articulem a formação e o exercício do trabalho. Para os atores desse processo, a formação humana é intencional e não se esgota na ação de um sujeito sobre o outro, sequer no ato de ensinar, já que ninguém – por mais preparado que esteja – é capaz de educar o outro, de supri-lo daquilo que lhe falta ou daquilo que precisa para a sua plena formação.

Esta Oficina, também, parte da premissa de que o currículo é vivo, em processo de construção permanente, com importante grau de experimentação, em um contexto de práticas em transformação e de parceria entre o ensino, o serviço e a comunidade.

Objetivo geral:

- *Promover a indução à reflexão, à síntese, à análise e à aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção de competências para a preceptoria, por meio do estímulo ao permanente raciocínio crítico, seja para questões individuais ou coletivas, tomando-se por base a Metodologia Problematizadora da relação entre trabalho e formação do residente.*

Objetivos específicos:

- *Promover a formação pedagógica da equipe preceptora, considerando diferentes categorias profissionais;*
- *Possibilitar a vivência da metodologia da problematização;*
- *Estimular o uso de abordagens educativas centradas no sujeito aprendiz e em sua realidade;*
- *Analisar as práticas pedagógicas utilizadas possibilitando mudanças na relação educativa dominante;*
- *Discutir e reconstruir o conceito de preceptoria;*
- *Problematizar o papel pedagógico e as competências do preceptor.*

Vídeo 07

Saiba Mais



<https://www.youtube.com/watch?v=YcU8NNp5cK4>



Fonte: Elaboração própria, 2024.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Vitor Hugo Lima; MONTEIR, Regina Onezifora da Silva; MAGALHÃES, Gustavo Sérgio de Godoy; ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre de; SOUZA Lara Neves Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, 2011. p. 578-583. Disponível em SciELO Brasil – Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Acesso em: 28 de dezembro de 2024.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; FAGUNDES, Norma Carapiá. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 9, n. 2, abr./jun.2008. p. 98-105. Disponível em A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem | Rev Rene. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

RIBEIRO, Kátia Regina Barros; PRADO, Marta Lenise do. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 4, 2013. p. 161-165. Disponível em A PRÁTICA EDUCATIVA DOS PRECEPTORES NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM ESTUDO DE REFLEXÃO | Revista Gaúcha de Enfermagem. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

MONTENEGRO, Luiz; BEZERRA, Tiago. Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação. In: Carvalho, MAP (org.) et al. De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família – 1. ed. Porto Alegre: *Rede Unida*, 2020. p. 139-172. Disponível em De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

2.2 A experiência do Programa de Residência em Enfermagem da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro (PREFC/SMS-RIO)

A Residência de Enfermagem é considerada uma pós-graduação lato sensu designada para enfermeiros e configurada para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e éticas no âmbito da formação em serviço nas instituições de saúde. Neste sentido, a qualificação destes profissionais deverá percorrer por conteúdos assistencial, administrativo, educativo e de investigação científica, no intuito de qualificar suas práticas e garantir excelência nos serviços prestados à população (COFEN, 2001).

Nesta perspectiva, a preceptoria na saúde é pensada como espaço de ensino-aprendizagem pelo fato de efetivar-se por meio da relação educando-educador, construída no diálogo e na oportunidade de ampliação de conhecimentos já apreendidos (ANTUNES, DAHER E FERRARI, 2017).

A preceptoria no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade tem importância fundamental no processo de ensino e aprendizagem, possibilitando o contato do residente com a prática no SUS, de modo que as atividades educacionais possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção, supervisionadas pela equipe de preceptores da rede de assistência em saúde (SOUSA e FERREIRA, 2019).

A equipe de preceptores da unidade docente-assistencial é responsável por organizar, acompanhar e supervisionar as atividades dos residentes nas dependências das unidades da SMS-Rio ou em outros locais onde as atividades relacionadas à instituição sejam realizadas, tais como: escolas, creches, unidades da gestão, território, entre outros. Ao preceptor cabe assumir as atividades assistenciais do residente na ausência do mesmo, considerando a exigência do cenário (RIO DE JANEIRO, 2022).

O preceptor pode auxiliar na reflexão da necessidade de rompimento de um modelo educacional onde a racionalidade biomédica valoriza aspectos biológicos em detrimento de aspectos psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros. Conectando a determinação social com o conceito ampliado de saúde (Gandolfi, 2019).

Em pesquisa realizada com os preceptores do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) da SMS Rio, foi identificadas algumas expertises teóricas e práticas e que essas se tornam elemento essencial para o exercício da preceptoria como, ter didática para compartilhar o conhecimento, ter habilidade para o gerenciamento de conflitos, postura ética, problematizadora e que valorize a enfermagem (JESUS, et al 2023).

Diante das crenças e valores, é importante que o preceptor reconheça a importância em respeitar e aprender com as diferenças, e não impor sua realidade e, dessa forma, construir saberes a partir da desconstrução e respeitando a diversidade (JESUS, et al 2023).

Ainda nesse contexto de competências, o olhar ampliado/integral do usuário e a visão global do território são características identificadas no preceptor, que a partir desse paradigma irá estimular o residente quanto à habilidade de compreender que o indivíduo está inserido numa família e, conseqüentemente, dentro de uma comunidade, e o quanto todo o contexto acaba influenciando no processo saúde-doença (AZEVEDO, 2023).

Muitos são os desafios que, ao se tornar preceptor, é preciso enfrentar e aprender, buscando soluções no seu cotidiano para superar as fragilidades encontradas. A prática cotidiana da preceptoria é compreendida como a possibilidade de qualificação para o próprio preceptor, fato este que tem propiciado mudanças na prática dos mesmos, proporcionando que a rede conte com profissionais mais qualificados para atuação no SUS (AZEVEDO, 2023).

Ser preceptor não é uma função fácil, pois não envolve apenas o saber ensinar, mas, sim, saber lidar com as relações humanas e suas dificuldades do dia a dia, precisamos ser acolhedores, humildes, mediadores e responsáveis com a formação de novos profissionais que desenvolveram habilidades do ser enfermeiros especialistas na Atenção Primária.

A contribuição dos preceptores está no direcionamento, na força e na potência para àqueles que são colocados como formadores. A prática dos residentes, apoiados por um preceptor, parece ser um elemento de potência para o desenvolvimento de formação e maturidade profissionais na enfermagem de saúde da família e comunidade. Especialmente, por oferecer experiência vivencial em espaço protegido para discussões sobre a atuação na estratégia de saúde da família.

REFERÊNCIAS:

ANTUNES, Juliane de Macedo; DAHER, Donizete Vago; FERRARI, Maria Fernanda Muniz. Preceptoría como locus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 3741-3748, out. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em (PDF) Preceptoría como locus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento | Donizete Daher – Academia.edu. Acesso em 28 de dezembro 2023.

AZEVEDO, G. M., SOUZA, Ândrea C., LUCIETTO, D. A., CORDEIRO, M. dos S., FIGUEIREDO, E. B. L., & PAQUIELA, E. O. de A. (2024). Preceptorship and education in Family Health Nursing residency. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 17(2), e5157. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-118>. Acesso em: 16 Jan. 2024

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução N.º 259, de 3 abr 2001. Estabelece padrões mínimos para registro de enfermeiro especialista, na modalidade de residência em enfermagem. Brasília: CFB, 2001. Disponível em RESOLUÇÃO COFEN N.º 259/2001 – REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN N.º 459/2014 | Cofen. Acesso em 28 de dezembro.

GANDOLFI, Mariza. Ser enfermeiro de família e comunidade no município do Rio de Janeiro: processo de trabalho e Competências na Estratégia Saúde da Família. / Mariza Gandolfi. – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, 2019.

JESUS, M. A. C et al. O que é ser preceptor de enfermagem, no âmbito da Atenção Primária em Saúde? CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, v. 16, n. 12, p. 29435-29444, 2023. Disponível: <<https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-025>>. Acesso em 16 jan 2024.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. Programa de Residência em Enfermagem de família e Comunidade (PREFC). Manual do Residente. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. 56p.

SOUZA, Sanay Vitorino de; FERREIRA, Beatriz Jansean. Preceptoría: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. ABCS Health Sci. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 2019.

módulo 03



FORMAÇÃO DE PRECEPTORES: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP/FIOCRUZ) E UNIPROFISSIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RIO)

Autoras:

Ana Laura Brandão
Jacqueline Carvalho
Mirna Barros Teixeira

A formação de preceptores em residências multi e uniprofissionais em saúde é um processo essencial para garantir a qualidade da educação e da prática profissional no SUS. Esses programas de formação são fundamentais para o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais, que apoiem esta relação preceptores e residentes, preparando-os para enfrentar os desafios do ambiente de trabalho em saúde.

Vários desafios estão colocados cotidianamente como a carga de trabalho e a diversidade de perfis profissionais e recursos limitados. Assim, para superação de tais desafios se faz necessário atividades de formação coerente, e que promovam a integração entre teoria e prática, por meio de atividades práticas. Incentivar a reflexão crítica sobre as experiências práticas pode ajudar os preceptores a apoiarem os residentes na consolidação de seus aprendizados.

Superar esses desafios exige ainda um esforço conjunto de instituições de ensino, gestores de saúde e os próprios preceptores. Com o apoio adequado e estratégias bem planejadas, é possível criar um ambiente de aprendizado enriquecedor e eficaz.

Neste módulo teremos a apresentação das experiências e estratégias pedagógicas utilizadas na formação de preceptores de programas de residências uni e multiprofissional na Atenção Primária.

3.1 A experiência da Oficina de Preceptoría no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz)

Anualmente o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da ENSP, Fiocruz realiza para a formação de preceptores, uma oficina, que tem como objetivo ajudar na qualificação da atividade de preceptoría na Atenção Primária e, em especial,

na Estratégia Saúde da Família desenvolvida não só no âmbito do programa, como também para outros profissionais que atuam nas Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro. Já foram realizadas ao todo onze oficinas de preceptoría desde a criação deste programa.

A oficina tem como público-alvo: preceptores que já estão atuando com os R2 e os novos preceptores que irão receber os novos residentes R1; além de profissionais das equipes de saúde da família e equipe eMulti, gerentes das Clínicas da Família e coordenadores das Coordenações de Áreas Programáticas da SMS Rio.

A oficina de preceptoria tem como objetivo geral promover a reflexão, a síntese, a análise e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção de competências para a preceptoria, por meio do estímulo ao permanente raciocínio crítico, seja para questões individuais ou coletivas, tomando-se por base a metodologia problematizadora da relação entre trabalho e formação do residente.

Dentre os objetivos específicos podem ser destacados: promover a formação pedagógica da equipe de preceptores que atuam no programa de residência; possibilitar a vivência da metodologia da problematização; estimular o uso de abordagens educativas centradas no sujeito aprendiz e em sua realidade; analisar as práticas pedagógicas utilizadas, possibilitando mudanças na relação educativa dominante; discutir e reconstruir o conceito de preceptoria de forma coletiva e, por fim, problematizar o papel pedagógico e as competências do preceptor.

A oficina emprega metodologias ativas envolvendo trabalhos em pequenos grupos, exposição dialogada e plenárias de apresentação coletivas. A seguir apresentamos como dividimos essa oficina em dois dias de trabalho intenso.

No primeiro dia há uma dinâmica de apresentação dos participantes para integração, para isso pode-se utilizar disparadores como imagens onde cada um escolhe uma imagem e se apresenta para o grupo a partir da imagem escolhida. Depois a coordenação do programa realiza uma exposição dialogada sobre o funcionamento e organização do programa, tendo em vista que cada programa de residência tem uma forma de funcionamento muito específica.

Logo após, é desenvolvida uma atividade para discutir a articulação do trabalho da tutoria de campo e preceptoria e a construção da semana padrão do residente. Ainda

nesse primeiro dia, no período da tarde, tem a atividade de grupo para discutir a “análise das potencialidades, desafios e estratégias para a preceptoria”. Essa atividade é realizada em pequenos grupos que constroem em um painel da preceptoria em tarjetas coloridas (3 cores diferentes) as potencialidades, desafios e estratégias da preceptoria. Depois cada pequeno grupo apresenta esse painel em plenária para todos os participantes colaborarem.

No segundo dia da oficina de preceptoria, na parte da manhã, é feita uma exposição dialogada sobre a temática da “Multi e interprofissionalidade” e como isso é trabalhado no âmbito do programa de residência. Nesse mesmo turno é realizada a atividade da semana padrão onde cada grupo irá construir uma proposta de desenvolvimento da semana padrão (essa atividade está detalhada no item SEMANA PADRÃO deste ebook).

Logo após, os preceptores fazem a atividade de “Elaboração da dinâmica de avaliação” para discutir a partir das fichas de avaliação do programa, qual é a melhor metodologia e periodicidade de avaliação dos residentes pelos preceptores e dos preceptores pelos residentes. Isso permite uma pactuação coletiva da avaliação e a troca de experiências entre os preceptores, ou seja, aqueles que já estão atuando com os R2 e os novos preceptores que irão receber os R1.

Cabe destacar que a avaliação é uma atividade realizada mensalmente onde, tanto tutores quanto preceptores, realizam avaliação mensal dos residentes e as suas próprias autoavaliações. Todas essas atividades requerem não apenas disponibilidade significativa de tempo, como demandam investimento intelectual e energia emocional, visto que responsabilizar-se pela formação em campo dos residentes, estar atento às diferentes dinâmicas do grupo de residentes, bem como perceber como, quando, onde e de que forma, devem-se tomar determinadas decisões, é algo efetivamente desafiador.

A seguir está um exemplo de Programação dessa Oficina de Preceptoría do Programa RMSF da ENSP Fiocruz, considerando as atividades e as estratégias metodológicas desenvolvidas.

Quadro 3: Atividades e estratégias metodológicas desenvolvidas na oficina de preceptoría.

Atividades	Estratégias Metodológicas desenvolvidas
Apresentação do Programa da Residência pela Coordenação do Programa	Exposição dialogada
Articulação do trabalho da tutoria de campo e preceptoría. Apresentação realizada pela tutora de campo sobre aspectos teóricos- conceituais e práticos do exercício das funções mencionadas	Apresentação de ferramentas de trabalho
Discussão da organização dos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde utilizando a ferramenta de construção de semana padrão	Apresentação de modelo de Planilha de semana padrão
Análise das potencialidades, desafios e estratégias para a preceptoría em residência multiprofissional em saúde da família	1. Leitura dirigida em grupo sobre o tema de preceptoría em residência multiprofissional em saúde da família; 2. Debate sobre os principais pontos presentes na literatura lida; 3. Construção coletiva de painel da preceptoría, contendo desafios, potencialidades e estratégias a serem desenvolvidas, com base no debate realizado com uso de tarjetas de papel coloridas; 4. Apresentação dos painéis em plenária. Cabe destacar que os painéis construídos nesta ocasião, são depois utilizados pelos preceptores nos cenários de prática, como ferramenta de apoio ao trabalho da preceptoría junto aos residentes.
Abordagem do tema da Multiprofissionalidade e interprofissionalidade no trabalho em saúde	Exposição dialogada
Elaboração da agenda padrão por cenário de prática	1. Trabalho em grupo: elaboração por cenário de prática para a construção da semana padrão a ser pactuada com os residentes, logo que as atividades em cenários de prática sejam iniciadas. 2. Apresentação em Plenária: cada grupo apresenta a agenda padrão construída seguido de debate.
Dinâmica de avaliação dos residentes e preceptores (periodicidade; método)	Apresentação do material de apoio a avaliação (ficha de avaliação dos residentes e preceptores do programa RMSF da ENSP) e discussão sobre o material englobando desde a periodicidade até a metodologia de aplicação. Cabe destacar que a semana padrão elaborada nesta oficina é depois utilizada pelos preceptores nos cenários de prática, como ferramenta de apoio ao trabalho da preceptoría junto aos residentes.
Avaliação da oficina	Construção coletiva entre os participantes sobre os pontos que foram considerados: bons, sobre os que podem ser melhorados e recomendações para uma próxima oficina.

Fonte: Instrumentos internos da coordenação do Programa de PRMSF da ENSP – Fiocruz, 2024. Elaborados por Mirna Teixeira, Ana Laura Brandão, Patrícia Pássaro da Silva Toledo, Lidia Oliveira, Cesar Silva e Alessandra Mattos.

No final dessa oficina de preceptoria, é realizada uma roda de conversa sobre avaliação, pelos participantes, onde escrevem em tarjetas o que foi bom, o que não gostaram e o que propõem para as próximas edições. “Que bom, que pena e que tal”. Cada um escreve na sua tarjeta e apresenta no coletivo. A seguir temos o resultado em nuvem de palavras da XI Oficina de preceptoria:

Sobre o que foi bom, tivemos a avaliação de que a oficina promoveu um bom diálogo, com compartilhamento de ideais e práticas gerando oportunidades de aprendizagem e aquisição de novos conhecimentos para os atores participantes, conforme figura ao lado:

Figura 1: Nuvem de palavras da avaliação do que foi positivo, ou seja, “que bom”.



Fonte: Instrumentos internos da coordenação do Programa de PRMSF da ENSP – Fiocruz, 2024. Elaborados por Mirna Teixeira, Ana Laura Brandão, Patrícia Pássaro da Silva Toledo, Lidia Oliveira, Cesar Silva e Alessandra Mattos.

Já sobre o que foi poderia ter sido melhor, ou seja, o “que pena”, os participantes avaliaram que poderia ter tido mais tempo de oficina, no entanto, cabe ressaltar que já fizemos essa oficina com duração de 5 dias, mas que tivemos dificuldades de adesão, tendo em vista a liberação dos profissionais do trabalho. Assim diante disso, resolvemos nas últimas três edições dessa oficina fazer concentrado em dois dias. Segue a nuvem de palavras ao lado:

Figura 2: Nuvem de palavras da avaliação do que poderia ter sido melhor, ou seja, “que pena”.

RÁPIDO
BLOCO CONTEÚDO
ACABOU
MULTI AVALIAÇÃO

Fonte: Informações da avaliação obtidas na XI Oficina de Preceptoría do PRMSF/ENSP em 2024.

E por fim, a avaliação sobre as proposições, ideias para as próximas oficinas, ou seja, o “que tal”, os participantes avaliaram que poderiam ser mais frequentes esses encontros ao longo da formação. Sugeriram que residentes egressos do programa pudessem participar e que tivessem apoio pedagógico com mais frequência. Cabe ressaltar, que além dessa oficina de imersão, são realizados encontros de educação permanente com os preceptores, bimensalmente, para discutirem temas estratégicos, acompanhamento dos residentes e compartilhamento de desafios e potencialidades da preceptoria. Segue a nuvem de palavras ao lado:

Figura 3: Nuvem de palavras da avaliação de estratégias para as próximas oficinas, ou seja, “que tal”.



Fonte: Informações da avaliação obtidas na XI Oficina de Preceptoria do PRMSF/ENSP em 2024.

REFERÊNCIAS:

Montenegro, Luiz; Bezerra, Tiago. Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação. In: Carvalho, MAP (org.) et al. De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família – 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 139-172. Disponível em De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

TEIXEIRA, Mirna; BRANDÃO, Ana Laura; CASANOVA, Ângela; MATTOS Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de; CALICCHIO Renata Ruiz. Construção Compartilhada e Cogestão dos Processos Formativos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. In: CARVALHO, MAP (org.) et al. De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família – 1. ed. -- Porto Alegre:

Rede Unida, 2020. Disponível em: De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Manual de preceptoria multiprofissional na área da saúde: uma abordagem teórico-prática / Organizadoras: Alessandra Tavares Francisco Fernandes et al. – Porto Alegre: 2023. 244 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu). 22 (suppl.2), p.1739-1749, 2018. Disponível em SciELO Brasil – Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

3.2 A experiência da Oficina de Preceptoria Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC/SMS-Rio)

Um dos propósitos do Sistema Único de Saúde (SUS) é organizar o desenvolvimento de recursos humanos no setor da saúde (Brasil, 1990).

Como iniciativa governamental, o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFRS), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.59 de 15 de julho de 2021, visa valorizar e aprimorar os residentes, o corpo docente-assistencial e os gestores de Programas de Residência em Saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Este plano propõe-se a alcançar tais objetivos por meio de oportunidades educacionais, reforço da integração ensino-serviço e suporte institucional (Brasil, 2017).

Nesse contexto, desde 2015, o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) tem atuado no contexto

da Atenção Primária à Saúde (APS) na Cidade do Rio de Janeiro. O programa opera em 24 unidades de saúde, incluindo Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF), onde oferece suporte técnico e operacional para a formação de enfermeiros especialistas na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para alcançar esses objetivos, o PREFC se concentra na formação e no aprimoramento das práticas de cuidado em serviço, contando com a essencial colaboração de enfermeiros preceptores, também conhecidos como docentes assistenciais (CARVALHO et al., 2023).

As competências requeridas para o exercício do processo de trabalho do preceptor nos serviços de saúde vão além do mero conhecimento científico. Elas englobam conhecimentos, habilidades e atitudes que não apenas formam cidadãos com valores humanistas, aptos a intervir solidariamente em uma sociedade complexa e em constante mudança, mas também qualificam o preceptor a detec-

tar oportunidades de aprendizado e situações de exposição. Essa capacidade transforma sua prática em uma importante oportunidade educativa para o residente (PAULA; TOASSI, 2021).

QUALIFICAPREFC: ESTRATÉGIAS PARA O APRIMORAMENTO DE CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES DOS PRECEPTORES

Em resposta a esse contexto, surgiu o Projeto Qualifica PREFC, destinado a apoiar esses profissionais no enfrentamento desses desafios. O projeto oferece ferramentas por meio de metodologias ativas, facilitando a adaptação às variadas demandas do processo de ensino-aprendizagem. O objetivo é assegurar que a experiência de aprendizado seja colaborativa e enriquecedora (CARVALHO et al., 2023).

Na implementação do projeto QualificaPRE-FC, foram elaboradas estratégias de conhecimento e aprendizagem para a qualificação dos preceptores de enfermagem de família e comunidade. Este processo resultou na criação de três eixos principais e quatro módulos específicos, conforme o quadro a seguir:

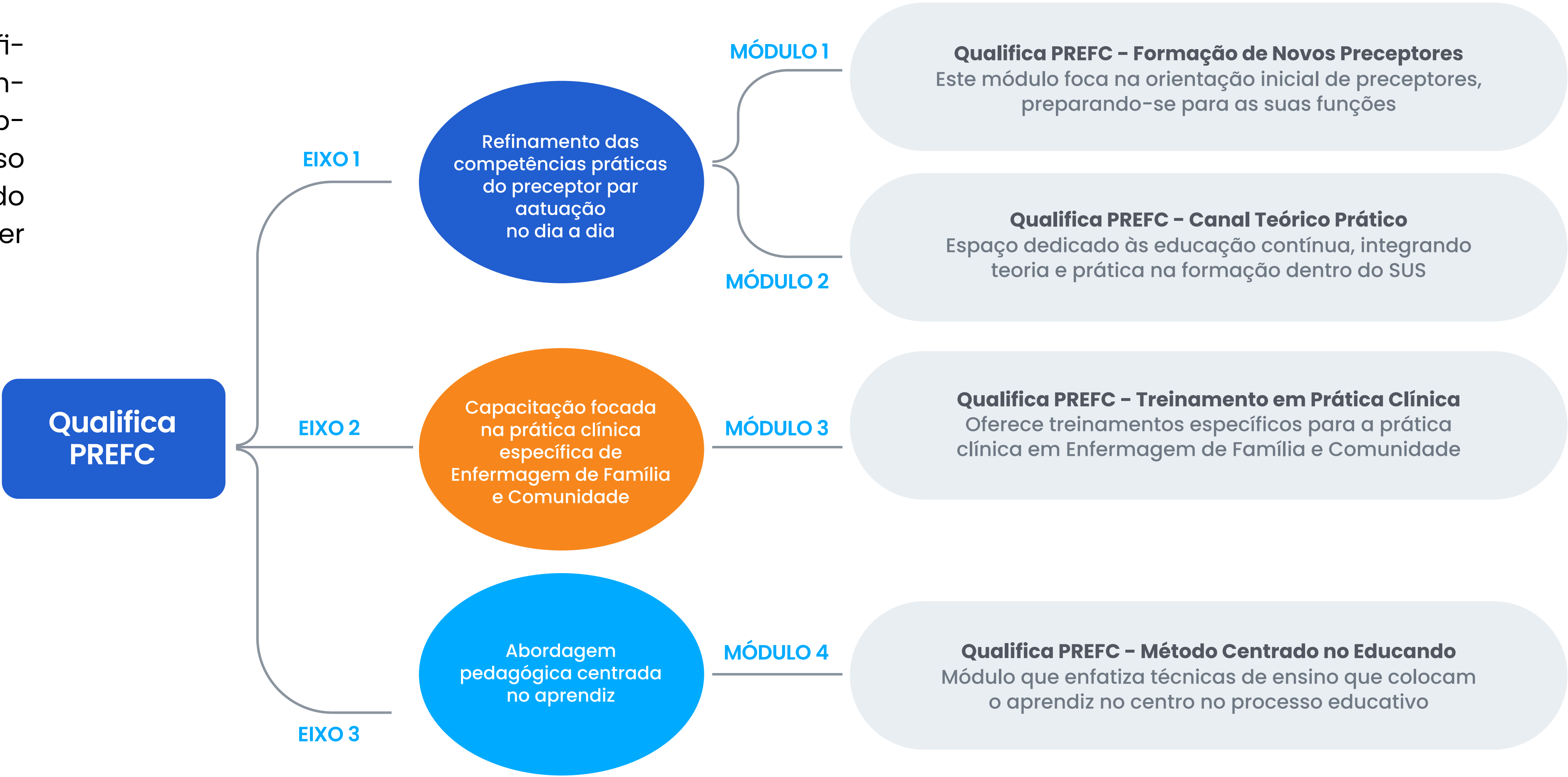
Quadro 4: Eixos de qualificação e módulos de formação do projeto QualificaPREFC

Eixos de qualificação e formação dos preceptores	Módulos
1. Refinamento das competências práticas do preceptor para atuação no dia a dia	1- Qualifica PREFC – Formação de Novos Preceptores: Este módulo foca na orientação inicial dos preceptores, preparando-os para suas funções.
	2- Qualifica PREFC – Canal Teórico Prático: Espaço dedicado à educação contínua, integrando teoria e prática na formação dentro do SUS.
2. Capacitação focada na prática clínica específica de Enfermagem de Família e Comunidade	3- Qualifica PREFC – Treinamento em Prática Clínica: Oferece treinamentos específicos para a prática clínica em Enfermagem de Família e Comunidade.
3. Abordagem pedagógica centrada no educando.	4- Qualifica PREFC – Método Centrado no Educando: Módulo que enfatiza técnicas de ensino que colocam o educando no centro do processo educativo.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os eixos e módulos do QualificaPREFC correlacionam-se entre si de acordo com seu objetivo e atuação no processo de formação e qualificação do preceptor, conforme pode ser visto na figura XX.

Figura 4 – Estrutura e Componentes do Projeto Qualifica PREFC.



Fonte: Adaptado pela Autora do Projeto de Pesquisa Qualifica PREFC 2023.

SABER, FAZER E SER – UM DESAFIO PARA A QUALIFICAÇÃO DOS DOCENTES ASSISTENCIAIS

Segundo Carvalho e colaboradores (2023), a estruturação das propostas para os módulos do QualificaPREFC foi guiada pelas experiências e feedbacks dos preceptores, considerando tanto suas avaliações do programa quanto suas autoavaliações. A partir dessas informações, foram identificados desafios significativos, que impactam a efetividade do ensino e da orientação:

1. Gestão do Tempo: a sobreposição de responsabilidades práticas frequentemente limita o tempo disponível para os preceptores orientarem e supervisionarem os residentes adequadamente.
2. Variedade de Habilidades e Conhecimentos: há uma diversidade no nível de habilidades e conhecimentos prévios entre residentes, o que amplia a complexidade da tarefa dos preceptores em ajustar suas metodologias de ensino de forma eficaz.

3. Expectativas dos Residentes: muitos residentes têm expectativas elevadas quanto ao conhecimento e capacidade dos preceptores de resolver todas as suas dúvidas, o que pode gerar pressão adicional.
4. Comunicação Eficaz: a importância de uma comunicação clara entre preceptores e residentes é crucial para um ambiente de aprendizado positivo. Desafios nesse aspecto exigem que os preceptores melhorem suas técnicas de feedback e adotem métodos como a comunicação não violenta.
5. Gerenciamento de Conflitos: o preceptor, muitas vezes, precisa atuar como mediador em situações de divergências de opiniões, seja entre ele e os residentes ou entre os próprios residentes.
6. Responsabilidades Adicionais: além das tarefas de orientação e supervisão, os preceptores enfrentam responsabilidades extras, que podem exigir um esforço considerável de tempo e energia.

Diante desse cenário, foram elencadas algumas metodologias ativas a serem trabalhadas nos módulos do QualificaPREF. Os preceptores foram estimulados a experimentar as metodologias ativas em suas práticas de ensino e a compartilhar suas experiências nos encontros seguintes. Os facilitadores também ofereceram apoio técnico e feedback aos preceptores em relação à aplicação das metodologias. O quadro a seguir, descreve a correlação entre as metodologias ativas e sua aplicação nos Eixos do QualificaPREFC.

Quadro 5: Metodologias ativas utilizadas nos Eixos do QualificaPREFC

Módulo do Qualifica	Metodologias Utilizadas	Justificativa
Refinamento das competências práticas do preceptor para atuação no dia a dia	Roda de conversa	Favorece o diálogo e troca de saberes
	Aula expositiva dialogada	Importante para uma comunicação mais técnica e teórica sobre determinado assunto. Sempre que possível, deve ser associada a outra metodologia.
	Sala de aula invertida	Favorece um maior debate, além de diminuir a unilateralidade do discurso
	Dramatização	Promove maior interação e fixação do conteúdo a partir de situações propostas
	Aprendizagem baseada em projetos	Favorece o trabalho colaborativo
Capacitação focada na prática clínica específica de Enfermagem de Família e Comunidade	Simulação realística	Fornece maior segurança ao participante ao simular um ambiente próximo à realidade desejada
	Prática supervisionada	Possibilitam relacionar a teoria e a prática diminuindo a fragmentação do conhecimento
	Técnica do aquário	Favorece um ambiente próprio ao debate e troca de saberes
Abordagem pedagógica centrada no educando	Estudo de caso	Promove troca de experiência na busca para resolução de problemas
	Debate	Desenvolvimento da habilidade argumentativa
	Relato de experiência	Compartilha conhecimentos adquiridos na prática, com o intuito de fornecer subsídios para aprimorar a assistência à saúde
	Produção audiovisual	Proporcionam uma prática de ensino mais atrativa e inovadora. Foram utilizadas vídeo aula narradas pelas Tutoras do PREFC e disponibilizadas na Plataforma Moodle do Programa.

Fonte: Adaptado pela autora de Carvalho *et al.*, 2023.

A identificação dos desafios enfrentados pelos preceptores no Programa de Residência permitiu moldar os módulos de formação, destacando a relevância da Educação Permanente para aprimorar o SUS. A adoção de metodologias ativas melhorou a integração e o engajamento dos preceptores, enriquecendo suas habilidades práticas e a reflexão crítica sobre suas práticas de ensino. Apesar disso, persistem desafios como a necessidade de mais recursos e a falta de familiaridade com essas técnicas. Há um chamado contínuo para superar essas barreiras e fomentar a utilização de metodologias ativas, visando uma formação mais eficiente e colaborativa.

Vídeo 08

Lembrando do papel estratégico do preceptor, como vocês desenvolvem dentro dos programas esse processo de formação da preceptoria?



<https://youtu.be/fZZGdSB4ui0>



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Presidência da República. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, n. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde, p. 18055, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, n. PORTARIA GM/MS No 1.598, DE 15 DE JULHO DE 2021, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1598_16_07_2021.html. Acesso em: 30 abr. 2024.

CARVALHO, Jacqueline Oliveira de; JESUS, Michelle Adrienne da Costa de; LOURENÇO, Letícia Vieira; TEIXEIRA, Carla Pacheco.

Estratégias de aprendizagem: o uso de metodologias ativas na formação e na qualificação de preceptores. Comunicação em Ciências da Saúde, [s. l.], v. 34, n. 02, 2023. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1512>. Acesso em: 30 abr. 2024.

PAULA, Gabriel Brasil de; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Papel e atribuições do preceptor na formação dos profissionais da saúde em cenários de aprendizagem do Sistema Único de Saúde. Saberes Plurais: Educação na Saúde, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 125–142, 2021.

módulo 04



INTEGRAÇÃO DA TEORIA E DA PRÁTICA NA ATUAÇÃO DA TUTORIA E DA PRECEPTORIA

Autoras:

Alessandra Mattos

Ana Laura Brandão

Edineia Lazzari

Gabriela Moço de Azevedo

Lídia Oliveira

Marianne de Lira Maia

Michelle Adrienne da Costa de Jesus

Patrícia Pássaro da Silva Toledo

4.1 Moldes da tutoria no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Autoras:

Alessandra Mattos

Ana Laura Brandão

Lídia Oliveira

Patrícia Pássaro da Silva Toledo

A função de tutoria é descrita pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) como “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, 03 (três) anos” (BRASIL, 2012).

A tutoria de núcleo profissional corresponde à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas relacionadas ao núcleo específico profissional, e à tutoria de campo de conhecimento, e tem como objetivo integrar saberes e práticas das diferentes profissões.

A presença do tutor de campo in loco junto com o preceptor, promovendo discussões sobre as práticas profissionais, articulando a vivência com os conteúdos teóricos, potencializa o processo de aprendizagem dos residentes assim como potencializa o desenvolvimento do processo de trabalho e ainda tem a possibilidade de reavivar os conhecimentos do preceptor, convidando-o para uma reflexão de sua própria práxis.

Dentre as atividades desempenhadas pelo tutor de campo do PRMSF da ENSP/FIOCRUZ está a realização de reuniões de tutoria de forma presencial, semanalmente para as turmas do primeiro ano e quinzenalmente para as turmas do segundo ano de residência. Neste momento, o preceptor pode refletir sobre o processo de trabalho de sua equipe, identificando as principais necessidades, sejam elas ligadas às questões de fluxo, organização ou até mesmo de educação permanente ou continuada, trazendo para o tutor e equipe de residentes questões que reverberam o cotidiano do serviço.

É de suma importância que o tutor de campo esteja atento e sensível às demandas dos preceptores, pois devido ao seu pertencimento ao programa de residência, pode sugerir conteúdos teóricos que abarquem necessidades da equipe, favorecendo a construção de um arcabouço teórico robusto para construção de estratégias e caminhos para a resolução ou manejo das problemáticas vivenciadas nos cenários de prática.

Diante disso, espera-se que os residentes construam com o preceptor em reunião de tutoria, estratégias estruturadas e com fundamentações científicas, como propostas de organização, fluxos, planos de ação e de monitoramento para atuar nas necessidades/problemas identificados da equipe onde estão inseridos, vislumbrando perspectivas de intervenção local.

Além disso, o tutor pode planejar atividades de educação permanente em saúde em sinergia com as demandas identificadas e, também, para outras temáticas ligadas ao

papel da preceptoria com os preceptores ou equipe preceptora.

Para além das discussões acadêmicas, os tutores em parceria com preceptores são atores fundamentais no processo formativo do residente, no que se refere aos aspectos relacionais, possibilitando melhores condições no trabalho cotidiano. Ambos podem desenvolver em parcerias estratégias, como por exemplo rodas de conversa, com os residentes e equipe, sobre alguns temas que podem favorecer o desenvolvimento dos processos de trabalho de forma articulada e reduzir conflitos.

Com o objetivo de articular a teoria com a prática, o PRMSF ENSP/FIOCRUZ criou a matriz de competência do programa de forma ampla, contendo a estrutura programática do cenário de prática. Esse modelo de matriz de competência para programas de residência multiprofissional em APS favorece o direcionamento da vivência do residente para o desenvolvimento das competências e habilida-

des almejadas pelo programa.

O cenário de prática é organizado de duas formas:

- Conteúdos teórico-práticos: textos, vídeos, apresentações, fichas e outros materiais são utilizados como ferramentas para disparar discussões e construções;
- Parte prática: com tarefas ligadas ao planejamento de processos de trabalho, construção de fluxogramas, atualização de cadastros etc., sendo a equipe de residentes protagonista.

Na primeira unidade de aprendizagem do programa o residente é apresentado aos conteúdos teóricos básicos sobre a história da saúde pública, Sistema Único de Saúde (SUS), APS (história, pressupostos, ESF, etc.), multiprofissionalidade, dentre outros temas centrais para a discussão e compreensão do contexto em que se insere a APS. No cenário de prática o residente inicia o itinerário for-

mativo, após a primeira semana de ambientação, acompanhando o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Em reunião de tutoria os conteúdos teórico-práticos trabalhados estão direcionados à discussão do território em saúde, processo de trabalho dos ACS e das fichas utilizadas para cadastramento e acompanhamento das condicionalidades na APS. Neste momento, ACS da equipe também participa da discussão na reunião de tutoria e a primeira tarefa é apresentada aos residentes e à equipe preceptora.

A primeira tarefa é a atualização cadastral dos usuários da equipe em prontuário eletrônico, com cadastramento, caso necessário. A equipe de residentes deve realizar essa tarefa de forma sistematizada e participativa, construindo estratégias junto com os ACS e preceptora. Todo o caminho percorrido deve ser organizado em documento e entregue à equipe como memória deste processo de trabalho.

Inicialmente essa tarefa parece impossível, pois o residente precisa buscar os cadastros atuais, comparar com as bases de dados dos sistemas de saúde, identificar cadastros desatualizados, construir estratégias com os ACS para identificar novos moradores e realizar atualização cadastral. Contudo, não existe uma meta a ser alcançada. Solicitamos o dado de início, N=0 (a “fotografia inicial” da situação cadastral da equipe) para comparar após 1 mês de desenvolvimento da estratégia. Essa tarefa envolve todos os membros da equipe, porém os residentes são os protagonistas.

O programa tem dois objetivos com essa tarefa, na perspectiva da educação permanente, espera-se que a equipe preceptora olhe para seu território, seus usuários, reflita sobre o tema da informação em saúde, da importância da atualização cadastral, do planejamento das ações mediante ao conhecimento da realidade do território, e que os sistemas de informação retratam de fato o território sob sua responsabilidade sanitária.

Para os residentes, diversos temas vão passar essa atividade, tais como: a importância da construção participativa; o trabalho em equipe; a utilização dos sistemas de informação; o papel do ACS, suas potências e dificuldades; as características do território, além disso algumas habilidades, principalmente, de negociação, planejamento, organização, construção de estratégias, dentre outras serão desenvolvidas.

Após o prazo de 1 mês, os residentes apresentam o documento produzido para a equipe e para o programa, contendo a estratégia utilizada, o N=0 e o N=final com objetivo de mensurar o quanto foi alcançado com a proposta. Consideramos este documento produzido uma memória valiosa que pode ser utilizada em outros momentos pela equipe para atualizar seus cadastros e poder planejar as ações em saúde mais próximas da realidade do território.

Ainda nesta unidade de aprendizagem, os residentes recebem a segunda tarefa, que

se destina a atualização e/ou organização das planilhas de linha de cuidado acompanhadas pelas equipes da APS por microárea. Com a primeira tarefa concluída, os cadastros dos usuários completos, a equipe de residente precisa organizar ou atualizar as planilhas das condicionalidades acompanhadas pelas equipes de APS por CID ativo.

Esta tarefa possui objetivo semelhante à da primeira, no que tange à educação permanente, a equipe preceptora tem a oportunidade de aprofundar o olhar para o cuidado realizado aos usuários que possuem condicionalidades que necessitam de acompanhamento mais de perto, qualificando assim o cuidado ofertado à população. Vale ressaltar que geralmente esses aspectos são monitorados por indicadores de resultado pela gestão. Além disso, novamente o tema da informação em saúde, com foco na atualização cadastral, volta a permear as discussões da equipe.

Já para os residentes, essa tarefa permite vivências de: visitas domiciliares; observar o cuidado realizado pela equipe aos usuários com condicionalidades; a reflexão sobre o planejamento de ações; discutem sobre o percurso que a informação em saúde faz desde a produção de dados, como esses são transformados em informação para ação pela equipe de APS, a sistematização pela gestão e o retorno da informação para as equipes, dentre outros temas. O prazo para a conclusão desta tarefa é de 1 mês, e as planilhas atualizadas são entregues à enfermeira da equipe preceptora.

Além disso, os residentes possuem a tarefa de rodízio em APS, que consiste em uma vivência por um turno, em todos os setores da unidade de saúde, com um roteiro de observação com questões sobre o processo de trabalho. Em reunião de tutoria, com o preceptor, as respostas são compartilhadas, gerando uma reflexão sobre o funcionamento da unidade de saúde como um todo, além de uma me-

lhor compreensão da atuação de cada profissional. A sistematização dessa reflexão é realizada com o preenchimento conjunto das respostas do roteiro de observação.

Veja o roteiro de observação do rodízio em APS.



Roteiro de Observação dos Setores na APS

Cenário de Prática: observação do funcionamento, articulação, necessidades e potencialidades, dos serviços/setores da Clínica da Família.

Você está iniciando uma atividade chamada de “APS Rodízio”. Essa atividade tem como objetivo a aproximação da equipe de residentes com os profissionais da Clínica da Família (CF) em seus diversos setores.

Essa atividade é fundamental para a apreensão e compreensão das atividades desenvol-

vidas na CF, facilitando a realização de ações de cuidado pelos residentes na unidade, pautadas na cultura e fluxos de organização locais, favorecendo o planejamento de novas ações com as equipes de saúde.

Segue um Roteiro de Observação com orientações gerais. Os resultados devem ser sistematizados e incluídos na pasta do Moodle, após discussão em reunião de tutoria, o prazo será estabelecido posteriormente.

Atividade: Observar, identificar, descrever e analisar os processos de trabalho desenvolvidos nos setores da CF, sua interação com a equipe, os diversos setores da unidade, gerência e outras instâncias intra e/ou interseoriais, de acordo com o roteiro abaixo.

1 – Roteiro de Observação dos Setores na APS:

- Identificar o propósito do setor;
- Identificar como o usuário tem acesso ao serviço que o setor oferta;

- Identificar documentos produzidos pelo setor (mapas, relatórios, atas de reuniões, etc.);
- Identificar como a equipe do setor organiza o seu processo de trabalho (fluxos, reuniões, agenda, acolhimento, etc.);
- Identificar a interação do setor com a com a equipe de ESF, os outros diversos setores da unidade, gerência e outras instâncias intra ou intersetoriais (CAP, UBS, Hospitais, Unidades de Saúde Privadas, CMS, conselho tutelar, ONG, etc.);
- Registrar impressões subjetivas do trabalho no setor com os demais da CF;
- Identificar quais os problemas/necessidades mais importantes para aquele setor;
- Propostas e sugestões, caso haja.

2 – Como realizar:

- Conversar com os profissionais;
- Identificar os documentos utilizados para planejamento das atividades desenvolvidas no setor;
- Identificar as relações entre os setores;
- Identificar e registrar as sensações e sentimentos produzidos durante a vivência no setor;

Esta atividade configura uma das tarefas do cenário de prática.

Essa tarefa oportuniza a equipe de residentes conhecer toda a unidade e se tornarem conhecidos. Além de favorecer a compreensão do papel do residente por todos os profissionais, aproxima a equipe de residentes das equipes da unidade de saúde, e, além disso, favorece o entendimento de como cada setor da unidade de saúde funciona.

Para o preceptor é um momento ímpar, pois permite que este se aproxime da realidade dos processos de trabalho desenvolvidos em sua unidade, já que muitas vezes os profissionais não possuem tempo de compreender esse processo para além do setor em que estão inseridos.

Seguindo o itinerário formativo, na segunda unidade de aprendizagem, os conteúdos teóricos referem-se ao processo de trabalho da equipe, ao aprofundamento da temática do território em saúde na APS, a vigilância em saúde, sistemas de informação em saúde, educação em saúde, educação popular e cuidado a grupos específicos, dentre outros.

No cenário de prática, em reunião de tutoria, no momento teórico-prático, discute-se o papel do residente em relação às atividades de núcleo profissional, a partir do capítulo 6 do livro “De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família”. Onde o residente é provocado a pensar proposições sobre sua atuação de núcleo profissional na unidade de saúde onde está inserido.

Saiba mais! Leia o capítulo 6 “DESAFIOS DA PRÁTICA DA PRECEPTORIA E DA TUTORIA NO COTIDIANO DA FORMAÇÃO”, do livro De casulo à borboleta a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em Saúde da Família

Acesse aqui: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>

Recomendamos a leitura de um artigo que pode auxiliar a construção de processo de trabalho em processo coletivo de formulação:

O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas- SP). Escrito por Túlio Batista Franco/ Emerson Elias Merhy.[3].

Link: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/12ferramentas-analisadoras-fluxograma-rede-peticao.pdf>

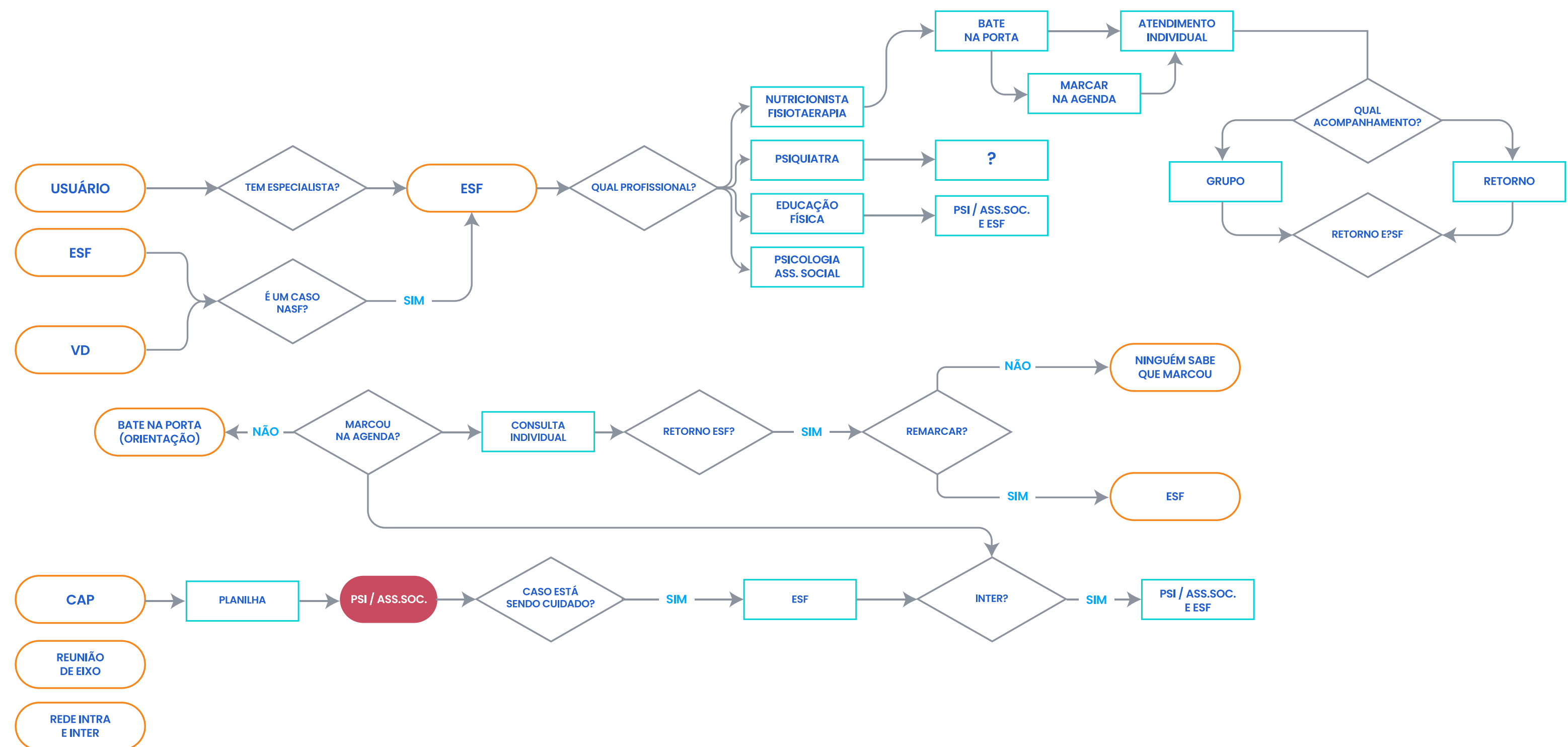
No momento prático, o residente inicia as atividades do núcleo profissional acompanhando seu preceptor de categoria profissional por 1 mês. Neste momento, o residente é estimulado a participar das atividades coletivas da equipe, como a participação e/ou construção de grupos de promoção à saúde, visitas domiciliares em casos acompanhados e discutidos pela equipe, atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), reuniões de equipe, dentre outras, para que não foque no núcleo profissional e perca a multiprofissionalidade.

A construção da agenda padrão do residente se complexifica, adicionando atividades além das que ele realizava, que eram mais relacionadas ao trabalho do ACS. A agenda passa a ser composta por dois turnos de atividades de núcleo profissional, junto com o preceptor de categoria; turno de vigilância em APS, onde os residentes são divididos por linha de cuidado e ficam responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades; e, continuam com os turnos de visita domiciliar, grupos, reunião de equipe, reunião de tutoria etc., como antes.

Para subsidiar a construção do processo de trabalho dos residentes com seus preceptores de núcleo profissional, em tutoria, no momento teórico-prático, é discutido o uso de ferramentas analisadoras para subsidiar o planejamento.

A partir da discussão deste texto, os residentes constroem o fluxograma descritor do itinerário do usuário para acessar o cuidado oferecido por seu núcleo profissional. Esse fluxograma é apresentado aos preceptores de categoria profissional em uma reunião de tutoria, onde uma discussão sobre acesso ao cuidado é realizada e os profissionais podem contribuir com adequações ao fluxograma. Veja o exemplo de fluxograma descritor construído.

Fluxograma 1: Exemplo de fluxograma descritor construído.



Fonte: Adaptado de OLIVEIRA *et al.*, 2023.

Todos da equipe preceptora, a gerente e os residentes podem ver e refletir sobre o itinerário que o usuário faz para receber cuidados da equipe de saúde. Em seguida, o fluxograma descritor do processo de trabalho de cada residente é construído de forma coletiva.

Esse momento de construção é fundamental tanto para a compreensão do residente sobre como é realizado o cuidado por seu núcleo profissional, como para o desenvolvimento de seu processo de trabalho na equipe, pois podem atuar nas lacunas dos serviços, garantindo práticas de cuidado além das que seus preceptores de núcleo profissional já realizam. Esse momento apoia o preceptor na sua atribuição de ajudar o residente no repensar de sua prática e na promoção de vivências que contemplem o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado e a educação permanente em saúde.

Na terceira unidade de aprendizagem o residente vai ter contato com conceitos básicos de epidemiologia, matemática e estatística, dese-

nho de estudos epidemiológicos, causalidade em epidemiologia etc. No cenário de prática, o residente terá em sua agenda padrão dois turnos referentes ao seu processo de trabalho de núcleo profissional, com supervisão de seu preceptor de categoria profissional.

O trabalho que será realizado, é estabelecido em reunião de tutoria com a construção do fluxograma descritor do processo de trabalho de cada residente, reduzindo ruídos e problemas de comunicação, evitando atravessamento do trabalho realizado pelo preceptor de categoria profissional.

Os outros turnos da agenda padrão do residente é composto pelos turnos de reunião de tutoria, reunião de equipe, visita domiciliar, e todas as atividades coletivas de promoção da saúde da equipe onde está inserido.

A partir dessa unidade de aprendizagem, espera-se que o residente seja capaz de propor planos de intervenção de acordo com as

necessidades em saúde e de forma dialógica com a equipe em que está inserido. Todas as propostas de intervenção que os residentes constroem são apresentadas em reunião de tutoria, sempre com a presença do preceptor, para apreciação e refinamento, quando necessário.

Todas as tarefas e as ferramentas teórico-práticas citadas compõem estratégias para o direcionamento das vivências do residente no cenário de prática, favorecendo a construção de uma formação em saúde, que é desenvolvida na realidade do serviço, com a problematização de suas práxis, a partir de conteúdos teóricos que fundam as racionalidades operadas e, outros que subsidiam novas práticas esperadas.

Dessa forma, a atuação desses dois atores, tutor e preceptor, em sinergia, é fundamental para que a formação dos residentes siga o que está planejado na matriz de competência do programa.

Vídeo 09

Como a formação em residências pode ser adaptada para enfatizar a atenção primária à saúde? e quais são os principais componentes dessa formação?



https://youtu.be/CyK5_u9Wg-s



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, de 3 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial no 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão

Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 7, 4 out. 2012. Disponível em Residência Multiprofissional – Ministério da Educação. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

FRANCO, TB; MERY, Emerson Elias. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas– SP). In: MERHY, EE; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: Biblioteca Virtual | FESF-SUS: O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS PARA APOIO AO PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (1999). Acesso em 28 de dezembro de 2024.

MONTENEGRO, Luiz; BEZERRA, Tiago. Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação. In: Carvalho,

MAP (org.) et al. De casulo à borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família – 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 139–172. Disponível em De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

OLIVEIRA Lídia da Silva Pereira de; TEIXEIRA; Mirna Barros; TOLEDO, Patrícia Pássaro da Silva; BRANDAO, Ana Laura; MATTOS. Alessandra Pimentel Barbosa Pinto; GUIMARÃES Emilene. A utilização da ferramenta fluxograma descritor na tutoria de um programa de residência multiprofissional. In: Encontro Nacional de Residências em Saúde (13.: 2023: Fortaleza, CE) / Anais do 13º. [Recurso digital]. – Fortaleza: Movimento Nacional de Residências em Saúde, 2023. Disponível em: <https://even3.blob.core.windows.net/anais/392946.pdf>. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

4.2 Moldes da tutoria no Programa de Residência em Enfermagem da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PREFC/SMS-RIO)

Autoras:

Edineia Lazzari
Gabriela Moço de Azevedo
Marianne de Lira Maia
Michelle Adrianne da Costa de Jesus

Os tutores do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade – PREFC são profissionais de saúde que compõem a coordenação do programa, apoiando, mediando e estimulando o processo de ensino aprendizagem dos residentes e preceptores lotados nas unidades de saúde, no contexto do território, da unidade de saúde e gestão local (RIO DE JANEIRO, 2022).

A tutoria caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica aos preceptores e residentes, estruturada, preferencialmente, nas modalidades de tutoria de núcleo, exercida

por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos (RIO DE JANEIRO, 2022).

Neste capítulo será apresentado algumas atividades desempenhadas pela tutoria nos moldes do PREFC.

Atividades e responsabilidades desempenhadas pelos tutores

Ao Tutor, conforme o Art. 12, da A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, por meio da Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, compete:

1. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico (PP) do programa, realizando, no mínimo, um encontro por semana, com preceptores e residentes, contemplando todas as áreas envolvidas no programa; 2. Organizar, em conjunto com os

preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP; 3. Participar do planejamento e da implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores; 4. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e ao desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; 5. Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, bem como os demais programas de residência (médica e multiprofissional) e estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde; 6. Participar do processo de avaliação dos residentes; 7. Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; 8. Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Atuação dos tutores na trajetória dos residentes

Ser tutor é enfrentar o desafio de “cuidar do aprendizado” e “ensinar o cuidado”. O desafio que se coloca é praticar a tutoria 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 in CECCIM, 2018).

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 (CECCIM, 2018).

Nesse diálogo entre diferentes, o tutor tem o desafio de integrar os diferentes saberes na perspectiva de sistematizar um processo de trabalho, é também, de sua responsabili-

de promover a comunicação horizontal bem como destes com os demais membros da rede de apoio presentes no território (CECCIM, 2018).

A avaliação do processo de formação está focada nos aspectos do “saber ser” e as interações relacionais, no desempenho do “fazer”, na responsabilização sanitária da equipe e no processo de trabalho em equipe, a partir do “saber” do aprofundamento teórico-conceitual de temas relacionados ao campo da saúde coletiva (CECCIM, 2018).

Os educadores devem ter a habilidade de identificar possíveis lacunas nestes conhecimentos prévios do educando, de maneira a auxiliá-lo na desconstrução das crenças equivocadas e construção de um conhecimento mais maduro, ou melhor dizendo, na adequação das crenças iniciais às científicas, de maneira que se desenvolva a consciência crítica (GIROTO, 2016).

Apoio na execução dos Planos de Desenvolvimento da Prática

O Plano de Desenvolvimento da Prática (PDP) propõe uma metodologia pedagógica desenvolvida junto com o preceptor, residente e tutor, de forma a aprimorar o processo de ensino e aprendizagem do residente em campo de atuação e aproximando o preceptor para este alcance. Ele será utilizado a partir da necessidade identificada pela preceptoria e mediada com a coordenação do programa e obrigatoriamente em casos de residentes que estiverem em recuperação no campo prático, ou seja, que contenham 1 (um) ou mais conceitos D (necessita desenvolver) da avaliação do residente (RIO DE JANEIRO, 2022).

Para a elaboração do PDP o tutor constrói as estratégias pedagógicas junto ao preceptor considerando as diversas competências a serem alcançadas pelo residente para se tornar um enfermeiro de família. Esta ferramenta visa sistematizar o caminho pedagógico a

ser desenvolvido. As competências profissionais são divididas em conhecimentos, habilidades e atitudes/valores/cultura, considerando o perfil de aprendizado, que norteia a escolha por um método que esteja de acordo com a forma como o residente aprende (RIO DE JANEIRO, 2022).

A seguir, exemplo da estruturação do PDP.

Quadro 6: Estrutura do modelo de Plano de Desenvolvimento da Prática.

Perfil de aprendizagem	() Reflexivo () Teórico () Pragmática () Ativista		
DOMÍNIO	Aplicabilidade dos conhecimentos teóricos da prática clínica de Enfermagem da Família		
Aspecto Competência	Descrição da atividade	Método de Avaliação	Período da avaliação
Conhecimento (x) Habilidade () Atitude (x)	Estudo de caso: Proposto pela coordenação PREFC. Situação problema: Ex: Saúde da Mulher	Leitura e correção a partir de gabarito.	10 dias Entrega: via e-mail
Prazo para avaliação	Apreciação final	Observações	
___ dias Início --/--/---- Término --/--/----	() Alcancei o objetivo		
	() Necessito de aprimoramento		

O PDP considera aspectos do cotidiano do residente e para o critério de avaliação utilizando de metodologias ativas para estimular o processo de formação e de aprendizado.

A educação de adultos é um processo cognitivo, político, ético, histórico, cultural e social que se dá por meio da relação dialética e dialógica entre quem ensina e quem aprende e transforma ambos, porque quem forma, ao formar se reforma (SANTOS, COQUEIRO e LOUREIRO, 2018).

Atuação dos tutores na qualificação dos enfermeiros preceptores

O preceptor de enfermagem da Atenção Primária em Saúde (APS) é o orientador, mediador e apoiador. Ele se identifica com o processo de ensino e aprendizagem e busca provocar ideias a partir de uma observação e escuta empática e resiliente (Jesus et al, 2023).

O preceptor assume vários papéis, grande é a importância do preceptor como educa-

dor, oferecendo, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos, realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. (Corrêa e Marques, 2020).

O preceptor de enfermagem na APS necessita das expertises como: postura ética, problematizadora e que valorize a enfermagem. Sendo necessário vivências e experiência na APS, ter conhecimento teórico prático, didática, e ser gerenciador de conflitos (Jesus et al, 2023).

Para a formação de preceptores é necessário diferentes tipos de saberes implicados, os saberes da formação profissional; os saberes disciplinares; os saberes curriculares e, por fim, os saberes experienciais (Tardif, 2014). Para a qualificação dos profissionais docentes assistenciais, o programa promoveu o projeto Qualifica PREFC (Módulo 3 – Quadro 4).

Os tutores junto a coordenação institucional e pedagógica organizaram e desempenharam a formação dos preceptores a partir dos

eixos denominados de: Aprimoramento das habilidades do preceptor para desempenho prático no cotidiano, Treinamentos direcionadas a prática clínica de Enfermagem de Família e Comunidade e Eventos científicos como ferramenta no aprimoramento da formação crítica e complementar (Carvalho et al, 2023).

Dessa forma, ressalta-se que o desempenho da tutoria exige a necessidade de sensibilidade e empatia, para lidar com as necessidades educativas e emocionais dos residentes e preceptores.

Este processo ainda é permeado de muitos desafios, devido aos múltiplos fatores que podem interferir no processo formativo, porém enxergamos a tutoria como uma potência para garantia e direcionamento da formação através das diversas interlocuções e estratégias a nível local e de gestão realizadas pelo tutor.

Além disso, o trabalho do tutor deve caminhar nos moldes da educação permanente, fomentando uma discussão compartilhada e crítico-reflexiva em prol de uma formação emancipatória, política e social.

REFERÊNCIAS:

CARVALHO, J. O. et al. Estratégias de aprendizagem: o uso de metodologias ativas na formação e na qualificação de preceptores. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 34, n. 02, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.51723/ccs.v34i02.1512>>. Acesso em 15 jan 2024

CECCIM, Ricardo Burg et al. Preceptoría e tutoria: ação docente nas residências em saúde. *Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico]* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 113-123, 2018. Disponível em: 001069695.pdf. Acesso em: 28 de dezembro de 2024.

CORRÊA, R. B.; MARQUES, V. R. O papel do preceptor na formação de residentes. *Formação Docente–Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores*, v. 12, n. 25, p. 187-202, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.31639/rbpf.v13i25.390>>. Acesso em: 15 jan 2024.

GIROTTTO, L. C. Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. São Paulo, 2016. Disponível: <https://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_129_dissertacao_leticia_cabrini_girotto.pdf>. Acesso em 26 ago 2023.

JESUS, M. A. C; et al. O que é ser preceptor de enfermagem, no âmbito da Atenção Primária em Saúde? *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, v. 16, n. 12, p. 29435-29444, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-025>>. Acesso em 15 jan 2024.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. Programa de Residência em Enfermagem de família e Comunidade (PREFC). **Manual do Residente**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. 56p. Disponível em: <https://sigaeenf.subpav.org/index.php/node/1010>. Acesso em: 15 jan 2024.

SANTOS, S.C.; COQUEIRO, J.C. P.; LOUREIRO, A.P. F. Paulo Freire E A Tendência Progressista Libertadora: Uma Via Para O Ensino/Aprendizagem. *Revista de Estudos de Literatura, Cultura e Alteridade – Igarapé*, v.11, n.1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unir.br/index.php/igarape/article/view/3384>>. Acesso em 15 set 2023.

TARDIF, M. Saberes docentes e formação profissional. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

módulo 05



O FAZER DA PRECEPTORIA: UMA CAIXA DE FERRAMENTAS

Autoras:

Mirna Barros Teixeira
Patrícia Pássaro da Silva Toledo
Jacqueline Oliveira de Carvalho
Ana Laura Brandão
Lídia Oliveira
Cesar Luiz Silva Junior
Alessandra Mattos
Letícia Lourenço
Raphael Costa Pinto

Este módulo tem a intencionalidade de apresentar ferramentas teóricas e metodológicas que podem apoiar o fazer do preceptor, desde a organização e qualificação dos processos, tais como a aprendizagem baseada em problemas; o planejamento de atividades e gestão do tempo; a semana padrão do residente; o diagnóstico situacional; o roteiro de como estruturar intervenções para problemas complexos na APS e a perspectiva de compartilhamento dos núcleos profissionais. Inclui, ainda, estratégias que apoiem as relações pessoais que permeiam o fazer da preceptoria como: a oficina dar e receber críticas, o apoio a autoavaliação e a gestão de conflitos.

MENU INTERATIVO

[5.1 Aprendizagem baseada em problemas](#)

[5.2 Semana Padrão do residente](#)

[5.3 Itinerário do residente no cenário de prática](#)

[5.4 Diagnóstico situacional participativo](#)

[5.5 Como estruturar intervenções para problemas complexos na APS](#)

[5.6 Compartilhando os núcleos profissionais](#)

[5.7 Oficina Dar e Receber críticas](#)

[5.8 Autoavaliação](#)

[5.9 Gestão de conflitos](#)

5.1 Aprendizagem baseada em problemas

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tem revolucionado o campo educacional, proporcionando uma abordagem inovadora, que incentiva o pensamento crítico e a resolução de problemas reais. Originada como uma resposta às limitações dos métodos tradicionais de ensino, a ABP se fundamenta em princípios que visam preparar os estudantes para os desafios do mundo moderno.

Amplamente utilizada em programas de residência em saúde, a ABP, desenvolvida inicialmente na década de 1960 na Escola de Medicina da Universidade de McMaster, no Canadá, se baseia na utilização de problemas como um ponto de partida para a aquisição e integração de novos conhecimentos (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004; MAMEDE, 2001). Os residentes, ao enfrentarem casos complexos e reais, são incentivados a desenvolver habilidades críticas e analíticas, essenciais para a sua prática profissional.

Os princípios fundamentais da ABP incluem a aprendizagem centrada no aluno, a contextualização de conteúdos através de problemas reais, e a promoção da aprendizagem autodirecionada e colaborativa. Esses princípios transformam o papel do educador, que atua mais como facilitador do que como transmissor de conhecimento.

Os estudantes trabalham em grupos, investigam e discutem possíveis soluções, desenvolvendo um conjunto de habilidades tanto individuais quanto colaborativas. Esta metodologia promove um ambiente de aprendizagem ativa, onde a teoria e a prática se entrelaçam constantemente. Esta abordagem favorece a aprendizagem ativa, onde os estudantes são incentivados a se engajar criticamente com o material, e trabalhar em grupo para alcançar seus objetivos educacionais

São inúmeras as vantagens oferecidas pela ABP, tais como:

- **Desenvolvimento de Habilidades Práticas:** ao lidar com problemas do mundo real, os estudantes adquirem habilidades que são diretamente aplicáveis em suas futuras carreiras;
- **Maior Motivação e Engajamento:** o aprendizado relevante e contextualizado aumenta o interesse dos estudantes pelos conteúdos, tornando o aprendizado significativo;
- **Preparação para a Incerteza:** os estudantes aprendem a lidar com situações incertas e desenvolver soluções criativas para problemas reais que poderão enfrentar no futuro.

A ABP oferece múltiplos benefícios tanto para estudantes quanto para professores. Para os alunos de programas de residência em saúde, a ABP facilita a aquisição de habilidades essenciais, como a resolução de problemas, o pensamento crítico, o manejo de conflitos e a capacidade de comunicação. Para os educadores, a metodologia promove uma participação mais ativa na formação dos residentes, um maior engajamento com os alunos e a oportunidade de observar o progresso de cada residente de maneira mais dinâmica.

Vários programas de residência em saúde têm reportado sucessos significativos com a implementação da ABP. Por exemplo, uma pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo evidenciou melhorias substanciais nas habilidades de diagnóstico e tratamento entre os residentes após a adoção da ABP, destacando sua efetividade e aplicabilidade prática.

O ABP não se concentra apenas na aquisição de conhecimentos, mas também no desenvolvimento de habilidades críticas e práticas de resolução de problemas. A longo prazo, a ABP tem o potencial de reformular a educação em saúde, promovendo a formação de profissionais mais preparados e adaptáveis aos desafios do mercado de trabalho. Ao estimular habilidades como a resolução de problemas e a aprendizagem contínua, a ABP prepara os residentes não apenas para atender às demandas atuais, mas também para se adaptarem às futuras mudanças e inovações no campo da saúde.

A Aprendizagem Baseada em Problemas representa uma abordagem pedagógica valiosa para os programas de residência em saúde. Embora enfrente desafios e críticas, seus benefícios para a formação profissional e seu impacto a longo prazo na educação e no mercado de trabalho fazem dela uma metodologia indispensável para a preparação dos futuros profissionais de saúde.

Para utilização desta abordagem recomenda-se a aplicação dos sete passos fundamentais desta metodologia:

1º Passo: Apresentação da situação-problema e elucidação de termos e conceitos desconhecidos

O primeiro passo do método ABP envolve a identificação e a elucidação de conceitos desconhecidos. Neste estágio, os estudantes identificam termos e conceitos que encontram durante a leitura inicial do problema, que não compreendem completamente. Esta etapa é essencial para garantir que todos os

membros do grupo estejam na mesma página e possam contribuir, igualmente, para a resolução do problema

2º Passo: Definição do Problema Central

No segundo passo, os estudantes redefinem o problema principal em suas próprias palavras. A definição clara do problema é crucial para direcionar os esforços de pesquisa e garantir que todas as atividades subsequentes estejam alinhadas com o objetivo de resolver o problema identificado.

3º Passo: Brainstorming de Ideias e Hipóteses

O brainstorming é uma etapa onde os estudantes, de maneira livre e sem julgamentos, geram ideias e hipóteses que poderiam abordar o problema central. Esta fase incentiva a criatividade e a colaboração, permitindo que diferentes perspectivas e pensamentos inovadores sejam considerados.

4º Passo: Estruturação das Ideias e Elaboração de um Plano

Após a fase de brainstorming, as ideias geradas são organizadas e estruturadas. Os estudantes elaboram um plano de ação detalhado que inclui os passos necessários para testar as hipóteses levantadas. Esta estruturação ajuda na organização do trabalho e na melhor gestão do tempo e dos recursos disponíveis.

5º Passo: Realização da Pesquisa de Informações Relevantes

Com o plano em mãos, os estudantes conduzem uma pesquisa extensa para coletar informações relevantes e dados que possam validar ou refutar suas hipóteses e subsidiar suas tomadas de decisão. Este passo é indispensável, pois a qualidade das informações coletadas impacta diretamente na eficácia das soluções propostas.

6º Passo: Análise e Síntese das Informações Coletadas

Depois de coletar as informações, os estudantes analisam e sintetizam os dados relevantes. Esta análise crítica permite a identificação de padrões, relações e insights que são essenciais para elaborar soluções eficazes para o problema inicial

7º Passo: Apresentação e Discussão das Soluções Propostas

Finalmente, no sétimo passo, os estudantes apresentam as soluções propostas, seguidas por uma discussão detalhada. Esta fase permite que os estudantes defendam suas soluções, recebam feedback e considerem melhoramentos, aprimorando assim a qualidade das suas propostas.

O método dos sete passos da aprendizagem baseada em problemas é uma abordagem robusta, que facilita uma aprendizagem ativa e significativa. Ao seguir, metodicamente, esses passos, os estudantes não apenas adquirem conhecimentos, mas também desenvolvem habilidades essenciais para o sucesso nas suas futuras carreiras profissionais.

A ABP pode e deve ser utilizada no cotidiano das residências em saúde, tanto no componente teórico como no componente prático, promovendo a integração entre teoria e prática. A ABP, portanto, representa uma ferramenta poderosa no arsenal educacional proposto neste capítulo, promovendo um aprendizado mais envolvente e eficaz.

Vídeo 10

Aprendizagem Baseada em Problema
– ABP – 7 Passos



<https://www.youtube.com/watch?v=5cMrFRpXfnc&t=13s>



5.2 Semana Padrão do Residente

A semana padrão é uma ferramenta utilizada para organizar o processo de trabalho do residente no cenário de prática, além de publicizar suas tarefas e horários para o preceptor e equipe em que está inserido. Sugere-se que o planejamento e organização de tarefas e horários sejam pactuados com os residentes de acordo com as orientações do Projeto Político Pedagógico do programa. Segue um modelo de agenda padrão do residente farmacêutico da residência multiprofissional em saúde da família.

Cabe destacar que a semana padrão de cada categoria deve ser elaborada de acordo com suas atribuições específicas e gerais, sempre em conjunto com o preceptor, com a equipe de residentes e com a equipe de saúde da família na qual está inserida. É importante que o residente considere algumas atividades fundamentais, tais como: a reunião de equipe e a reunião de preceptoria.

Para alcançar os objetivos propostos ao longo da trajetória da residência multiprofissional, a agenda padrão do residente se organiza da seguinte forma:

Agenda Padrão do Residente

SEGUNDA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Farmácia	Atendimento Individual (PICS)	Farmácia	Vigilância
	NASF		
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
NASF	NASF	Visita domiciliar	Reunião Equipe
Matriciamento consultas individuais / interconsultas	Matriciamento consultas individuais / interconsultas	Grupo	Preceptoria
Prática supervisionada	Reunião NASF	Possibilitam relacionar a teoria e a prática diminuindo a fragmentação do conhecimento	

Fonte: Elaboração própria.

Considerando as atividades do campo de prática no contexto da residência uniprofissional, o residente enfermeiro de família e comunidade apresenta diferentes organizações de agenda padrão para o primeiro ano e para o segundo ano (com e sem estágio externo), conforme apresentado nos quadros a seguir:

Distribuição de carga horária prática, residente do primeiro ano

TURNO	HORAS TOTAIS	ATIVIDADE DESEMPENHANDA
4	20 horas	Atendimentos*
1	5 horas	Grupo / Vigilância
1	6 horas	Visita Domiciliar
1	5 horas	CTP / Matriciamento PREFC**
1	4 horas	Reunião de Equipe
1	10 horas	Aula Teórica
----	8 horas	Portfólio

*Recomenda-se que os três turnos sejam destinados ao atendimento da equipe, e em turno seja organizado de acordo com a necessidade da unidade (p. ex.: imunização / atendimento síndrome gripal respiratória).

**Matriciamento em obstetrícia e estomaterapia.

Fonte PREFC, 2022.

Fonte: Lazzari, et al. 2022.

Distribuição de carga horária prática, residente do segundo ano sem estágio externo

TURNO	HORAS TOTAIS	ATIVIDADE DESEMPENHANDA
4	20 horas	Atendimentos*
1	5 horas	Vigilância*
1	6 horas	Grupo / Visita Domiciliar
1	5 horas	CTP / Matriciamento PREFC**
1	4 horas	Reunião de Equipe
1	10 horas	Aula Teórica
----	8 horas	Portfólio

*O turno de gestão deve ser desenvolvido junto às atividade de vigilância.

**Matriciamento em obstetrícia e estomaterapia.

Fonte PREFC, 2022.

Fonte: Lazzari, et al. 2022.

Distribuição de carga horária prática, residente do segundo ano com estágio externo

TURNO	HORAS TOTAIS	ATIVIDADE DESEMPENHANDA
2	20 horas	Atendimentos
1	5 horas	Vigilância*
1	6 horas	Grupo / Visita Domiciliar
1	5 horas	CTP / Matriciamento PREFC**
1	4 horas	Reunião de Equipe
2	10 horas	Aula Teórica
----	8 horas	Portfólio

*O tuenode gestão deve ser desenvolvido junto às atividade de vigilância

**Matricimanento em obstretícia e estomaterapia.

Fonte PREFC, 2022.

Fonte: Lazzari, et al. 2022.

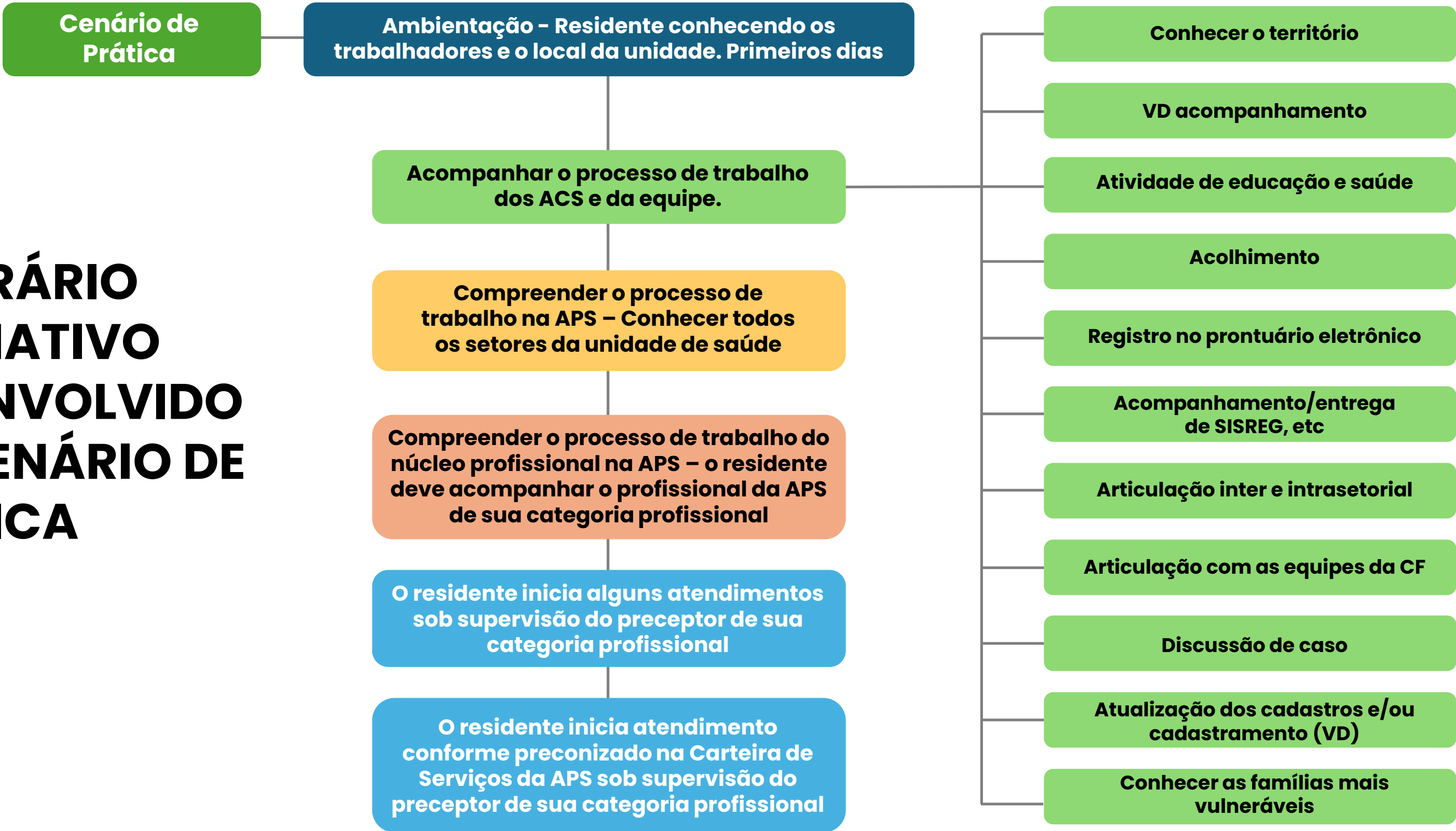
5.3 Itinerário do residente no cenário de prática

O itinerário do residente no cenário de prática tem uma dupla função: orientar o preceptor e residente quanto ao processo de trabalho a ser desenvolvido desde o primeiro dia na unidade de saúde, além de sistematizar um caminho formativo de acordo com o PPP do programa que dialogue com os momentos teóricos, sendo passível de adequações pela equipe de coordenação após avaliações e feedback de residentes e preceptores. Recomenda-se que essa ferramenta seja apresentada para toda a equipe que receberá os residentes, de forma clara, dialógica e aberta, pois o contexto local pode interferir nesse itinerário proposto pelo programa.

A proposta desta ferramenta é servir como um guia para que o preceptor oriente o residente por um caminho de experiências práticas oportunizando o conhecimento profundo do território, dos processos de trabalho realizados na equipe e unidade de saúde onde está inserido e no auxílio ao desenvolvimento das atividades de núcleo profissional.

Para que o residente vivencie o contato com os usuários e profissionais no cotidiano dos serviços, o manejo das linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde (a partir da clínica ampliada e na perspectiva de uma formação multiprofissional, interdisciplinar e fundamentada na atenção integral) sugerimos a organização de um itinerário formativo para atuação dos residentes nos cenários de prática. No âmbito do PRMSF apresentamos, a seguir, um modelo deste itinerário, que deve ser elaborado de maneira colaborativa. Outras propostas de itinerário podem ser construídas. O importante é a utilização desta ferramenta de modo a orientar o caminhar dos residentes nos cenários de prática.

ITINERÁRIO
FORMATIVO
DESENVOLVIDO
NO CENÁRIO DE
PRÁTICA



Fonte:Elaboração própria,2024.

5.4 Diagnóstico situacional participativo

A elaboração do Diagnóstico Situacional Participativo como atividade teórico-prática no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz) tem como objetivo metodológico reunir aspectos epidemiológicos e sociais do campo de prática que o residente está inserido. Para tanto, deve ser realizado por meio do levantamento de informações e dados sobre o território, que possibilitem identificar as potencialidades e necessidades de saúde da população adscrita.

Recomenda-se que o Diagnóstico Situacional seja elaborado em coletivo, ou seja, pela equipe de residentes junto aos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família referente ao campo de prática. Esta construção compartilhada tende a fortalecer o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, já que os residentes precisarão utilizar ferramentas para a obtenção dos dados sanitá-

rios bem como realizar visitas extramuros, e dialogar com os profissionais sobre a realidade encontrada para quem então, consigam elaborar estratégias visando a proposição de melhorias no cotidiano dos serviços e na produção de cuidado em saúde no território.

Portanto, a construção do Diagnóstico Situacional Participativo permite conhecer sobre a população ou grupo ao qual se pretende produzir cuidado (Silva, 2021) sendo esta uma estratégia pedagógica fundamental no plano de aula dos residentes já que propõe direcionar e instrumentalizar o planejamento das ações na unidade de saúde a partir do envolvimento das múltiplas operações, sentidos e percepções sobre o território.

“Dentro de organizações, o planejamento participativo tem o poder de criar uma nova cultura de compromisso com a instituição. Tem-se observado que, em todas as organizações e ambientes onde se estabeleceu o planejamento como uma prática permanente de participação, desenvolveu-se uma cultura em que há maior compromisso das pessoas para com a instituição. Basicamente, planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, “o quê”, “por quê”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê” (Tancredi, 1998).

A fim de direcionar a construção do Diagnóstico Situacional Participativo há alguns aspectos que precisam ser considerados. Para tanto, elaboramos algumas sugestões ao corpo de residentes.

- 1. Converse com as pessoas da comunidade, com os profissionais da equipe e com os informantes-chaves do território, ao longo do diálogo busque identificar as percepções do território;
- 2. Identifique como foi realizado o cadastramento, mapeamento e divisão da equipe em microáreas (Proponha a realização, junto com a equipe, de novo mapeamento, se necessário);
- 4. Colete os dados dos sistemas de informações existentes e problematize-os fazendo correlações com os dados do município e nacional;
- 5. Identifique e registre as sensações e sentimentos dos Agentes Comunitários de Saúde frente a Estratégia Saúde da Família;
- 6. Certifique-se da possibilidade de fotografar ou realizar vídeos. Caso for utilizar essas fontes peça autorização com documento de consentimento livre e esclarecido aos participantes.

A proposta é que os residentes se apropriem deste roteiro e realizem suas análises a partir dos itens apresentados.

1. Aspectos do ambiente

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DO AMBIENTE
A localização é em área urbana ou rural?
Quais bairros são localizados na área adscrita?
Qual a distância do território até o centro da cidade?
Qual a extensão territorial em km²?
Qual a maior distância entre a UBS e o limite do território?
Como se dá o acesso à unidade de saúde?
Como é a mobilidade urbana neste território? (Há pavimentação das ruas e avenidas, transporte público, malha viária, rodovias, ferrovias?)
Como é a geografia e o ambiente neste território? (Descreva aspecto do relevo, se existem rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural; lagos e represas, naturais ou artificiais)
Existem fontes de água naturais? (Especifique a sua utilização pela população circunvizinha)
Há barreiras geográficas? Há área de encostas?
Há áreas de risco ambiental: lixo; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes poluentes (tipo, origem etc.) e outros riscos?
Quais são as condições da rede de água e esgoto?
Há áreas de risco como áreas de assentamentos e invasões? Ou áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços etc.?
Como são as qualidades e os tipos de habitações neste território?

2. Aspectos do território

Neste item, utilizamos a definição de fixos e fluxos. Sendo fixos, objetos geográficos sobre o que se ancora a vida de uma sociedade, o seu cotidiano, o seu trabalho tangível no espaço, e imóveis no lugar, os fixos são sempre localizáveis, apresentando formas bem definidas. Também denominado território solo que de acordo com Mendes (1993) é estático, ou seja, criados, e são mantidos, por alguma razão (BARROS, 2020 in SANTOS, 2008).

FIXOS E FLUXOS DO TERRITÓRIO
Como se dá o fluxo da população nas ruas?
Como são as barreiras geográficas? (Quais aspectos facilitam ou dificultam o acesso da população à unidade e à circulação no bairro?)
Qual a história da comunidade (citar origem dos habitantes, sentimento de pertencimento etc.)?
Como se dá a distribuição da população pelo território? (mencione a história de ocupação do território)
Quais são as características das moradias da sua equipe e do seu entorno?
Como se dá a infraestrutura urbanística? Fale sobre as características da ocupação do espaço urbano, como ruas, calçadas, praças, espaços de lazer e paisagismo?
Quais são os equipamentos sociais da sua equipe de saúde? (escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que a população utiliza para desenvolver a sua vida no território)
Quais Instituições coletivas são importantes para a história da comunidade?
Quais pontos de atenção à saúde além da própria UBS, existem no território? (Há centros de referência/especialidades? Há consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto- atendimento e outros?)
Quais equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias?
Há áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques?

3. Aspectos demográficos sociais e epidemiológicos

Nestes próximos itens os residentes devem coletar os dados demográficos e os indicadores de saúde (números absolutos e percentuais). Também podem ser incluídos outros que sejam necessários.

Indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos
Identifique os indicadores demográficos: qual o total da população na área e a sua distribuição por gênero e faixa etária.
Qual o grau de escolaridade da população deste território? Considere Crianças de 7 a 14 anos na escola e fora da escola
Identifique os indicadores demográficos referentes às crianças, mulheres em idade fértil e gestantes (dados referidos). <i>Considere crianças < 1 ano; Mulheres 15-49 anos; Gestantes < 20 anos e Gestantes > 20 anos.</i>
Identifique os indicadores de nível de saúde: natalidade, mortalidade, morbidade (doenças de notificação compulsória), cobertura vacinal, condições de saneamento básico e meio ambiente.
Enumere outras informações importantes como: marcadores do SIAB, indicadores de oferta de serviços de saúde (rede pública e privada) na área de abrangência.
Quais doenças e agravos são mais prevalentes neste território? (Análise se as microáreas apresentam o mesmo perfil)
Quais os principais meios de comunicação utilizados pela comunidade?
Quais as formas de organização social existentes na comunidade? (Associação de moradores, instituições religiosas...)?
Quais são os aspectos culturais, religiosos, e trabalho, comércio e lazer que se destacam neste território?
Quais redes de apoio social e comunicacional possuem neste território?
Quais iniciativas / ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são desenvolvidas?

COTIDIANO DO SERVIÇO
1. Caracterize a gestão do trabalho: Diferencie os profissionais das equipes de trabalho: profissão, idade, sexo, formação, tempo de atuação no SUS, tempo de atuação na Unidade, função na equipe; Identifique os vínculos empregatícios, e analise-os em função da profissão, salário, jornada de trabalho, benefícios (13º, auxílio alimentação, auxílio transporte, insalubridade etc.); Conheça a percepção dos trabalhadores sobre as questões acima, e sobre a gestão do trabalho; Conheça a percepção dos gestores sobre as relações dentro da equipe, entre os profissionais.
2. Caracterize a relação da equipe com as organizações populares e equipamentos sociais da comunidade.
3. Identifique quais documentos referentes ao território foram produzidos pela equipe (mapas, relatórios, atas de reuniões etc.)
4. Identifique como a equipe organiza o seu processo de trabalho (fluxos, reuniões, agenda, acolhimento etc.)
5. Conheça a relação (parcerias e dificuldades) da equipe com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde da área (Coordenação de Área Programática, Outras Unidades Básicas, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, Centros de Atenção Psicossocial).
6. Registre impressões subjetivas do trabalho da equipe na comunidade.(Coloque proposições)
7. Conheça a percepção da comunidade acerca do serviço de saúde
8. Identifique quais os problemas mais importantes para a equipe.
Quais iniciativas / ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são desenvolvidas?

Fonte: Programa de Residencia Multiprofissional em Saude da Familia ENSP/Fiocruz.

O Diagnóstico Situacional Participativo configura, portanto, uma importante ferramenta pedagógica dos residentes, e, cabe ao preceptor ajudá-lo a construir, bem como, de forma colaborativa pensar nos possíveis problemas do seu território. Por fim, a partir da identificação de condições, agravos ou problemas do ambiente os residentes elaboram também estratégias de enfrentamento, que podem se desdobrar em ações para a população, para lideranças do território ou para o serviço de saúde em questão.

Vamos a um exemplo prático:

A equipe de residentes identificou como um dos problemas “grandes lixões a céu aberto no território”. Para enfrentá-lo, uma das estratégias propostas pelos residentes foi mobilizar as lideranças comunitárias e os usuários em um mutirão de limpeza.

Como o preceptor pode ajudar os residentes nessa atividade?

5.5 Como estruturar intervenções para problemas complexos na APS

- O que é um problema em saúde pública?

Um problema em saúde pode ser definido como:

“(...) a representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada” (TEIXEIRA, 2010, p. 147).

Esta concepção de problema em saúde compreende uma doença, um agravo, os fatores que podem ocasionar a doença ou o agravo (fatores condicionantes e determinantes) e a insuficiência ou ausência de serviços de saúde ou de recursos para lidar com o processo saúde-doença e as necessidades da população (TEIXEIRA, 2010). Deste modo, um problema em saúde pública pode ser compreendido como uma questão ou situação que afete

a saúde individual ou de uma grande parcela da população de uma determinada região. Esses problemas podem surgir de diferentes formas, como doenças infecciosas, epidemias, poluição ambiental, falta de acesso a serviços de saúde, má nutrição, entre outros.

No entanto, podemos destacar ainda a expressão “problemas no sistema de serviços de saúde”, definida por Teixeira (2010, p. 148) como “expressão de limitações, dificuldades, fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde”. Estes problemas podem se apresentar em qualquer um dos componentes do sistema de serviços de saúde, tais como na gestão, na infraestrutura, nos processos de trabalho, no financiamento e na organização dos serviços.

Costa e Victora (2006), revisando alguns estudos sobre a definição de um problema, destacam que sua contextualização é ampla e alguns princípios básicos precisam ser res-

guardados na utilização desta terminologia: extensão, prevalência, severidade/gravidade, significância, possibilidade de controle.

De um modo geral, podemos dizer que um problema em saúde pública é uma realidade insatisfatória que pode ser superada, isto é, resolvida ou minimizada, e que demanda sua definição e enunciação por um ator social que esteja disposto e seja capaz de enfrentá-lo.

Neste sentido, um problema em saúde pública precisa ser definido e bem descrito, de forma participativa, sendo esta etapa uma das mais importantes. Para isso, é necessário mensurar e dimensionar o problema, mapeando e apresentando evidências acerca da relevância do mesmo.

Os problemas de saúde pública são questões que afetam a saúde da população em geral, e que requerem intervenções e soluções por parte dos governos e de organizações públicas e privadas. Esses problemas podem ser causados por diversos fatores, como condições de vida precárias, falta de acesso a serviços de saúde adequados, poluição ambiental, entre outros. Para enfrentar os problemas em saúde pública, é necessário um esforço conjunto de diversos setores, como governo, sociedade civil, profissionais de saúde e academia. A implementação de políticas públicas eficazes, investimento em pesquisa e educação em saúde são fundamentais para prevenir e controlar esses problemas, garantindo o bem-estar da população e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Cabe destacar que os problemas, de um modo geral, são multicausais, ou seja, são ocasionados por diferentes causas que, concomitantemente, geram o problema em questão. Cada causa vai contribuir, em maior ou em

menor grau, para a produção/ocorrência do problema. Isso significa dizer que algumas causas produzem maior relação causal com a ocorrência do problema, enquanto outras causas possuem uma causalidade menor, ou mais sutil, ou mais indireta em relação ao problema. Neste sentido, propomos intervenções que visem mitigar ou minimizar uma ou mais causas de modo a resolver o problema.

Identificando as causas do problema

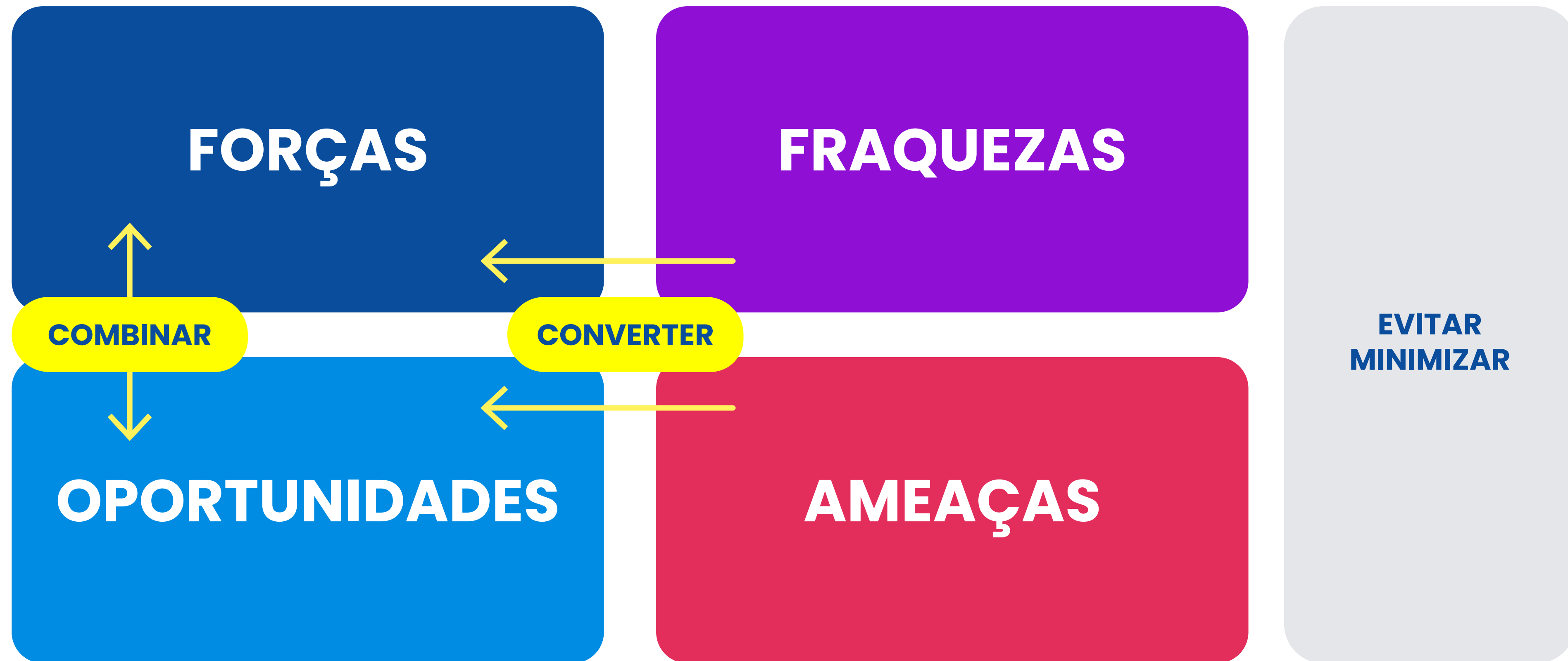
Mas como identificar as causas do problema? Sugerimos alguns passos:

1º passo: Elaborar o diagnóstico situacional, conforme sugerido neste e-book. É importante que alguns critérios sejam observados durante a elaboração do diagnóstico:

- Identificar os principais problemas e seus determinantes e condicionantes;
- Identificar os recursos disponíveis para lidar com o problema;

- Descrever o cenário/contexto no qual o problema ocorre. Uma excelente ferramenta para análise de cenário/contexto é a Matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), também conhecida como FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças). Esta matriz permite a análise do cenário/contexto interno e externo, integrando e sistematizando diferentes tipos de informações (quantitativas e qualitativas). Por meio da análise das quatro forças identificadas na matriz (pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças) é possível identificar o panorama e traçar estratégias considerando o contexto no qual o problema acontece (**figura 3**). As forças e as fragilidades são fatores do ambiente interno que estão diretamente relacionados ao problema. Já as oportunidades e ameaças são fatores do ambiente externo que podem ameaçar ou favorecer a ocorrência do problema (TOLEDO et al., 2022). A análise de cenário/contexto permite a identificação de fatores que contribuem para a ocorrência ou mitigação do problema.

Figura 3: Matriz SWOT/FOFA e as quatro forças.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2019.

- Descrever a situação-problema. Para isso, sugerimos que a descrição contemple a área temática onde se insere o problema; qual a situação problemática identificada; e quais os descritores do problema. Vale destacar que os descritores são informações (geralmente quantificadas) que representam os fatos, os fenômenos e/ou os sinais que caracterizam o problema. São a expressão do problema, ou seja, podem ser entendidos como os sintomas do problema. No entanto, os descritores descrevem o problema, mas não explicam a sua ocorrência. Sempre que possível é importante indicar o parâmetro considerado o ideal para o descritor apresentado. Veja o exemplo a seguir:

Em que área temática se localiza a situação problema escolhida? Tuberculose

Qual a situação-problema identificada? Alto percentual de interrupção de tratamento nos casos de TB

Descritor: Município de Cordeiro apresenta 33% de abandono nos casos totais de TB no ano de 2022.

Parâmetro: A meta estipulada pela OMS é de até 5%.

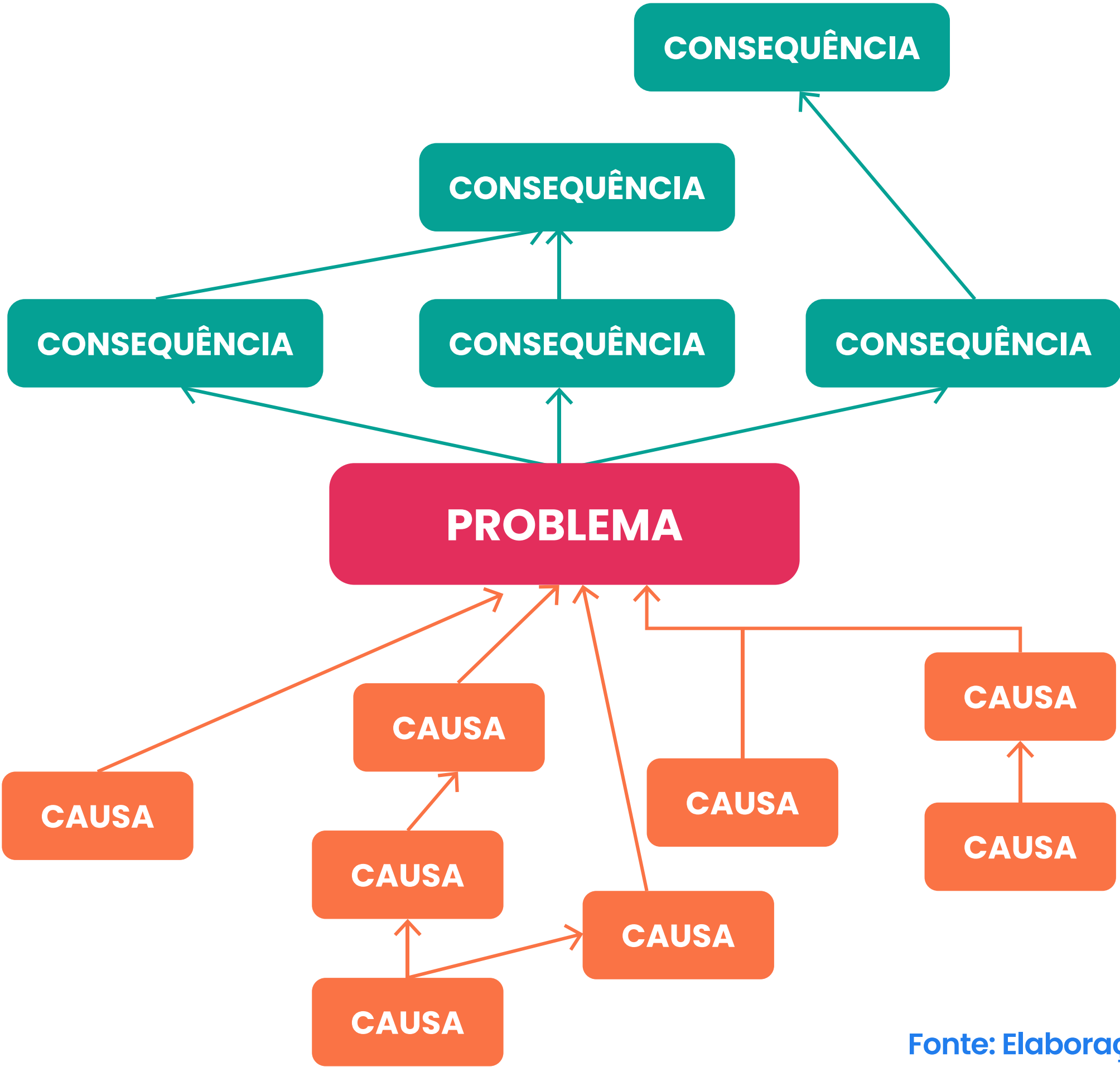
2º passo: Realizar a validação dos problemas identificados no diagnóstico situacional com os atores envolvidos (população, profissionais, gestão, evidências científicas, sistemas de informação, etc.).

3º passo: Identificar as Causas Críticas do problema. Neste sentido sugerimos a utilização da Árvore de Problemas (**figura 4**). Esta ferramenta é uma representação gráfica de uma situação-problema (o tronco da árvore), suas principais causas (as raízes) e os efeitos negativos que ela provoca (os galhos e as folhas). Esta ferramenta permite a participação dos atores envolvidos na identificação do problema, de suas causas e de suas consequências. Ao identificar as causas críticas é possível elaborar intervenções que visem provocar mudanças na situação problema. Importante: todo problema é multicausal! Por isso é importante identificar as causas e definir sobre quais iremos atuar. Esse passo, assim como todos os outros, deve ser realizado de forma participativa, por um grupo de pessoas e não individual, para que diversas percepções e saberes sejam contemplados. Quanto mais participativo for esse processo, maiores as chances de sucesso.

Figura 4: Árvore de Problemas.

“A árvore de problemas é uma ferramenta que serve para identificar causas e consequências de uma situação que precisa de soluções. O objetivo dessa ferramenta é encontrar as causas dos problemas para desenvolver projetos que as eliminem.” (Coral, Ogliari e Abreu, 2009, p. 109).

A leitura sempre é feita de baixo (raízes=causas) para cima(folhas=consequências)



Fonte: Elaboração própria.

Como forma de apresentação do problema, de seus descritores e de suas causas, sugerimos a utilização do seguinte instrumento (figura XX):

Descrição do problema e suas causas.

Descrição do problema

Descritor:

Indicador:

Meta estipulada:

Lista de causas do problema escolhido (Liste até 5 causas possíveis pelo conhecimento da equipe envolvida nesse PI)

1

2

3

4

5

Priorização de 2 causas críticas sob as quais os atores têm governabilidade para atuar

1

2

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7: Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP).

Perguntas	Causa 1:	Causa 2:	Causa 3:
A intervenção sobre estas causas trará impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-las positivamente?			
A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal?			
É oportuno, politicamente, intervir sobre esta causa?			

Fonte: adaptado de BALDISSERA e GÓES (2012) e BARRETO e MATHIAS (2013).

Para saber mais:
Assista ao vídeo “Priorização em M&A” da ENSP/FIOCRUZ disponível no link (<https://youtu.be/zMus0QW8WKU>) e acesse o material disponível no Tema 3: Priorização aplicada ao monitoramento e avaliação em saúde pública no link (<https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/temas/tema3.html>).

4º passo: Priorização das causas críticas sob as quais iremos intervir considerando os recursos disponíveis, a governabilidade e a relevância para o problema. Para este passo sugerimos a utilização do Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP). Este método é muito utilizado por sua aplicabilidade prática, auxiliando na priorização das causas sob as quais agir (BALDISSERA; GÓES, 2012; BARRETO; MATHIAS, 2013), considerando como critérios as seguintes questões (figura 5):

Elaborando o projeto de intervenção

Um projeto de intervenção parte da necessidade imperiosa de unir o pensar ao agir e, nesse contexto, relaciona-se mais especificamente quanto ao seu objetivo a dois tipos de pesquisa acadêmica: pesquisa aplicada e pesquisa de intervenção ou intervencionista, ainda que possamos, de acordo com o tipo de problema, adotar noções dos outros tipos de pesquisa. A abordagem é qualitativa, ainda que usemos dados quantitativos para descrever o problema.

É o momento de desenhar seu plano de intervenção, ou seja, de definir a situação futura desejada e as ações para alcançá-la. As ações são meios de intervenção que empregam vários tipos de recursos e geram produtos e resultados.

Para a elaboração de um projeto de intervenção sugerimos o roteiro a seguir, que possui dois passos, sendo o primeiro destinado a

Identificação e descrição da situação problema e causas críticas referente a partir do diagnóstico situacional realizado (já descritos acima); e o segundo para a elaboração da matriz de programação de ações.

Elaboração da matriz de programação de ações (uma matriz para cada causa crítica escolhida)

Matriz de Programação das Ações

- Causa crítica:

Macro-ações	Indicadores	Metas	Responsável	Ação/Atividade	Prazo para Ação/Atividade (mm/aa)	Recursos Necessários	Fontes possíveis

As ferramentas apresentadas neste capítulo podem ser utilizadas pelos preceptores para qualificar o processo formativo e para subsidiar as atividades práticas dos residentes nas unidades de saúde. Mas cabe destacar que elas não são engessadas, podendo ser adaptadas de acordo com as necessidades locais.

5.6 Compartilhando os núcleos profissionais

Uma outra ferramenta pedagógica que o preceptor pode utilizar quando recebe uma equipe de residentes multiprofissionais, ou seja, com várias categorias profissionais diferentes, é mobilizar a troca de conhecimentos entre as profissões. Um exemplo a seguir de uma atividade pode ser o de um Seminário de Categoria. O objetivo é compartilhar como é a formação de cada uma das diferentes categorias profissionais - **dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e profissionais de educação física, psicólogos**, entre outros. As histórias da formação, os currículos das universidades formadoras e as competências profissionais com ênfase na APS.

Como é feito? Cada equipe de residentes de uma mesma categoria profissional preenche um roteiro com os itens a seguir.

Roteiro para o Seminário de Categoria profissional

1. Breve histórico da sua categoria no Brasil;
2. Matriz Curricular: explicitar as articulações com a formação em Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da Família;
3. Campo (s) de atuação e atribuições na saúde coletiva/saúde pública;
4. Identificar junto aos seus conselhos profissionais os principais posicionamentos éticos da sua profissão;
5. Identificar e analisar as principais políticas públicas vigente da sua categoria (caso tenha, ex: Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Alimentação e nutrição etc.) identificando os princípios e diretrizes norteadoras;
6. Atribuições da sua categoria na APS: verificar a carteira de serviços da SMS, Manuais, e o Caderno de Atenção Básica (CAB) se houver.
7. Apresentar as atividades de integração da sua categoria profissional com as demais categorias no âmbito da APS;
8. Apresentar os principais dispositivos da rede intrasetorial e intersetorial do seu campo profissional (ex: RAPS, CREAS, CEO etc.)
9. Inserir as referências bibliográficas

Esse trabalho deverá ser realizado em grupo de residentes por categoria profissional e apresentado para as demais categorias.

Essa atividade permite a troca de núcleos profissionais, ou seja, aquilo que é específico de cada categoria. Numa equipe multiprofissional é importante cada um dos residentes conhecerem as atribuições nucleares de cada profissão já que irão trabalhar em equipe ao longo de 2 anos de formação na residência multiprofissional voltada para a APS.

5.7 Oficina Dar e Receber críticas

A oficina 'dar e receber críticas' é uma ferramenta potente de discussão com os residentes do processo comunicacional que envolve qualquer trabalho em equipe.

Fazer e receber críticas é um dos mais significativos métodos para o acompanhamento do crescimento pessoal, por ser uma ferramenta poderosa, aqueles que recebem críticas podem em determinadas situações sentirem-se injustiçados e até mesmo insultados por causa de um inadequado ou inapropriado retorno (feedback). Se o retorno for dado corretamente, os participantes aprendem a fazer e receber críticas e com maior probabilidade poderão utilizar essas informações para um efetivo desenvolvimento profissional.

Vamos as etapas dessa oficina:

Etapas 1 – Dividir a turma em grupos de residentes por cenário de prática, ou Unidade Básicas de Saúde ou dividir em pequenos grupos de acordo com o que o preceptor considerar melhor.

Etapas 2 – Realizar a leitura do roteiro da atividade.

Etapas 3 – Cada residente preenche a planilha abaixo individualmente

Etapas 4 – O pequeno grupo debate o que cada um preencheu e preenche a mesma planilha com o consenso do grupo.

Etapas 5 – Cada pequeno grupo apresenta o consenso em plenária e a coordenação preenche a planilha a turma

ROTEIRO OFICINA DAR E RECEBER CRÍTICAS

- 1. Leia a Quadro 6 com os 10 critérios abaixo e pontue os 5 critérios que você considere os mais importantes para um retorno efetivo. Sendo o número 1º como PRIMEIRO LUGAR até o 5º lugar, na Quadro 6. Essa etapa deve ser realizada individualmente.
- 2. Cada um lê individualmente no pequeno grupo o que marcou; na sequência o grupo discute e preenche essa mesma tabela com o consenso do pequeno grupo dos 5 critérios mais importantes para um retorno efetivo para ser apresentado em plenária. Essa etapa deve ser realizada em pequenos grupos.
- 3. Em plenária, cada pequeno grupo apresenta sua pontuação pactuada com o objetivo de fazer uma pontuação na plenária e com a síntese da turma de residentes ou do coletivo na Quadro 7.

Quadro 8: Síntese do consenso dos pequenos grupos dos critérios para um retorno efetivo.

Pontuação de 1 a 5	Critérios para um retorno efetivo
	1.Cuidado - A crítica deve sempre ser feita com o máximo de cuidado. A intenção daquele que faz a crítica deve sempre ser de ajuda e suporte ao educando ou pessoa envolvida.
	2.Atenção - Aquele que faz críticas deve ser, acima de tudo, um bom ouvinte. Deve mostrar-se preocupado com a pessoa e estar atento às respostas verbais e não-verbais ao receber as críticas.
	3.Solicitação - O retorno é mais efetivo quando o avaliado o solicitar. A pessoa que se mostra interessada em ouvir críticas estará provavelmente mais aberta a identificar as áreas que requerem atenção.
	4.Especificidade - O bom retorno é específico e concreto. Conceitos vagos ou pouco claros como “Você abordou bem a dimensão biológica, mas precisa melhorar na abordagem do cuidado à saúde” não permitem identificar quais aspectos foram bem abordados e como melhorar o que está frágil ou inadequado. A crítica precisa apontar como um desempenho que pode ser potencializado ou mudado.
	5.Afetividade - O bom retorno deve ser mais do que uma simples constatação de fatos. Aquele que faz uma crítica deve expressar seus sentimentos para que o educando ou pessoa envolvida na atividade possa perceber o impacto de sua atuação.
	6.Objetividade - O retorno composto por julgamentos exclusivamente subjetivos ou avaliações com tom acusador ou repressor provavelmente colocará as pessoas em posição defensiva. Embora todo julgamento seja um juízo de valor, neste caso deve ser realizado segundo bases claras, com coerência de critérios, descrevendo a situação tal como foi compreendida. Desta forma pode ser possível que cada um chegue às suas próprias conclusões.
	7.Oportunidade - O retorno mais útil é aquele oferecido na oportunidade que encontre a pessoa mais receptiva e que o desempenho ainda esteja em sua mente. A oportunidade deve, ainda, possibilitar a correção ou melhoria do desempenho, por um melhor entendimento das causas e consequências das ações e emoções. O retorno não será útil se os pontos frágeis forem sendo anotados e apenas comentados ao final do trabalho, quando não há mais nada a ser feito.
	8.Direção - O retorno deve ser dirigido aos comportamentos que podem ser mudados. A crítica efetiva deve focalizar as áreas de competência que podem ser melhoradas e sugestões de como fazê-lo podem ser apontadas. O retorno que abordar questões para além do controle da pessoa, são pouco úteis.
	9.Confirmação - Deve-se buscar em outras fontes a confirmação da percepção sobre uma determinada atuação. O entendimento de uma situação e o impacto da atuação das pessoas nessa situação pode ser diverso, uma vez que toda análise e julgamento se fundamenta em valores e, neste sentido, outras perspectivas podem confirmar ou alterar uma dada percepção.
	10.Compreensão - Ao fazer críticas, deve-se assegurar que cada pessoa envolvida compreendeu o retorno que foi feito. Deve-se buscar identificar qual foi o entendimento de cada um a respeito do retorno oferecido.

Fonte: Adaptado de Young, Don and Francis, Dave. Improving work groups: A Practical Manual for Team Building. San Diego,CA: Pfeiffer & company, 1992.

Quadro 9: Síntese do coletivo segundo critérios para um retorno efetivo

Critério	1º	2º	3º	4º	5º	Subtotal
Cuidado						
Atenção						
Solicitação						
Especificidade						
Objetividade						
Afetividade						
Oportunidade						
Direção						
Confirmação						
Compreensão						
Subtotal						

Fonte: Adaptado de Young, Don and Francis, Dave. Improving work groups: A Practical Manual for Team Building. San Diego,CA: Pfeiffer & company, 1992.

Os itens que tiverem maior pontuação na tabela 2 são o que este coletivo considerou como mais importante no que diz respeito a dar e receber críticas.

É importante que seja dito que não há uma resposta certa nos Quadros 6 e 7, mas sim a promoção do debate de cada um dos critérios e o quanto aquele coletivo considera como critérios fundamentais no momento de dar e receber críticas. O preceptor pode adaptar essa oficina de acordo com seu objetivo.

5.8 Autoavaliação

A fim de explorar os processos de percepção do residente sobre as suas reais necessidades de aprendizado é fundamental que os programas de residência ofereçam ferramentas como os instrumentos de autoavaliação de estilo de aprendizagem (SMS-Rio, 2021).

Considerando que todos os indivíduos são diferentes e podem ter diversas necessidades de aprendizagem, algumas estratégias para a avaliação das necessidades de aprendizagem podem ser trabalhadas junto ao preceptor (SMS-Rio, 2021).

A seguir elencamos algumas técnicas que podem ser utilizadas para incentivar a autoavaliação do residente ao longo do processo formativo.

- Incentive o residente a apresentar seus pensamentos e decisões clínicas a você para elaborar o feedback e a validação (forneça feedbacks de modo oportuno);
- Utilize casos clínicos atendidos pelo residente, discutir sobre as decisões tomadas e refletir sobre os projetos terapêuticos e suas relações com o contexto;
- Construa pontes entre conteúdos trabalhados em canal teórico-prático/sessões clínicas, discussões apresentadas em sala de aula, com vivências da unidade de saúde e do território, solicitando ao residente que conecte experiências de aprendizagem com o trabalho desempenhado;
- Incentive o residente a compartilhar ideias e reflexões, que poderão ser discutidas, ampliadas e/ou qualificadas com o preceptor e a equipe;
- Reflita junto ao residente sobre o gerenciamento e a organização do tempo.

5.9 Gestão de Conflitos

Na dinâmica complexa do ambiente das unidades de saúde, conflitos inevitavelmente surgem entre profissionais, pacientes e até mesmo com a gestão local. A gestão eficaz dessas tensões ou conflitos, não apenas pode promover um ambiente de trabalho harmonioso, mas também pode se tornar crucial para a qualidade do serviço prestado ao paciente na unidade de saúde.

Explorar as origens dos conflitos na saúde, desde as diferenças de opinião clínica até desafios éticos e emocionais, oferecendo estratégias práticas para resolver disputas de forma construtiva e preservar a integridade do processo de cuidado, é o grande desafio de qualquer profissional na gestão desses conflitos.

Segundo Cecílio (2005) o conflito é um tema consciente e constitui uma característica intrínseca da vida organizacional principalmente nos processos de intensa interação social.

Liberman (2009) compartilha dessa visão, e ainda acrescenta que os conflitos se estendem até mesmo a ambientes de trabalho de organizações bem-sucedidas.

Os conflitos são uma parte intrínseca dos processos de trabalho e, no contexto das unidades de saúde, podem ter impactos significativos, afetando os pacientes, o dia a dia dos profissionais e a gestão envolvida.

Já Ferreira (2010) aborda o conflito como luta, enfrentamento, divergência de opinião, de ideias ou de posicionamento de duas ou mais pessoas/profissionais mediante determinado assunto.

De acordo com Cecílio (2005), o cotidiano dos gestores e profissionais de saúde tem suas agendas de trabalho frequentemente confrontadas por diversas situações que podem ser definidas como conflitos. Gerenciar essas disputas é uma tarefa constante tanto para os gestores locais e profissionais de uma uni-

dade de saúde, quanto para a gestão maior, em qualquer tipo de organização.

Segundo Karen (2013), os conflitos gerados entre os profissionais de saúde das equipes têm o enorme potencial de alastramento e de resultar na formação de conluio dentro da equipe, logo, é crucial atenuá-los, pois podem, de forma célere, intensificar-se por meio de contágio emocional. A disseminação através desse contágio pode ser de maneira consciente ou até mesmo inconsciente entre os membros da equipe, influenciando estados emocionais e comportamentais.

Liberman (2009) considera que os conflitos podem ocorrer por insatisfação de um profissional, gestor com outros profissionais, em decorrência da discordância do modelo de gestão ou até mesmo com questões relacionadas à procedimentos de conduta.

Segundo Cecílio (2002) há um tipo de conflito encontrado nas unidades de saúde, sendo ele o poder e seus correlatos. Eles geram disputas e conflitos de interesse. Kumar (2014) já traz a ideia de que esses conflitos se iniciam já na gestão de recursos humanos, quando se depara de um lado com profissionais de saúde servidores públicos concursados e do outro com servidores públicos contratados (celetistas), onde o modelo contratual, por si só, já é questão geradora de conflitos.

Karen (2013) aborda de maneira precisa o fato de que há algum tempo os conflitos eram vistos como ruins para o processo de trabalho e a dinâmica das organizações, devendo ser, rapidamente e drasticamente, suprimidos, porém hoje são vistos como um catapultado do desenvolvimento organizacional da instituição, visto que o lado nocivo dos conflitos é dirimido pela forma como eles são tratados pela instituição. O tratamento adequado pode trazer benefícios quanto à melhoria da gestão, da performance e da motivação dos profissionais.

Smith (2020) e Brown & Benson (2018) citam que na literatura científica, é amplamente reconhecido que a atuação direta dos profissionais de saúde e dos gestores é fundamental diante da ocorrência de conflitos. Estes eventos podem não apenas impactar negativamente a qualidade do cuidado ao paciente, mas também afetar o bem-estar dos próprios profissionais e a eficiência operacional das instituições de saúde.

A intervenção precoce e eficaz dos gestores e líderes clínicos é fundamental para identificar, mediar e resolver os conflitos de forma construtiva. Isso não só promove um ambiente de trabalho mais harmonioso e colaborativo, mas também contribui para a manutenção de padrões éticos elevados, preservação da confiança entre os membros da equipe de saúde e possibilidade de amadurecimento profissional.

Diante de um cenário de conflito, onde o preceptor necessitará tomada de decisão, faz-se necessária e fundamental a utilização de alguma ferramenta de gestão

Uma ferramenta gerencial é fundamental para a estruturação metodológica para uma tomada de decisão. Importante levar em consideração a gravidade, a urgência e a tendência do conflito relacionado, e a partir dessas três variáveis, o preceptor terá melhores condições de agir de maneira mais assertiva e eficaz.

Meireles (2001) traz como uma grande ferramenta gerencial e que tem um grande diferencial das demais ferramentas o Método GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), que em relação aos outros do gênero, tem simplicidade de utilização e a possibilidade de atribuir valores para cada caso concreto, de maneira objetiva.

O ato de priorização de um conflito/problema não é simples, porém fundamental para os profissionais de saúde e preceptores. Existem diferentes ferramentas para auxiliá-los nessa escolha, e mesmo diante dessa diversidade de ferramentas existentes para gerenciamento de conflito e riscos, a matriz de priorização GUT, elaborada através da teoria de decisão desenvolvida por Charles Kepner e Benjamin Tregoe na década de 1980, se torna uma ferramenta eficaz para tal.

Segundo Kneper (1981) várias contrariedades podem surgir em uma organização, e nem sempre é possível resolver todas ao mesmo tempo, logo, devendo categorizá-las para posteriormente haver a tomada de decisão com prioridade.

Periard (2011) cita que o primeiro passo é listar os problemas existentes em determinado ambiente de trabalho e, posteriormente, avaliar os três aspectos com base nas seguintes definições:

- Gravidade – a intensidade dos danos que podem ser gerados se não houver atuação sobre eles. A pergunta a ser respondida neste critério é: “qual a magnitude do dano/risco que o problema coloca?”.
- Urgência – o tempo para o conflito “explodir” causando danos ou questões indesejáveis se não houver atuação sobre eles. A pergunta a ser respondida neste critério é: “isso pode esperar?”.
- Tendência – o desenvolvimento que o conflito/problema terá se não houver atuação sobre eles. Para esse critério, a pergunta a ser respondida é: “se isso não for solucionado hoje, o problema vai piorar? Como? De maneira incremental ou bruscamente?”.

Segundo Brasil (2013) após listar todos os conflitos/problemas existentes, se faz necessário atribuir uma escala crescente de 1 a 5, a característica de cada problema, onde o valor 5 deverá ser dado para os maiores conflitos/

problemas e o valor 1 para os menores. O número de cada variável deve ser multiplicado e, ao final, haverá um score para cada problema. Exemplo: Uma situação com extrema gravidade, de máxima urgência e com tendência a piorar em um curto espaço de tempo receberia nota 5 em todos os aspectos, logo, obtendo nota máxima de 125 pontos (5 x 5 x 5).

Periard (2011), com o intuito de dirimir a subjetividade no momento da atribuição da pontuação, sugere a utilização do seguinte método, conforme tabela a seguir:

Quadro 10: Critérios de Pontuação.

Critérios de Pontuação			
Nota	Gravidade	Urgência	Tendência
5	Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Irá piorar rapidamente
4	Muito grave	É urgente	Irá piorar em pouco tempo
3	Grave	O mais rápido possível	Irá piorar
2	Pouco grave	Pouco urgente	Irá piorar a longo prazo
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não irá mudar

Fonte: Periard (2011).

Quadro 11: Simulação de uso do Método. GUT.

Com a finalidade ilustrativa do uso do método GUT, o quadro a seguir apresenta uma simulação de 4 conflitos/problemas, graduando-os de acordo com os aspectos de gravidade, urgência e tendencia, de maneira à concluir qual dos conflitos/problemas apresentados deverão ser vistos como prioridades 1, 2, 3 e 4:

Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	G x U x T	Prioridade
Situação X	2	4	5	40	2
Situação Y	3	2	3	18	4
Situação Z	5	3	3	45	1
Situação W	1	5	4	20	3

Fonte: Fáveri e Silva (2016).

Após todo esse percurso metodológico para a utilização dessa ferramenta gerencial, o preceptor deverá iniciar sua atuação na situação Z, visto resultado apresentado na coluna Prioridade ser de valor 1 apresentado.

Inúmeras outras matrizes de priorização podem ser utilizadas como ferramenta gerencial, apesar da exposição da Matriz GUT neste capítulo. Cabe aos profissionais avaliarem a mais adequada e a que melhor se adapte à necessidade daquele momento e daquela situação conflituosa.

Vídeo 11

Quais as tendências para a formação em residências com ênfase na APS nos próximos anos?



<https://youtu.be/-ibfY5iPpOQ>



REFERÊNCIAS:

BALDISSERA, V. D. A.; GÓES, H. L. F. *O método altadir de planificação popular como instrumento de ensino da gerência em enfermagem*. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia, v. 30, n. 2, p. 253–259, 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Técnica de Análise de Problemas para Auditorias / Tribunal de Contas da União*. Brasília: TCU, Segecex, Secretaria de Métodos Aplicados e Suporte à Auditoria (Seaud), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Priorização de políticas e programas sob responsabilidade direta da Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, 2019.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde pública*, v. 21, p. 508–516, 2005.

CECÍLIO, L. C. O.; MOREIRA, M. E. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 4, p. 587–608, 2002.

CORAL, Eliza; OGLIARI, André; ABREU, Aline França de (orgs.). *Gestão integrada da inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos*. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

COSTA, JSD; VICTORA, CG. O que é “um problema em Saúde pública”? *Rev Bras Epidemiol*, 2006; 9(1): 144–51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/f3MrHMwdX3FC84t68qph98v/#>

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780–788, 2004.

FÁVERI R. de; SILVA A. da. Método GUT aplicado à gestão de risco de desastres: uma ferramenta de auxílio para hierarquização de riscos. *Revista Ordem Pública*. v. 9, nº.1, 2016.

FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

KAREN, J. et al. Conflict contagion: a temporal perspective on the development of conflict within teams. *International Journal of Conflict Management*, v. 24, n. 4, p. 485–516, 2013.

KEPNER, C. H.; TREGOE, B. B. *O administrador racional*. São Paulo: Atlas, 1981.

KUMAR, P. et al. *Provider's Constraints and Difficulties in Primary Health Care System. Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 3, n. 2, p. 102–106, 2014.

LIBERMAN, E.; LEVY, Y. F.; SEGAL, P. *Designing an Internal Organizational System for conflict management. Dispute Resolution Journal*, p. 62–74, 2009.

MEIRELES, M. Ferramentas administrativas para identificar, observar e analisar Problemas: organizações com foco no cliente. São Paulo: Arte & Ciência, 2001.

PERIARD, G. Matriz GUT: Guia Completo, 2011.

SMITH, J. et al. *Managing conflict in healthcare: An essential leadership competency. Journal of Healthcare Management*, v. 35, n. 2, p. 78–85, 2020.

TEIXEIRA, Carmen. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TOLEDO, Patrícia Pássaro da Silva; OLIVEIRA, Andreia Ferreira; SANTOS, Elizabeth Moreira. Priorização aplicada ao monitoramento e avaliação em saúde pública. In: SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; ABREU, Dolores Maria Franco de (org.). Monitoramento e avaliação para ações de planejamento e gestão. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CDEAD, 2022. Disponível em: <http://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA>.

YOUNG, Don; Francis, Dave. *Improving work groups: A Practical Manual for Team Building*. San Diego, CA: Pfeiffer & company, 1992.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos a intenção de fazer esse *e-Book* interativo, porque vai além de um livro digital convencional, oferecendo recursos dinâmicos e participativos que melhoram a experiência e a aprendizagem do leitor. Para isso, utilizamos como ferramentas a navegação interativa com ícones clicáveis que permitem acessar rapidamente capítulos ou seções específicas; a inclusão de links internos e externos; dicas de leituras; e elementos multimídia, tais como *videocast* com explicações, demonstrações ou narrações diretamente no *e-Book*. Incluímos, ainda, recursos de aprendizagem ativa como caixas de entrada de texto que permitem ao leitor registrar notas ou respostas dentro do livro com feedback personalizado, ou seja, com sugestões com base nas respostas ou comportamento do leitor.

Desse modo, esperamos que este E-Book tenha oferecido uma visão ampla sobre os desafios e aprendizados da preceptoria em Residências em Saúde, uni e multiprofissional, no

âmbito da Atenção Primária à Saúde e o compartilhamento de ferramentas e reflexões de dois programas que já possuem grande experiência nessa modalidade de formação. A partir de reflexões, discussões e experiências acumuladas, exploramos as complexidades envolvidas na formação de profissionais qualificados visando o fortalecimento do SUS.

A Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada para o SUS e espaço privilegiado de cuidado, exige profissionais preparados para atuar em equipes interdisciplinares, com sensibilidade às necessidades da comunidade e capacidade de trabalhar em contextos desafiadores e em equipe com diferentes saberes profissionais. As residências, ao integrar ensino e serviço, cumprem um papel fundamental nesse processo, proporcionando experiências que alinham teoria e prática.

A gestão desses cursos de pós-graduação na modalidade de Residência, se revela como uma tarefa de articulação contínua, que exige um olhar estratégico para conciliar os interesses dos diferentes atores envolvidos – residentes, preceptores, tutores, docentes das instituições formadoras e gestores dos serviços de saúde. Dificuldades como a adaptação curricular do campo da saúde coletiva, o acolhimento de residentes e a construção de cenários de prática enriquecedores foram destacadas ao longo do livro, mas também foram evidenciadas as possibilidades de inovação e transformação.

Este *e-book* interativo foi composto por cinco módulos. No primeiro, você pode conhecer melhor sobre o processo formativo em residências com ênfase na APS, destacando a importância da atuação multiprofissional e da interprofissionalidade. Já o módulo 2 teve a intenção de reconhecer os desafios do processo de trabalho presentes no desempenho desta função nos cenários de práticas e promover uma reflexão do que é ser um preceptor e suas atribuições esperadas, resgatando a importância da equipe preceptora.

No módulo 3 abordamos duas iniciativas de programas de residências em saúde no âmbito da APS com grande expertise no processo formativo. Neste módulo tivemos a intenção de compartilhar nossas experiências com outros programas iniciantes nessa modalidade de formação.

O módulo 4, aborda os aspectos relacionados às funções de dois atores primordiais para essa integração: o tutor e o preceptor. Neste módulo tivemos o cuidado em apresentar as atividades e responsabilidades desempenhadas pelos tutores e algumas estratégias para o desempenho destas atividades na prática.

Finalmente, no módulo 5, apresentamos várias ferramentas teóricas, práticas e metodológicas utilizadas em nossos programas de residência que visam apoiar o fazer da preceptoria, no cotidiano dos serviços de saúde.

Assim, convidamos os leitores a refletirem sobre o fazer em preceptoria, no âmbito acadêmico e formativo, com as contribuições deste rico material para suas realidades locais. Mais do que um fechamento, estas considerações finais representam um convite à continuidade do diálogo e à busca por práticas educacionais que valorizem a integralidade, a humanização e a qualidade no cuidado em saúde. Que essas experiências compartilhadas inspirem novas iniciativas e colaborem para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e do nosso SUS, que é gigante!



editora
redeunida



Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

