

Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Percepção de Residentes e Preceptores Sobre seus Papéis

Multiprofessional Residence in Family Health: Residents' and Preceptors' Perception About their Roles

Renata Maria Moura Nascimento¹
Maria Eneide Leitão de Almeida²
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro³
Geraldo Eduardo Guedes de Brito⁴
Franklin Delano Soares Forte⁵

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi apreender a percepção de residentes e preceptores sobre seus papéis na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). **Método:** Foi realizado um estudo com delineamento qualitativo, utilizando a técnica de grupos focais (GF) para a produção dos dados. Participaram do grupo focal 8 preceptores e 8 residentes da RMSFC. Os GF foram realizados entre agosto de 2015 e março de 2016. Utilizou-se a análise temática de conteúdo para a análise do corpus dos dados. **Resultados:** Observaram-se o envolvimento dos trabalhadores para o exercício da preceptoria e a valorização da RMSFC nos territórios na perspectiva da qualificação do processo de trabalho e da produção do cuidado visando à sua integralidade e resolutividade. A interação entre os sujeitos contribui para a (re)construção dos papéis e seu reconhecimento na prática em serviço de saúde das equipes multiprofissionais e na RMSF. **Conclusões:** Os papéis são (re)construídos permanentemente em função de uma complexa rede de fatores pessoais e organizacionais que influenciam essa construção. A RMSFC foi aprendida como um espaço onde todos os atores envolvidos aprendem continuamente. A criação de espaços de diálogo se configura como ferramenta para a construção de conhecimentos, o que contribui para uma melhor compreensão dos papéis e suas ações.

DESCRIPTORES

Ensino. Preceptoria. Residência em saúde. Residência multiprofissional. Aprendizagem

ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to apprehend the perception of residents and preceptors about their roles in the Multiprofessional Residency in Family and Community Health (RMSFC). **Method:** A study with a qualitative design was carried out, using the technique of focus groups (FG) to produce the data. Eight preceptors and eight residents of the RMSFC participated in the focus group. The FGs were carried out between August 2015 and March 2016. Thematic content analysis was used to analyze the data corpus. **Results:** It was observed the involvement of workers in the exercise of preceptorship and the appreciation of the RMSFC in the territories in the perspective of the qualification of the work process and the production of care aiming at its integrality and resolution. The interaction between the subjects contributes to the (re)construction of roles and their recognition in the practice in the health service of multiprofessional teams and the RMSF. **Conclusions:** Roles are permanently (re)constructed as a function of a complex network of personal and organizational factors that influence this construction. The RMSFC was perceived as a space where all the actors involved learn continuously. The creation of spaces for dialogue is configured as tools for the construction of knowledge, which contributes to a better understanding of the roles and their actions.

DESCRIPTORES

Teaching. Preceptorship. Residencies in health. Multiprofessional residency. Learning.

¹ Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, campus universitário I. <https://orcid.org/0000-0002-2058-7430>

² Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Clínica Odontológica. <https://orcid.org/0000-0001-8389-7391>

³ Departamento de Fisioterapia, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, campus universitário I. <http://Orcid.org/0000-0002-5850-7176>

⁴ Departamento de Fisioterapia, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, campus universitário I. <https://orcid.org/0000-0002-3059-3164>

⁵ Departamento de Clínica e Odontologia Social, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, campus universitário I. <https://orcid.org/0000-0003-4237-0184>

Desde a criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios para a sua efetivação. Entre eles, destaca-se a universalização do acesso aos serviços de saúde, visando a alcançar uma cobertura universal, um dos princípios organizativos do SUS¹. Nesse contexto, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família, posteriormente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de ampliar a cobertura populacional, melhorar os resultados da saúde da população, garantir maior equidade e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora da produção do cuidado. A APS, orientada pela ESF, procura impulsionar a incorporação de um novo paradigma assistencial, sendo a porta de entrada para o SUS, com vistas a garantir a todos os brasileiros a integralidade e a resolutividade do cuidado em saúde, conforme disposto nos princípios do SUS²⁻⁵.

No entanto, as mudanças necessárias para o modo de se produzir o cuidado em saúde, em consonância com esse novo paradigma assistencial, vêm acontecendo gradualmente. Ainda, identificam-se processos de trabalho historicamente consolidados, no setor saúde brasileiro, nas práticas profissionais, onde se destaca a persistência de características do modelo biomédico na ESF, com pouca capacidade de análise do processo saúde-doença-adoecimento e dificuldades para o trabalho em equipe^{6,7}. Nesse contexto, o SUS, em especial, a ESF, demanda do sistema de educação a adequação de seu processo de formação em saúde, e, na perspectiva do setor saúde, uma política de educação permanente para os trabalhadores já inseridos no Rede

de Atenção à Saúde (RAS). A formação dos profissionais é um fator importante e tem dificultado uma mudança efetiva do processo de trabalho¹.

Especificamente para a ESF, a especialização em serviço, por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), visa à formação de trabalhadores para o planejamento, a gestão e a clínica da Atenção Primária à Saúde (APS), através do trabalho (interprofissional). Tem como objetivo capacitar futuros trabalhadores para a APS, por meio da oferta de atenção integral à saúde, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, a partir da articulação entre as diferentes redes de gestão, de educação e do controle social, possibilitando, dessa forma, o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação⁸⁻¹¹.

ARMSFC é considerada relevante para a formação de trabalhadores comprometidos, aptos a intervirem na política e na gestão, para que as mudanças necessárias no campo da saúde e o fortalecimento do SUS sejam efetivados⁸⁻¹⁰. Nesse sentido, foram estimuladas as parcerias entre Secretarias de Saúde, quer sejam municipais ou estaduais, Escolas Técnicas de Saúde e Instituições de Ensino Superior (IES), para a implementação das RMSFC^{12,13}. Embora as Residências Multiprofissionais tenham sido criadas a partir de 1970, não existia regulamentação específica. Somente em 2005, a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.129, foram fundadas as Residências que integram a área da saúde voltada para a educação em serviço, na modalidade especialização^{13,14}.

Assim, a RMSFC, pela inserção no campo de trabalho, mostra potencial para formação de profissionais de saúde. Destaca-se, também, seu caráter estratégico, tanto no sentido de promover a consolidação da APS – Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) – quanto por conceber uma oportunidade de especialização em serviço para as diversas profissões da área de saúde, no sentido de garantir apoio às equipes nesse campo desafiante da produção de cuidado^{8,9}.

Com o intuito de consolidar a proposta da RMSFC, é fundamental a participação do profissional de saúde que atua no serviço, inserindo o Residente em uma Unidade de Saúde da Família (USF), como forma de efetivar a prática multiprofissional em seu processo de formação^{13,14}. Compreende-se como prática multiprofissional quando cada profissional trabalha de forma isolada exercendo sua função, sem a intenção de colaborar com os outros profissionais; e como prática interprofissional quando profissionais de dois ou mais núcleos profissionais dialogam, aprendem, colaboram no processo de cuidado, centrado em sujeitos e suas famílias e territórios¹⁵.

Destaca-se a figura do preceptor, nesse contexto, cuja participação na formação em serviço e na produção do cuidado em saúde torna-se um diferencial no projeto pedagógico da RMSFC. Estudos apontam que o preceptor é visto como profissional com mais vivência, e, também, um orientador, supervisor, sendo muitas vezes considerado um exemplo para os residentes¹⁶⁻¹⁹. No contexto dos serviços de saúde, espera-se que o trabalhador possa, no exercício de suas atividades, ter uma atitude

crítica, reflexiva, emancipatória e solidária diante dos problemas do cotidiano, e, “na nova função de preceptoria”, ajudar na formação de profissionais de saúde, integrando conceitos apreendidos na teoria, aplicando-os para resolução de problemas da prática cotidiana dos serviços de saúde^{16,17}. Assim, estabeleceu-se uma relação entre o preceptor e o Residente, ambos descobrindo o trabalho coletivo, a partir do diálogo e da exposição de sentimentos, de pensamentos, de conhecimento teórico, para que a elaboração de ideias e as propostas de trabalho sejam pensadas¹⁷.

Estudo¹⁰ realizado no Ceará destacou o papel do preceptor como facilitador de uma formação contextualizada na colaboração e para o trabalho em equipe. Quando houve habilidade e sensibilidade do preceptor nessa direção, as experiências formativas foram mais presentes. Observou-se, também, que o projeto pedagógico do programa de Residência e as experiências acumuladas ao longo das ofertas das turmas influenciaram a formação.

Dessa forma, indaga-se: A partir da experiência formativa na RMSFC no contexto da APS orientada pela ESF como os preceptores e residentes compreendem seus papéis? A partir do exposto, o objetivo do estudo foi apreender a percepção de residentes e preceptores sobre seus papéis na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de metodologia qualitativa. Essa definição metodológica justifica-se pelo fato de que a

pesquisa busca apreender as percepções de diferentes atores de um objeto de estudo, neste caso, os envolvidos na RMSFC, desbravando uma realidade não quantificável, desvelando relações, crenças, percepções, opiniões e atitudes²⁰.

O cenário do estudo foi um Programa de RMSFC de uma capital do Nordeste do Brasil, operacionalizado pela parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e uma Instituição Federal de Ensino Superior. O processo de formação dessa residência possui uma carga horária mínima de 5.760 horas, das quais, 20% são destinadas às atividades teóricas e 80% às práticas em serviços de saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2015 a março de 2016. Foram participantes da pesquisa residentes e preceptores da RMSFC. Os preceptores convidados atuavam em Equipes de Saúde da Família (EqSF) ou no NASF-AB, os quais exerciam tal função nessa RMSFC por, no mínimo, um ano. Já os Residentes foram aqueles que haviam concluído o primeiro ano da RMSFC. Os seguintes núcleos profissionais faziam parte do programa de Residência: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Serviço Social, Farmácia e Psicologia. Preceptores e residentes que estivessem de férias e com alguma licença não participaram do estudo.

Utilizou-se o grupo focal (GF), como técnica para produção dos dados empíricos. O GF é definido como grupo organizado para discussão sobre um tema. A sua condução se dá por um moderador que estimula o debate, aprofundando o tema em questão. Nesta

pesquisa, os GF foram mediados por um pesquisador com experiência no objeto deste estudo^{21,22}, que não conhecia previamente os preceptores nem os residentes.

A intenção da realização do grupo é oportunizar a conversa entre os participantes da pesquisa, favorecendo a exposição de pontos de vista, percepções, impressões e demais esclarecimentos, buscando o aprofundamento e a exploração da questão pesquisada²¹. Os participantes foram convidados pessoalmente por um pesquisador, que explicou os objetivos da pesquisa, sobre o GF e agendou dia e horário conforme disponibilidade da maioria dos participantes. O local selecionado para realização do GF permitiu a interação entre os participantes e uma excelente gravação, sem presença de ruídos externos.

Os GF foram conduzidos a partir de um roteiro orientador, o qual foi inicialmente elaborado com base na criteriosa revisão de literatura e observando-se o objetivo do estudo. Em seguida, o roteiro foi analisado e discutido por outro pesquisador experiente em pesquisa qualitativa, sendo, então, definido.

Foram realizados dois grupos focais homogêneos, ambos com oito participantes. Verificou-se que esse quantitativo de participantes atendia às recomendações de número mínimo para um GF^{21,22}. O GF de Residentes teve duração de 58 minutos, e o GF de preceptores foi concluído em 50 minutos. A partir das transcrições dos dois grupos focais, dois pesquisadores independentes verificaram que o objetivo da pesquisa havia sido alcançado, não sendo necessária a realização de mais GF.

Os GF foram audiogravados em dois gravadores digitais distintos, assegurando

a qualidade das informações para posterior transcrição. Antes do início do GF, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa, e aqueles que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual estavam descritos seus direitos como participantes voluntários do estudo.

Para a análise dos dados, foi feita a transcrição integral dos GF por um pesquisador. Dois pesquisadores com leituras prévias no objeto do estudo, incluindo o que conduziu os GF, procederam duas rodadas de leitura simultânea à audição, atribuindo sentidos e significados à transcrição, quando cabível. Para a validação da transcrição do material produzido, foi realizada uma terceira leitura simultaneamente à audição das gravações, para a identificação dos possíveis erros de digitação por um sujeito não envolvido no estudo.

O tratamento dos dados foi realizado pela análise categorial de conteúdo²³: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Assim, realizou-se a leitura exaustiva do material, ordenando o conteúdo, sendo a releitura do material muitas vezes necessária para organização dos relatos e das observações, de forma a construir as categorias temáticas com base nas ideias mais relevantes na análise final²³.

Os fragmentos das falas foram apresentados sem correções gramaticais, e, para resguardar o anonimato, os GF foram identificados por letras nos relatos, sendo utilizadas “GFR” para Residentes e “GFP” para preceptores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos e obedeceu à resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, Protocolo 0357/15.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das transcrições, emergiram duas categorias analíticas: papéis em (re) construção e papéis na prática em serviço. Cabe destacar que o trabalho em saúde e a formação na Residência estão intimamente ligados, materializando-se em um ambiente de constante interação entre os diferentes sujeitos envolvidos, como o preceptor e o Residente. Assim, caracterizar esses papéis contribui para a compreensão do alcance do processo formativo em serviço e de seu potencial em promover mudanças no perfil profissional.

Papéis em (re)construção

O preceptor conduz formalmente o Residente, por meio da supervisão, acompanhando-o na rotina do serviço de saúde, facilitando o processo de ensino-aprendizagem, com vistas às competências a serem desenvolvidas e às habilidades necessárias para o desempenho de suas funções²⁴. Ao preceptor é dado o desafio de articular a função de trabalhador do serviço, com o papel de educador, integrando os conceitos e valores da IES e do trabalho¹⁰. É previsível que existam dificuldades para construir esse caminho e que o profissional se ancore em alguma experiência de ensino que lhe seja familiar.

Entre essas dificuldades, na realidade estudada, foi apontada uma fala do GFR em que um preceptor assumiu, durante um período da Residência, o papel de “supervisor”, o que revela um afastamento do papel de mediação (relação horizontal) ao assumir uma relação

vertical no processo de ensino-aprendizagem, muito comum na educação tradicional.

“Ultimamente, ela (preceptora) estava muito como uma supervisora, tanto é que a gente teve reunião e melhorou essa relação, a ponto de só exigir do residente.” (GFR)

Os próprios preceptores reconheceram a complexidade da construção de seu papel na preceptoria. No presente estudo, verificou-se que o papel do preceptor se (re)constrói a partir da interação com os sujeitos à sua volta, mediados pelo cotidiano. Os próprios preceptores reconheceram a complexidade dessa construção e relatam que o diálogo é uma potente ferramenta para a construção das relações e, assim, para a melhor definição dos papéis, a construção de consensos e o espaço de criação e inventividade. Experiências anteriores auxiliam nesse sentido, conforme fragmentos a seguir.

“Essa relação [preceptoria] precisou ser construída com diálogo.” (GFR)
Elas compartilharam com a gente a experiência delas enquanto residentes e como foi ter um preceptor. Ajudou muito nessa prática [preceptoria].
 GRP

Os espaços dialógicos, durante o processo formativo na RMSFC entre Residentes, Preceptores e membros das equipes, mostram-se potentes para a construção de processos participativos de educação permanente. Isso contribui para desconstruir a rotina mecanizada reprodutora

de um modelo de atenção curativista e de um processo de ensino-aprendizagem tradicional. Isso visa a propor a mobilização de conhecimentos para elaboração de propostas de atividades e ações, a partir da reflexão crítica dos problemas e das demandas do cotidiano dos serviços de saúde⁸. Com isso, avança-se tanto na formação quanto na produção de cuidado.

Logo, é muito importante que a RMSFC seja um espaço de construção dialógica^{8,9,25}, caracterizada como um território sensível à troca de ideias e posições e de escuta, para a construção de práticas colaborativas em saúde e para o fortalecimento da concepção de pertencimento ao grupo. Nesse sentido, a preceptoria, por representar uma prática inovadora de educação permanente para o SUS, ao inserir o profissional como ator do processo pedagógico, por meio do trabalho de sua equipe, possibilita o crescimento profissional, institucional e pessoal²⁶. Essa questão emergiu no estudo, conforme apontado no GFP.

“Na minha opinião, ser preceptor é muito bom para minha vivência profissional. Eu tô crescendo muito, tanto profissionalmente como no conhecimento. GFP”

Um aspecto importante para a compreensão do papel dos Residentes foi destacado pelos preceptores no GF. Segundo eles, os ingressantes na RMSFC encontram-se na fronteira entre a formação na graduação e a formação pelo trabalho, que é a Residência. Com isso, é necessária clareza desses papéis, para (des)(re)construí-la e,

assim, oportunizar a produção do cuidado resolutivo e, ao mesmo tempo, constituir as estratégias de ensino-aprendizagem pelo trabalho. Se como estudante da graduação o ingressante desenvolve habilidades e competências para o trabalho, na RMSFC, espera-se que ele produza e (re)signifique o cuidado a partir do cotidiano da ESF. Isso demanda um acompanhamento mais próximo, pelo menos nos momentos iniciais, com vistas à ressignificação de seu papel, por meio da segurança e do desempenho adquiridos na Residência²⁷.

“Tem gente que tá entrando na residência, mas que acabou de sair da graduação, então ele não teve ainda uma experiência de trabalho. Estão com a cabeça cheia de ideias, com todo gás do mundo querendo dar toda energia para a evolução daquele serviço, mas ele não tem ainda aquela segurança do fazer, enquanto outros profissionais já têm uma experiência clínica de muito tempo, e entrou na residência e acha que o NASF, a experiência do PSF, vai ser aquela continuidade da clínica, e que muitas vezes não é. GFP”

Embora possa ocorrer uma certa confusão entre o ser “estudante” e o ser “trabalhador”, a compreensão que deve ser construída é a do ser “Residente” e que ele não é um profissional substituto de recursos humanos na ESF, mas, sim, um trabalhador em formação qualificada, podendo ocupar no futuro tal espaço. Assim é o aprender pelo trabalho articulado com outros Residentes,

preceptores, tutores e com Equipe, a partir de demandas reais dos serviços de saúde. Aqui, cabe destacar a potência da RMSFC em fortalecer a articulação ensino-serviço.

“No início, a gente teve mais dificuldade, também, porque a gente era entendido enquanto aluno, estudante estagiário... a gente não era entendido como profissional de saúde que tava formado e podia desenvolver essas atividades....” (GFR)

“A gente foi com o passar do tempo se soltando um pouco e conseguindo realizar as atividades da gente.” (GFR)

“Construindo a nossa identidade profissional, reforçando ela e reafirmando a importância nesse serviço.” (GFR)

“A gente meio que lutou bastante pra ser vista enquanto profissional.” (GFR)

Cabe ressaltar que a imagem-objetivo na Residência é o rompimento com o modelo tradicional de educação, baseado na transmissão vertical do conhecimento, procurando avançar para o processo de educação permanente e aprendizagem significativa no/para os serviços de saúde²⁸. Os preceptores e Residentes também foram sensíveis ao sinalizar a singularidade de cada sujeito e do coletivo envolvido nesse processo formativo em serviço, conforme observa-se a seguir.

“Agora o que eu percebo também é que é o perfil de cada turma, tanto os residentes como os preceptores estão abertos a construir uma nova

relação que independe das outras que vieram antes, né?” (GFR)

Ao longo dos anos, a presença da Residência nos serviços de saúde foi capaz tanto de contribuir para a construção e o fortalecimento dos papéis do preceptor e do residente – a partir da relação que se estabelece entre esses atores, tutores e demais membros – como para o amadurecimento da condução do processo de ensino-aprendizagem.

“Uma das unidades já tinha tradição de receber residência. Acho que já é a terceira turma. Agora a outra unidade a gente foi a primeira turma, e aí foi até um pouco diferente essa relação, porque, na unidade que a gente era a primeira turma, a gente tem mais dificuldade, por exemplo, de implementar ações permanentes com a equipe. Agora, na outra equipe em que eles já tinham essa tradição, essas construções mais contínuas eram mais fáceis. GFR”

Estudo²⁹ observou forte resistência com a chegada de residentes nas Unidade de Saúde da Família (USF). Para os Residentes, a equipe sabia pouco sobre o processo de formação em andamento, além de perceberem seu trabalho desvalorizado e precarizado. Nesse cenário, os serviços de saúde estavam organizados a partir do modelo médico centrado e com baixa cobertura da ESF. Isso reforça a necessidade de aproximação entre todos os atores, inclusive de gestores, com vistas à adequada organização da rede de atenção, com importantes reflexões de seus

processos de gestão e trabalho em saúde.

Percebe-se a permanente (re) construção das relações interpessoais e institucionais que orientam a construção dos papéis, tanto por parte dos preceptores quanto dos Residentes, conseqüentemente, (re)definindo o processo de aprendizagem em serviço, a produção do cuidado em saúde e o trabalho em equipe.

Os preceptores constroem sua identidade não só no e pelo trabalho, mas, também, conforme seus próprios referenciais e modelos experimentados em outros espaços, quer seja na formação, na graduação ou nas experiências de trabalho anteriores²⁸. Assim, é importante reconhecer a diversidade de caminhos possíveis para a aprendizagem, procurando a superação da própria experiência e recuperando saberes prévios para alcançar novos conhecimentos.

Acho que também tem a peculiaridade de cada turma e das pessoas...independente de você ser profissional, você, antes disso, tem experiência como pessoa, como ser humano, e isso, querendo ou não, influencia muito, até nesse trabalho interdisciplinar sobretudo... então, eu acho que dependia do nível de maturidade da turma como um todo. GFR

Diante disso, é *mister* a oferta de atividades contínuas de desenvolvimento pedagógico para o preceptor. Estudos indicam que a realização de capacitações proporciona que eles compreendam, com maior clareza, o seu papel na formação na Residência^{30,31}.

Além disso, favorecem a possibilidade de gerenciar a oferta de espaços, para que a preceptoria aconteça a partir do diálogo, no contexto da complexidade dos serviços de saúde na atenção básica (referência) e do sistema de ensino.

Em síntese, para a superação desse entrave, em direção à plena efetivação do processo formativo na RMSFC, há necessidade de reflexão contínua dos preceptores sobre suas práticas, com vistas a melhorar suas competências e habilidades educacionais^{30,31,32}. Caso isso não aconteça, o preceptor reproduzirá a sua própria vivência na Residência, conforme suas próprias convicções e formação³³.

Práticas pedagógicas ancoradas na aprendizagem significativa reforçam a ideia de que cada sujeito (preceptor e/ou Residente) tem experiências, conhecimentos e saberes prévios. Por isso, o enfrentamento e a compreensão do cotidiano vão tomando novos contornos, possibilitando uma (re) construção de conceitos e ampliando, assim, a capacidade de aprendizado³⁴ e de produção do cuidado. Nos encontros no território, preceptores e residentes se transformam e se refazem, a partir da troca de aprendizagens.

Os papéis na prática em serviço

Observou-se, a partir das falas no GF, que a dinâmica de trabalho já estabelecida na ESF interfere no modo de produção do cuidado e, conseqüentemente, nos processos pedagógicos da Residência. As falas dos residentes revelaram que os momentos de discussão e reunião e o próprio encontro diário no trabalho aproximam o mundo do trabalho com o da formação.

As reuniões de planejamento pra fazer ações é geralmente onde a gente tem muito essa atividade de matriciamento, reuniões de equipe, de preceptoria, reuniões entre os próprios residentes, que a gente fazia muito no começo, onde nós mesmos nos matriciávamos pra determinados assuntos. GFR

O convívio também, o dia a dia da unidade vai fazendo a gente ter esse contato mais próximo com a equipe. GFR

No entanto, as práticas do NASF-AB diferem daquelas da ESF, e isso acaba dificultando um trabalho integrado, conforme se verificou neste estudo. Os Residentes relataram necessidade de melhor articulação e integração entre os preceptores da ESF e do NASF-AB, por exemplo, evidenciando a fragmentação da produção de cuidado dos profissionais que compõem essas equipes.

“Nós temos certa dificuldade no serviço em estar se articulando com a equipe NASF devido ao processo de trabalho, que chega a ser um pouco diferente, certo? Os [cita uma categoria profissional da ESF] dentro da unidade já têm uma rotina, já têm as tarefas um pouco mais definidas. Então nós ficamos dentro da unidade todos os dias, na mesma unidade de saúde. Não tem aquela rotatividade nas unidades como a equipe NASF tem... nós só temos a responsabilidade de uma

área... então, assim, de uma certa forma, essa minha aproximação com os preceptores chega a ser bem melhor, né? GFR

Essa falta de integração entre os profissionais, revelada nos discursos, aponta para um descompasso entre o preconizado para a relação entre pontos de atenção da rede, comprometendo tanto a resolutividade das ações de saúde quanto o processo formativo. A partir do modelo capitalista, o processo de trabalho em saúde se organizou em torno da fragmentação do corpo/indivíduo e da dependência de recursos tecnológicos densos e especializados. Isso determinou a construção de modos de produzir cuidado e de se educar para a saúde ainda persistentes, mesmo com a constatação de que esses modelos não se mostram resolutivos frente às necessidades contemporâneas de saúde.

Um estudo³⁵ sobre as potencialidades e os desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiras atuantes na Atenção Primária em Saúde numa capital do Nordeste mostrou que o principal desafio no tocante à multidisciplinaridade e à interprofissionalidade foi a frágil participação dos profissionais das equipes da ESF nas atividades executadas pelos residentes, que pode ser decorrente do processo de formação dos profissionais da saúde, que ainda é pautado no modelo biomédico tradicional, dividido em conteúdos e organizado de maneira compartimentada.

No que se refere ao sucesso da integração entre ensino e serviço, capaz de promover aprendizagem significativa nos serviços de saúde, evidências apontaram que

a sua efetividade é associada a importantes mudanças de estrutura e funcionamento, tanto no sistema de educação como no de saúde^{10,11,12}. Trata-se de uma construção coletiva com a participação dessas duas esferas. A partir do encontro, permite-se a reflexão e a construção de novos modos de aprender e cuidar³⁶, como o que é proposto para ocorrer nas RMSFC.

É importante a compreensão de que no serviço também se aprende a partir da própria dinâmica do processo de trabalho em saúde. Reconhece-se, dessa forma, o trabalho como princípio educativo, em que os problemas, os conflitos, os desafios do cotidiano do trabalho em saúde são cenários importantes para a formação^{8,37}. Isso representa o principal diferencial da especialização na modalidade residência.

Muitas questões que surgem no cotidiano dos serviços transcendem a relação preceptor-residentes e dizem respeito a outras esferas de governabilidade, como os desafios para se alcançar a universalidade, a integralidade e a resolutividade do cuidado. Espera-se que os processos formativos em saúde nos serviços contribuam para a reorientação do modelo fragmentado de atenção à saúde. Logo, pressupõe-se que, na RMSFC, a produção do cuidado ocorra de forma articulada e integrada entre os pontos constituintes da rede de atenção à saúde, por meio do trabalho compartilhado e colaborativo, buscando contribuir para a qualificação do cuidado dessas equipes e para a ampliação do escopo das ações ofertadas^{10,11,12}. O fragmento a seguir ilustra esse resultado.

“Mas que muitos desafios existem, existem. Não só em relação à

Residência, mas em relação ao serviço em si. É aquela demanda que é muito grande, é a questão da estrutura física que é muito pequena, é todo um contexto. É muitas vezes a ausência da gestão, é a fragmentação desse cuidado.” (GFR)

A Residência prevê a realização de ações de campo da saúde e de núcleo profissional. Compreende-se aqui o termo ‘campo’ como sendo a atuação na perspectiva da interprofissionalidade e da multiprofissionalidade, com base na resolutividade e na integralidade na produção do cuidado em saúde, ou seja, competências comuns a todos os profissionais de saúde. O ‘núcleo’, por sua vez, consiste no exercício profissional de determinada área do conhecimento reconhecido pelos conselhos de categorias profissionais³⁸, desenvolvimento de competências específicas de cada núcleo profissional.

(...) era todo mundo fazendo tudo... que bom, que bacana, e a gente nunca desestimulou e sempre disse: por mais que a referência seja nossa, você precisa discutir outras coisas.... a gente sempre estimulou, porque na verdade não fazia juntos os atendimentos, mas o que estava sendo discutido era referente ao território e era comum a todos. GFP
 (...) muito fortemente elas davam um “ar” nos grupos, que era uma deficiência das unidades... era muito difícil, então eles davam um gás,

faziam atividades e oxigenava esses grupos... fora o trabalho de grupo, tinha as pueri, os atendimentos tanto individuais, tinha visitas. GFP
Planejava com a equipe: vamos fazer tal ação, e todo mundo se organizava e ia fazer aquela ação... ação de dia da mulher, dia da criança na escola... então tiveram muitas ações interessantes em que foi bem articulado. GFP

A formação em saúde que se dá nos serviços não elimina os conflitos entre os trabalhadores envolvidos, mas busca transformá-los em um processo pedagógico que gera conhecimento para o Residente e impacto no processo de trabalho das eSF, oportunizando novas aprendizagens para o enfrentamento dos problemas, de uma forma mais dialógica. Cabe ressaltar que nem sempre se consegue isso, podendo ser um obstáculo/barreira a ser vencida pela Residência. Assim, compreende-se que os sujeitos, a partir da interação, vão se modificando, e a Residência é vista como cenário onde todos estão aprendendo^{10,12,13}, conforme emergiu no GFP.

“...e a gente foi aprendendo na prática, batendo a cabeça, foi se estrebuchando ali no processo, gostando, aprendendo, conhecendo um pouco de como as meninas faziam, né? E tentando ir atrás de fontes que pudessem garantir uma capacitação pra a gente.” GFP

Diante disso, é importante a oferta

de desenvolvimento docente voltado para o preceptor. De forma, a discutir sobre o processo ensino aprendizagem e avaliação na RMSF, em função de seu papel como preceptor no cenário de práticas de saúde e que faz a mediação do saber-fazer-sentir na prática em serviço e de formação em saúde.

Reconhecem-se as limitações do presente estudo a partir do lapso temporal na produção dos dados. Diversas mudanças ocorreram do ponto de vista das Políticas de saúde, do financiamento, da disponibilidade de recursos, da organização do processo de trabalho, em especial, da Política Nacional de Atenção **Básica** e da nova proposta do NASF-AB, além da situação atual do governo brasileiro **e da vivência com a pandemia** da COVID-19. Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas contemplando esse cenário político-econômico brasileiro considerando os seus impactos na formação dos residentes. No entanto, a realidade desvelada por este estudo poderá contribuir para debates, com vistas ao fortalecimento dessa estratégia de formação, da articulação ensino-serviço e da própria ESF. Espera-se que a ESF seja capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, por meio de cuidado integral e resolutivo. Assim, uma formação com melhor articulação ensino-serviço com base no contexto local pode gerar impacto no processo de trabalho em saúde, melhorando a oferta de serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os papéis de preceptor e residente, de maneira geral, não são acabados e imutáveis. Os papéis estão definidos no projeto

pedagógico da RMSF. Desvelou-se nesse estudo a compreensão desses papéis na prática em serviço. Os resultados deste estudo identificaram uma complexa rede de fatores pessoais e organizacionais que influenciam a construção desses papéis em um programa de RMSFC. Na realidade estudada, a RMSFC foi apreendida como um espaço onde todos os sujeitos e instituições envolvidos aprendem continuamente. A institucionalização desse processo ensino-aprendizagem nas EqSF favorece a construção dos papéis (do preceptor e do Residente). Esses espaços de diálogo se configuraram como ferramentas para a construção de conhecimentos e melhor definição dos papéis.

Ser preceptor significou, para os participantes do estudo, a possibilidade de crescimento profissional, institucional e pessoal. No entanto, na prática da preceptoria, foi identificada uma situação em que o preceptor assumiu o papel de “supervisor” no processo de ensino-aprendizagem.

Já para os residentes, identificou-se seu duplo papel: o de estudante recém-graduado e o de um trabalhador com experiência prévia em serviço. Ao identificarem as fragilidades dos serviços onde se encontram inseridos, os residentes incorporam, em seus papéis, a característica de trabalhadores orientados pela constante crítica. Com isso, potencializam a possibilidade de, por meio da articulação ensino-serviço, impulsionarem mudanças no modo de se aprender e de produzir cuidado.

Destaca-se o papel da instituição de ensino na formação dos Residentes e preceptores; da gestão, no apoio à integração dos Residentes com as EqSF onde a Residência é desenvolvida; e desses

trabalhadores, no reconhecimento de que são protagonistas desse processo formativo. Assim, é fundamental o contínuo preparo técnico e pedagógico de todos os atores

envolvidos na RMSFC, orientado pelo compromisso social e político transformador das práticas de saúde, com vistas às demandas de sujeitos, famílias e comunidade.

REFERÊNCIAS

- Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1499-1509.
- Castro MC et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Health Police*. 2019; 10195 (394):345-356.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018; 42(1): 18-37.
- Hone T, Rasella D, Barreto ML, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS medicine*. 2017; 14(5):e1002306.
- Fausto MCC, Machado CV, Lima LD. Organização da atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM et al., *Atenção Primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018.
- Brito GEG; Mendes ACG, Santos Neto P. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):77-86.
- Pinto TR, Cyrino EG. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26:e200770.
- Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & contexto enferm*. 2016; 25(1): e2760014.
- Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Amaral EMS. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta paul. enferm*. 2015; 28(2):132-38.
- Arruda GMMS, Barreto ICHC, Ribeiro KG, Frota AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(Supl.1):1309-23.
- Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl.1):1325-37.
- Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170691.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação. *Diário Oficial da União*, 30 Jun 2005.
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.
- Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev. bras. educ. méd*. 2008; 32(3): 363-73.
- Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis*. 2011; 21(1): 65-85.
- Silva VC, Viana LO, Santos CRGC. Prática social e pedagógica do enfermeiro-preceptor: um estudo de caso. *Online braz. j. nurs. (Online)*. 2014; 13(1): 102-12.
- Autonomo FROM, Hortale VA, Santos GB, Botti SHO. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. *Rev. bras. educ. méd*. 2015; 39(2): 316-27.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 15a ed. São Paulo: Hucitec; 2015.

21. Stewart DW, Shamdasani PN. Focus groups: theory and practice applied social research methods series. Newbury Park: Sage; 2015.
22. Cyr J. Focus Groups for the Social Science Researcher. Cambridge, United Kingdom; New York: Cambridge University Press, 2019. 144 p.
23. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
24. Carlson E. Critical friends: a way to develop preceptor competence? *Nurse educ pract.* 2015; 15(6): 470-71.
25. Mårtensson G, Löfmark A, Mamhidir A, Skytt B. Preceptors' reflections on their educational role before and after a preceptor preparation course: a prospective qualitative study. *Nurse educ pract.* 2016; 19: 1-6.
26. Pagani R, Andrade LOM. Preceptoría de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc.* 2012; 21(1): 94-106.
27. Wanderley LCS, Almeida FCS, Junqueira CR, Gabriel M, Araújo ME. A formação de educadores em saúde da família: uma agenda para atividades futuras em Odontologia. *Rev. ABENO.* 2015; 15(1): 20-27.
28. Castells MA, Campos CEA, Romano VF. Residência em medicina de família e comunidade: atividades da preceptoría. *Rev. bras. educ. méd.* 2016; 40(3): 461-469.
29. Rosa SD, Lopes RE. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. *Avaliação.* 2016; 21(2): 637-56.
30. Bengtsson M, Carlson E. Knowledge and skills needed to improve as preceptor: development of a continuous professional development course – a qualitative study part I. *BMC Nurs.* 2015; 14(51): 1-7.
31. Mårtensson G, Löfmark A, Mamhidir A, Skytt B. Preceptors' reflections on their educational role before and after a preceptor preparation course: a prospective qualitative study. *Nurse educ. pract.* 2016; 19: 1-6.
32. Panzavecchia L, Pearce R. Are preceptors adequately prepared for their role in supporting newly qualified staff? *Nurse educ. today.* 2014; 34: 1119–24.
33. Gubert E, Prado ML. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. *Rev. eletrônica enferm.* 2011; 13(2): 285-95.
34. Ausubel DP. The acquisition and retention of knowledge: a cognitive view. Dordrecht: Kluwer, 2000.
35. Gomes AT, Marques JS, Meneses M de O, Brandão SA de SM, Leal SRM de D. Potencialidades e desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development.* 2022. 9(6):e70963412.
36. Marin MJS et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(3): 967-974.
37. Rodrigues AMM, Freitas CHA, Guerreiro MGS, Jorge MSB. Preceptoría na perspectiva da integralidade: conversado com enfermeiros. *Rev. gaúcha enferm.* 2014; 35(2): 106-12.
38. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2000; 5(2): 219-30.

CORRESPONDÊNCIA

Franklin Delano Soares Forte
Departamento de Clínica e Odontologia Social, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, campus universitário I. Castelo Branco I. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58051-900.
E-mail: franklinufpb@gmail.com