



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

MELISSA SANTOS LIMA

REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE

**Salvador - BA
2020**

MELISSA SANTOS LIMA

REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE

**Trabalho de conclusão de Residência
apresentado ao Programa Integrado de
Residência Multiprofissional em Saúde da
Família – FESFSUS/FIOCRUZ.**

**Orientadora: Fisioterapeuta Esp. Cléia
Guimarães de Souza.**

**Salvador - BA
2020**

“A gente muda o mundo na mudança da mente, e quando a mente muda a gente anda para frente, e quando a gente manda ninguém manda na gente. Na mudança de atitude não há mal que não se mude nem doença sem cura, na mudança de postura a gente fica mais seguro, na mudança do presente a gente molda o futuro”.

(Música Até quando - Gabriel O Pensador)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
TRAJETÓRIA - DA FORMAÇÃO À RESIDÊNCIA	5
DESPERTAR PARA O FAZER SAÚDE	9
A INFLUÊNCIA DA PRECEPTORIA	11
OBJETIVO DA RESIDÊNCIA NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE COMO ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	14
CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE NASF E EQUIPE MÍNIMA	16
O APRENDER A APRENDER SEM A PRECEPTORIA	18
A CHEGADA DOS NOVOS R1 NO MUNICÍPIO.	20
TRANSIÇÃO DE R1 PARA R2	25
R2... AFINAL, O QUE É ESSE LUGAR?	27
INICIAÇÃO A PRECEPTORIA, E O QUE SERIA ISSO? DESENVOLVER HABILIDADES NÃO ALCANÇADAS NO R1?	29
UM LUGAR DIFERENTE...	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

INTRODUÇÃO

TRAJETÓRIA - DA FORMAÇÃO À RESIDÊNCIA

A fisioterapia me conquistou quando meu pai rompeu o até então “Tendão de Aquiles” (hoje tendão calcâneo) durante uma partida de futebol, o que o obrigou a fazer sessões de fisioterapia, as quais eu o acompanhava.

Recordo-me de ter ficado impressionada em como as mãos conseguem trazer de volta a função, organizar o que está desorganizado. Na verdade, acredito que aos 18 anos de idade a maioria dos adolescentes não tem maturidade suficiente para escolher a profissão ou caminho que deseja cursar, mas a pressão que sofremos interna e externamente nesse período é tamanha que nos leva a fazer escolhas com embasamento raso, sem suficiente robustez. Eu, por exemplo, não sabia o que queria fazer, mas sempre soube que queria cuidar, proporcionar o cuidado, e as sessões de fisioterapia as quais acompanhava meu pai, materializavam essa minha vontade.

Entrei para o curso de fisioterapia da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) no ano de 2009, escolhi essa universidade porque era a mais próxima de minha casa na época e foi quando eu descobri um pouco desse universo durante 2 semestres. Ao final do segundo semestre estava decidida a trancar essa universidade e estudar para fazer cursinho a fim de tentar entrar na Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Àquele ambiente da universidade privada me causava certa estranheza, a maioria dos estudantes da minha turma um tanto descompromissada, afetava muito meu aprendizado durante as aulas. Percebi que queria algo mais sério, afinal era na minha profissão que estava investindo. Além do mais, me incomodava com o fato de meus pais terem que pagar uma faculdade para mim, pois já tinham investido tanto nos meus estudos ao pagarem escola particular durante toda a minha vida. Achava injusto, embora eles tivessem condições para tal e nunca terem me cobrado isso, de alguma forma eu me sentia na obrigação de cursar uma faculdade pública.

Por volta de outubro/novembro de 2009, no final do segundo semestre na Católica, recebi a ligação de meu irmão falando que tinha aberto o curso de fisioterapia na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Lembro-me de estar com uma colega e ter falado “Imagina se a gente passa?”. Foi quando decidi fazer a primeira fase do vestibular da UFBA. Tempos depois, estava no banheiro do shopping onde trabalhava quando, recebi a ligação de meu irmão falando que era para eu pedir demissão e ir para casa naquele momento para estudar, pois eu tinha passado para a segunda fase do vestibular. Nossa !!! Que sensação incrível foi ter recebido àquela notícia. Pedi demissão e me inscrevi num cursinho pré-vestibular para me preparar à segunda fase da UFBA. Foi uma semana de estudo e dedicação que culminou, num dia de domingo, com a ligação do meu irmão perguntando “Como você fez isso?”, e a voz da minha cunhada no fundo falando que eu tinha passado. Eu não conseguia acreditar! Foi uma das melhores sensações da minha vida.

Entrei na graduação de fisioterapia da UFBA e tive o prazer de desfrutar a imensidão que é cursar uma universidade federal. Entrei com o intuito de me especializar na área de ortopedia, mas ao longo do percurso em encantei pela complexidade da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Lembro-me de não gostar muito das matérias da área de saúde coletiva. Não dava muita importância, achava maçante, pareciam as matérias de história e geografia da escola, sempre preferi as exatas. Não imaginava o quanto de conteúdo e riqueza de informações estava desperdiçando.

No último semestre do curso, estava sofrendo uma pressão muito grande para que fosse trabalhar na empresa de meu pai que era da área de elétrica. Nesse período estava muito afoita por trabalhar e ganhar meu dinheiro, já não aguentava mais somente estudar. Então decidi ir para o ramo de elétrica e deixar minha profissão guardada. Ainda fiz o curso de eletrotécnica enquanto trabalhava e no final do último semestre fui demitida por infringir uma regra. Foi quando fiquei perdida em relação ao que fazer profissionalmente e vislumbrei a oportunidade de voltar para a minha área, a fisioterapia. Decidi estudar, pois eu sempre gostei de fazê-lo. Pensei em fazer residência, pois antes de optar por abdicar da minha área era o que sempre quis fazer após concluir minha formação. Para mim, fazer a residência era o diferencial do profissional de saúde, “a menina dos olhos”. Fiz a prova da SESAB, fiquei em 4º lugar, mas só eram 2 vagas.

Encontrei no site da CEFET a residência da FESFSUS, fiz a primeira prova, mas fiquei em 13º lugar. Estava decidida a fazer a prova de residência, ou da SESAB ou da FESFSUS, e me dedicar a estudar para tentar novamente no fim no próximo ano. Foi quando, na quarta-feira de cinzas, estava navegando na internet e avistei o chamado no Facebook sobre vagas residuais para a área de Fisioterapia na residência da FESFSUS, daí eu pensei: “Nossa !!! Mais uma oportunidade”. E essa “última oportunidade do ano em residência” me deu um gás tão grande de estudar e uma vontade enorme de conseguir àquela vaga. Estudei muito, comecei a me familiarizar com aqueles assuntos e de uma forma bem natural foi fazendo sentindo para mim e fui gostando dos assuntos do SUS, mas confesso que havia coisas pertinentes à saúde da família que apesar de estudar muito, eu não entendia ao certo. Posso falar sem sombras de dúvidas que somente após ingressar na saúde da família que entendi com propriedade o que realmente são àquelas questões na prática, como, por exemplo, o APOIO MATRICIAL¹. Havia diversas questões de provas anteriores cobrando isso e, portanto, eu estudava muito, mas foi um dos pontos mais complexos para meu entendimento. Estava no ônibus indo para a autoescola quando recebi a ligação de uma funcionária da FESFSUS informando que eu havia passado e que precisava levar toda minha documentação até as 17:00h daquele mesmo dia. Que sensação incrível !!!! Eu nem

1

Segundo Campos (Campos, 1999), o Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados.

acreditei. Nesse dia nem fiz as aulas da autoescola e fui correndo para casa para reunir toda a documentação necessária e levar até a fundação.

Não conhecia ao certo o trabalho de um fisioterapeuta na Saúde da Família e inicialmente achei que faria atendimento fisioterapêutico, quando na verdade essa foi uma das últimas coisas que fiz no primeiro ano de residência. No começo causava-me certa de estranheza essa “falta” de atendimento técnico, demorei um tempo para perceber que o fazer saúde vai muito além do “atendimento” em si e confesso que esse universo de produção de saúde me fascinou. Era um lugar onde nunca havia estado antes, mas de alguma forma parecia que me era familiar, me sentia muito empolgada em estar ali, produzindo saúde de diversas formas, aprendendo com o território e colegas de trabalho. Engraçado que apesar de eu amar minha profissão, hoje me enxergo muito mais no papel de gestão dos processos de saúde. Como dizem, a saúde coletiva me escolheu !

Não conhecia o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), não entendia bem o que era ou como atuava, mas quando descobrir que faria parte desse núcleo, de alguma forma, me senti muito acolhida. Percebi que assim como eu, meus colegas do NASF também compartilhavam desse mesmo desconhecimento. Apesar da atuação do fisioterapeuta do NASF não ter o foco predominante na prática técnico-clínica, estava tão feliz em estar naquele espaço que isso não era um problema. Estava disposta a aprender e desenvolver as ações pertinentes ao NASF da melhor forma, mas não perdendo a possibilidade de exercer minha atuação como fisioterapeuta. Confesso que foi um processo de construção, fui me adaptando e entendendo como tudo aquilo funcionava e fui gostando muito de exercer um papel para além do que eu fui formada tecnicamente. A partir daí percebi que consegui atingir a competência de “AMPLIAÇÃO DO OLHAR” que só tinha visto na teoria até então.

A Política Nacional de Humanização (PNH) entende por Clínica Ampliada como uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. (BRASIL, 2013)

Engraçado como é rico você se permitir a atingir esse status, mas ao mesmo tempo não é algo simples, demanda certa dedicação. Acredito que esse entendimento possibilitou maior significância no meu papel como profissional, no fazer saúde realmente. Entendendo o indivíduo como um todo e não apenas como um corpo, com todas as influências dos condicionantes e determinantes de saúde que interferem no seu processo de saúde doença. E é tão gratificante se conhecer nesse processo de evolução como profissional, entender que a gente pode mais, pode prestar o melhor atendimento se estivermos munidos de conhecimento, da disponibilidade, do querer fazer.

Nós, enquanto NASF, fomos muito encorajados a estudar e aprender sobre nosso papel e sobre as dificuldades que encontraríamos enquanto profissionais. Mas juntos, e reafirmo, com o

auxílio fundamental de nosso preceptor Pedro, fomos nos apossando daquele lugar e construindo com a equipe mínima o entendimento do nosso papel. No começo existia uma falta de compreensão e talvez de aceitação muito grande da equipe mínima. Eles não entendiam como nós não podíamos, por exemplo, ter uma agenda fixa e atender as demandas da nossa área. Não entendiam sobre o matriciamento, consideravam como se fosse passar o conhecimento de uma vida, para outro profissional exercer um papel que ele julgava ser seu por direito, e isso era muito conflituoso. Foi uma luta no período do R1, nós tínhamos que lidar com todas as questões que envolviam o território e os afetava diretamente e ainda lidar com as incompreensões da equipe mínima quanto nossa atuação. Fomos criando estratégias de fazer oficina, apresentações, turno de matriciamento na equipe, atendimento compartilhado, para que elas compreendessem nosso papel e assim pudéssemos caminhar com mais harmonia. Deu muito certo ! Eles se envolveram no processo bem como se permitiram à compreensão, embora não tenha sido fácil, mas fui muito valoroso.

Hoje conseguimos compreender bem nosso papel enquanto NASF, depois de muito debate e estudo, mas entendendo que tem toda uma questão política e geográfica que interferem em nossa atuação. Muitas vezes seguíamos às políticas e cadernos que norteiam nossa atuação, mas havia uma questão de interesse político da gestão do município que não condiziam com o que nos era preconizado, então o preceptor tinha que muitas vezes dialogar com a gestão municipal nesse sentido, a fim de ponderar o que era de nossa atuação como processo formativo da residência e o que tínhamos que ofertar de contrapartida como trabalhadores do município.

DESPERTAR PARA O FAZER SAÚDE

Quando entrei na Saúde da Família achei que, de alguma forma, pudesse fazer diferença na vida daqueles usuários. Engano meu ! Eles é que fizeram toda a diferença na minha vida profissional e pessoal. Costumava dizer que se eu não aprendi nada com a residência, pelo menos aprendi a ser uma pessoa melhor e isso faz toda a diferença.

Ingressar nesse espaço de ensino-aprendizagem é uma experiência extremamente curiosa de aperfeiçoamento do conhecimento, aliado a uma legítima responsabilidade técnica.

É imprescindível o cuidado das ações e condutas, caso contrário, corremos o risco de adquirir uma “cegueira” que permeia a estratégia de saúde da família. Seja no lugar de profissional, que muitas vezes reproduz a mesma prática assistencial para um diferente público, deixando de lado o fato de que cada pessoa tem uma especificidade, enxergando o indivíduo com um todo. Isso é extremamente delicado, porque na saúde da família, para a maioria dos usuários, o que o profissional fala, é lei. Ou até mesmo quando achamos que somos os detentores do conhecimento e invalidamos o conhecimento advindo do usuário, eles acatam sem questionamento. Por isso temos que ficar bem atentos e nos despir de muitas vaidades. A multiprofissionalidade é uma água que todo profissional deveria beber. Entender que o “Ser Fisioterapeuta” é mais uma ferramenta que eu posso utilizar diante do cuidado prestado ao usuário, mas que ele não somente carece de cuidado fisioterapêutico.

Os usuários nos receberam de uma forma muito acolhedora. Apesar de ser uma residência e por isso haver uma rotatividade de profissionais anualmente, eles colocavam seus desconfortos perante essa situação, mas entendiam o processo e nos acolhiam de forma muito carinhosa. E isso nos deixava muito à vontade de lhe dar com eles e exercer nossas atividades. Eram pessoas muito humildes em sua maioria, nos olhavam de um lugar inferior ao que julgavam a gente estar, isso para mim era um tanto desconfortante, pois acreditava que tinham que se reconhecer como protagonista daqueles espaços, onde nós estávamos apenas para auxiliar, nortear esse processo de saúde.

Encontrei alguns desafios na saúde da família como construir uma relação de cooperação junto com a equipe mínima, principalmente com as agentes comunitárias. Acredito que para elas, porque em todas nas unidades que acompanhei são mulheres, essa quebra de vínculo com os usuários decorrente do período da residência, não é encarada de uma forma muito tranquila. A descontinuidade da atenção, por mais minimizada que seja, afeta o usuário e para elas que fazem parte do território, isso não é muito interessante. Foi uma batalha muito grande me vincular as agentes, através da micropolítica, me colocando junto com elas em todos os processos, principalmente no que era mais significativo dentro das suas atribuições, como na pesagem do Programa Bolsa Família e nas visitas domiciliares. E isso fez com que eu me aproximasse a ponto de conquistar a aceitação, e mais que isso, o carinho e relação de afeto.

O cuidar do usuário é o objeto comum de todos os profissionais de saúde e atingi-lo de forma fidedigna exige muito esforço e dedicação de nossa parte. Caso contrário, nós prestaremos uma atenção, ofertaremos um cuidado, porém pode ser que esse trabalho não seja necessariamente o que o usuário carece. É fundamental conhecer o usuário, conhecer o território, estar disponível para ouvir atentamente, dar importância ao que ele traz como verdade para assim prestar uma assistência de qualidade e com resolutividade quando pertinente, ainda que no caminho a gente se depare com alguns desafios e deficiências estruturais, de equipamentos e insumos. Os desafios no SUS estão postos, de amplitude maior ou menor, mas estão postos. Cabe a cada um como profissional de saúde traçar estratégias de como vamos lidar com essas barreiras, sem nos limitar e desmotivar diante delas. O papel do profissional de saúde do SUS vai além de prestar o cuidado ao indivíduo, implica em estar envolvido na luta em defesa e manutenção desse sistema, no seu fortalecimento como política, principalmente diante do cenário político de desmonte e sucateamento do SUS que estamos vivenciando nos tempos atuais.

Diante desse contexto, acredito que fazer saúde é uma atuação muito ampla, que envolve diversos atores e, mais do que isso, o real envolvimento desses atores no processo contínuo de construção e fortalecimento das ações. Profissionais da assistência, usuários e a gestão tem que trabalhar de mãos dadas, articulando estratégias com o objetivo de alcançar a melhor prestação do cuidado integral ao usuário. Nesse sentido, a residência multiprofissional é um dispositivo potente orientado pelos princípios e diretrizes do SUS que chega com o intuito de qualificar a atenção aos usuários através do desenvolvimento de competências que permite que o mesmo atue em diferentes níveis de atenção, ao mesmo tempo, que possibilita o desenvolvimento do saber crítico e político que embasa a atuação de um profissional da Atenção Básica (AB) (COSTA et al., 2018).

A INFLUÊNCIA DA PRECEPTORIA

De acordo com o Manual de Atribuições da Preceptoria, segundo suas atribuições acadêmicas e pedagógicas, o preceptor tem a função de contribuir para o processo pedagógico dos residentes de todos os núcleos atuantes na Unidade de Saúde da Família (USF) como corresponsável pela preceptoria, principalmente na ausência dos demais preceptores (FRANÇA et al., 2017). Entendo que exercer essa função não é uma tarefa simples, afinal somos muitos residentes exercendo atividades diversas pertinentes ao processo de trabalho, mas nesses quase dois anos de residência, me arrisco a dizer que somente um preceptor conseguia exercer esse papel com maestria. A grande maioria dos preceptores se restringe ao seu núcleo, e os demais residentes ficam sem apoio na desenvoltura de suas funções.

O manual traz ainda que o preceptor deve acompanhar a assiduidade e pontualidade dos residentes de todos os núcleos, registrando e produzindo o sentido do desenvolvimento do senso de responsabilidade e compromisso com o serviço. Gerir escala de férias, afastamentos e reposições de carga-horária prática, cuidando para que não haja comprometimento do serviço e sobrecarga de membros da equipe (FRANÇA et al, 2017).

Percebo que talvez o preceptor não consiga exercer com plenitude essa função, pois o serviço é muito dinâmico e exige uma responsabilização por parte dos residentes que talvez no início eles não consigam compreender. Acredito que assiduidade e pontualidade são essenciais para o funcionamento do serviço, mas estamos expostos a diversos fatores que afetam esses aspectos e isso tem que ser levado em consideração. Os atrasos acontecem, mas não podem virar rotina e essa é infelizmente uma realidade que ocorre nas unidades com os residentes. É preciso entender que temos uma responsabilidade sanitária a cumprir.

Percebo que não há um apropriado gerenciamento das férias e liberações dos residentes para eventos. Acontece de liberar pessoas da mesma equipe no mesmo período, deixando a área descoberta e impactando negativamente no serviço. Assim também ocorre na liberação para eventos. Entendo que é um direito do residente, mas se for gerar um impacto no serviço essas liberações precisam ser ponderadas, discutidas. O gerenciamento correto dessas demandas contribui para o melhor funcionamento do serviço prestado e na não sobrecarga dos demais residentes.

Outro aspecto importante trazido pelo manual é o registro de advertências nas situações de descumprimento de regras e pactos, de comportamentos desrespeitosos nas diversas relações. (FRANÇA et al, 2017) Na minha leitura acredito que na minha turma puderam ter havidos alguns poucos comportamentos de residentes que mereceram essas penalidades, mas na turma vigente de R1 esse é um comportamento comum a grande maioria dos residentes. Eles descumprem acordos e regras inclusive do manual e não são penalizados por isso. Penalizados no sentido de assumir a responsabilidade das ações ou falta delas. Entendo que antes de uma

advertência deve ser tentado um trabalho em pedagógico em prol do desenvolvimento do residente, mas isso deve ter tempo determinado e curto e não esperar que haja a mudança para R2 para que algumas medidas sejam tomadas.

Acredito que o profissional de saúde tenha que desenvolver uma competência de mediador de conflitos que muitas vezes fica a cargo de uma figura de nível hierárquico superior, como o preceptor ou apoiador institucional. Não é simples, mas é necessário um esforço nesse sentido, para que os processos de trabalho fiquem mais harmoniosos, diante de toda dificuldade que o permeia (COSTA, 2018).

O preceptor do NASF nem sempre nos acompanhava nas atividades da agenda porque era um único preceptor para acompanhar 8 residentes, que prestam assistência à 5 equipes de saúde da família em 3 territórios distintos, então muitas vezes era necessário a supervisão ou apoio do preceptor da equipe mínima (enfermeiro ou dentista) quando eram unidades de residência, para nos acompanhar no desenvolvimento das ações. Porém, muitas vezes, o que eu como membro do NASF observava, era a atuação do preceptor enfermeiro ou dentista exclusivamente para àquele núcleo, acredito que havia uma falha de entendimento de que ele deveria ter uma atuação de preceptoria que perpassassem o núcleo.

Havia uma preceptora de enfermagem de uma unidade que era notório o esforço e engajamento dela para não nos deixar “desamparados”, porém as demandas das unidades eram tantas, assim como a demanda dos residentes de sua categoria, que ela muitas vezes não conseguia exercer com plenitude esse papel. Eu entendo que não é simples, mas acredito que talvez se ela tivesse um suporte maior da preceptoria de odontologia nesse sentido de nos acompanhar enquanto equipe de NASF, o apoio pedagógico seria mais robusto. Nem sempre conseguimos dar conta da diversidade de demandas que aparecem, às vezes são situações que perpassam nossa área de formação, e nessa hora que acredito que o suporte da preceptoria é fundamental, não para fazer por nós, mas para nos auxiliar em como fazer, nem que fosse problematizando a situação induzindo que a gente consiga elaborar um raciocínio lógico para manejar essa ou outras situações que apareçam no caminho.

Considero que o preceptor deve atuar na formação em saúde, articulando dois universos, o do trabalho e o do ensino, como um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem do programa de residência. Para tanto, ele necessita dispor de conhecimentos que vão além dos saberes sobre o campo da prática. O exercício da preceptoria exige que o profissional tenha domínio não apenas do conhecimento clínico, mas principalmente, ser capaz de transformar a vivência do campo profissional em aprendizagem, e isso exige conhecimento pedagógico. (RIBEIRO, 2013)

O NASF da residência do município de Dias d'Ávila tinha como preceptor o professor de educação física Pedro, para mim, um nato multiprofissional em Saúde da Família. Lembro-me que, no segundo dia de vivência no campo da residência, houve uma apresentação ministrada por munícipes do território numa escola onde fazia um calor atenuante, os residentes, inclusive eu,

estavam extremamente desconfortáveis. O visível incômodo provocou a seguinte fala do preceptor “Se vocês não aguentam o calor, vocês não servem para estar na Saúde da Família. Como vão conseguir lidar com o calor, odor ou desconforto durante uma visita à casa do paciente?”.

Recordo-me de ficar extremamente incomodada com essa fala e assim que tive uma oportunidade fiz a seguinte colocação: “Hoje é o segundo dia de residência, estamos nos habituando com o clima da região. Você não pode fazer esse julgamento de forma tão precoce, sem nos dar ao menos uma oportunidade de tentar.”. Depois de algum tempo, pouco tempo, consegui fazer uma reflexão sobre o que ele estava querendo dizer com aquela fala aparentemente tão impetuosa para mim no primeiro instante, mas que fez tanto sentido mais tarde e fui obrigada a corroborar com ele.

Entendo que a saúde da família por vezes não é somente uma escolha do residente, pode se apresentar como opção naquele momento. Porém acredito que uma vez imerso na saúde da família, ou em qualquer outro serviço o profissional precisa estar pelo menos disponível a se habituar, aprender e participar ativamente do processo.

Pedro foi uma pessoa de importância fundamental no nosso processo de formação, me arrisco a dizer que sem ele, ou sem a visão que ele pôde nos proporcionar, nossa formação em Saúde da Família teria sido muito frágil. Foi ele quem nos explicou o que é, por exemplo, uma visita domiciliar, o que perguntar, o que observar, como se comportar. Ensinou a nos colocar no lugar do outro, a ter empatia. Fazia questão de nos acompanhar nas diversas agendas, não só acompanhar, mas planejar, executar e avaliar. Incentivava-nos e nos disponibilizava conteúdo teórico que pudessem fomentar nossa atuação na prática, trazia para o turno pedagógico vivências pertinentes do nosso cotidiano da atuação para debatermos assim como utilizava estratégias de enfrentamento, entendimento e superação de nossas dificuldades enquanto profissionais. Permitiu o desenvolvimento da nossa visão crítica não só no cenário profissional assim como no cenário político e o quanto ele interfere e não se dissocia do nosso processo em fazer saúde.

Nós residentes, chegamos um tanto imaturos em relação a esses aspectos, e o fato de termos ele como preceptor fez toda a diferença. Ele era o único preceptor que conseguia realizar tutorias com todos os residentes, NASF, sanitaristas e equipe mínima.

A atuação de Pedro como preceptor tanto dos residentes do NASF quanto dos residentes da equipe mínima era diferente da atuação das preceptoras da equipe mínima que por vezes não conseguiam desempenhar esse papel mais amplo conosco. A maioria das residentes admirava o quanto que Pedro conseguia acompanhá-las no planejamento, execução e avaliação das atividades. Enquanto ele conseguia exercer bem esse papel tanto no NASF como na equipe mínima, nós do NASF, sentíamos falta do suporte da preceptoria da equipe mínima em diversos aspectos.

OBJETIVO DA RESIDÊNCIA NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE COMO ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O Projeto Político Pedagógico tem como objetivo propiciar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária à saúde e Redes de Atenção à Saúde (RAS), com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da AB, a partir das demandas locais e loco regionais (COSTA, 2018).

Entendo que todos nós, do NASF e da equipe mínima, advimos do mesmo lugar que é a instituição acadêmica, e com a tendência em pensarmos dentro da caixinha do núcleo, como nos foi ensinado. Mas ao fazermos parte da Saúde da Família, nós do NASF, talvez por termos em essência a atuação no campo, nos permitimos à ampliação do olhar do cuidado multiprofissional, enquanto a equipe mínima que têm sua atuação essencialmente no núcleo, apresenta uma dificuldade na ampliação desse olhar. Essa dificuldade pode ser devido há vários fatores como por exemplo à alta demanda de atendimento a que eles são cobrados principalmente pela gestão, ou mesmo porque o núcleo produz uma força centrípeta para dentro da unidade e esses fatores, associados a uma falta de preparo do corpo pedagógico, compromete o processo de ampliação do olhar.

O NASF tem como característica ser uma retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, e desenvolver um trabalho compartilhado e colaborativo nas dimensões: clínico-assistencial que produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários e técnico-pedagógica que produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Além disso, o apoio e a atuação do NASF também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou até em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente (BRASIL, 2014). Esses atributos talvez funcionem como facilitadores dentro do contexto da AB, no que diz respeito a conseguir atingir um grau de ampliação de forma mais rápida.

Todos nós, do NASF ou da equipe mínima, estamos sujeitos tanto ao núcleo quando ao campo, porém com intensidades e espaços diferentes. Para Campos (2000), o núcleo seria a demarcação da identidade de uma determinada área do saber e de prática profissional, já o campo funciona como uma atmosfera mais ampla, de limites imprecisos, onde as disciplinas e profissões buscam apoio entre si a fim de executar da melhor forma suas atividades teóricas e práticas. O núcleo assim como o campo seriam, então, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se delimitação precisos entre um e outro. Traz a metáfora de que os

núcleos funcionam conforme os círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada, enquanto o campo seria a água e o seu contexto (CAMPOS, 2000). E é por isso que acredito no papel fundamental do corpo pedagógico em relação a desmistificação desse processo e fortalecimento dessa relação, que nós residentes muitas vezes não conseguimos alcançar sozinhos.

CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE NASF E EQUIPE MÍNIMA

A relação entre NASF e equipe mínima era um tanto conflituosa, parecia que existia uma briga por espaço e responsabilização das ações. A equipe mínima não enxergava os diversos grupos da unidade (grupo de convivência, gestantes, hiperdia, entre outros...) como sendo pertencente à unidade, e sim ao NASF, principalmente no quesito obrigação em executar. A equipe do NASF cobrava a participação ativa das equipes de saúde da família (eqSF) no planejamento, execução e avaliação das atividades e eles não se enxergavam como protagonistas desses espaços, entendendo que a equipe do NASF tinha mais afinidade para conduzir tais momentos. Existiam atividades onde eram feitos dois planejamentos, um do NASF e outro da equipe mínima, e cada um executava sua parte, sem interação e harmonia com o outro. Esse foi um problema que foi levado diversas vezes para a preceptoria, pois nos causava um incômodo muito grande e até dificultava de realizarmos outras atividades como visita domiciliar ou atendimento individual, pois estávamos um tanto ocupados em dar conta de todos os grupos. Foram turnos pedagógicos e reuniões de equipe do NASF intensas a fim de solucionar essa questão.

Devido ao comprometimento dessas relações e conseqüente impacto no desenvolvimento das atividades do processo de trabalho, nós do NASF fomos criando estratégias de aproximação com a equipe mínima, a fim de explicar o nosso papel e proporcionar o entendimento que principalmente os grupos de atividades pertenciam à unidade de saúde e não ao NASF, e que o NASF e a equipe mínima não eram oponentes, não disputavam o mesmo espaço e ao invés disso tinha que se articular de forma harmoniosa para promover da melhor forma, o cuidado dos usuários do território. Identificamos que o espaço de almoço era um lugar potencial para investir energia da reconstrução das relações interpessoais uma vez que era um espaço descontraído e de interesse comum. E fomos aproveitando esse espaço para inserir muito sutilmente diálogos de como o fazer junto era mais potencial do que o fazer separado e como poderíamos nos ajudar na construção do processo de trabalho, entendendo que cada um tinha uma vivência diferente e respeitando as limitações de cada um assim como enaltecendo suas potencialidades.

Fomos nos inserindo mais nas consultas individuais deles, fazendo interconsultas com os profissionais da equipe mínima, assim como visitas domiciliares para poder fazermos a troca de saberes e estabelecer uma relação de vínculo mais efetiva.

Essa batalha pelo conhecimento é um processo constante de construção e desconstrução, pois a falta de entendimento parte de nós residentes, e muitas vezes do próprio corpo pedagógico, e de forma muito direta, reflete nos residentes, como: falta de entendimento sobre o que é o NASF e sua atuação ou a falta de articulação entre as preceptorias para acompanhar o desenvolvimento das nossas ações. Senti falta muitas vezes da presença da preceptoria no planejamento e

execução dos grupos, até para avaliar o que nós estávamos fazendo, ajustar ou mesmo contribuir com aqueles espaços.

No início da residência, o preceptor do NASF e apoiadores nos possibilitavam todo suporte pedagógico no desenvolver das nossas atividades, tanto no planejamento quanto execução e avaliação. Até me questionava o porquê tínhamos que fazer avaliação de tudo que fazíamos, mas com o tempo pude compreender a importância de se avaliar os espaços, o quanto que crescemos e aprimoramos nossa conduta. Esse acompanhamento inicial nas atividades fez muita diferença mais para frente quando nos deparamos sem preceptor. Mas ocorreu, por exemplo, em uma unidade do território que em quase um ano completo de residência, algumas residentes não tiveram o acompanhamento da preceptoria nas visitas domiciliares, nos atendimentos a pré-natal ou preventivo por exemplo. Entendo que uma vez que fazemos a residência nós já temos teoricamente formação técnica para desempenhar as funções da nossa formação acadêmica, mas entendendo que na maioria das vezes essa formação não possibilita o desempenho do papel em sua plenitude e que todo espaço deve ser de construção do fazer, acredito que a organização do preceptor deve estar pautado pelo menos nos primeiros momentos, no acompanhamento e fazer junto das atividades.

Entendo que a metodologia ativa parte da iniciativa do residente, porém em algumas situações, a falta de direcionamento de um tutor seja preceptor ou apoiador, interfere tanto no serviço (processo de trabalho), quanto na formação profissional. Entendendo que o residente está inserido num processo de formação/qualificação, e às vezes parece apenas que ele é um instrumento de mão de obra barata.

Após muito esforço conjunto, fomos ao longo do tempo construindo juntos as agendas, principalmente na realização de grupos, onde sempre estavam presentes pelo menos um membro da equipe mínima. Os planejamentos eram realizados em conjunto, cada um contribuía de um modo e assim nós executamos juntos, um apoiando o outro e ao final fazíamos as observações necessárias na avaliação para fomentar a execução de atividades posteriores.

Pude observar que tanto o NASF quanto a equipe mínima se permitiram ter disponibilidade para entender o lugar do outro e assim possibilitar a melhoria das relações interpessoais e conseqüente evolução do processo formativo, o que possibilitou um estreitamento das relações e um reflexo positivo no desenvolvimento das ações.

O APRENDER A APRENDER SEM A PRECEPTORIA

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi de uma experiência de riqueza singular. Não conhecia o trabalho da saúde junto com a educação, mas percebi o quanto potencial é estar nesse lugar de promoção de saúde conjunta. Lembro-me da primeira vez que fizemos visita a uma escola para programar o PSE. Não sabíamos o que era, mas fomos à escola tentar articular junto com a diretoria, como seriam nossas ações. Fomos muito bem recebidos pela diretora da escola. Extremamente comprometida com os alunos, ela nos permitiu um espaço muito acolhedor, dialogou sobre todo o contexto ao qual àquelas crianças estavam envolvidas e confesso que foi muito impactante no primeiro momento saber o quanto de vulnerabilidades as crianças estavam expostas. Ela nos apresentou a proposta da escola conjunta com a equipe, conduziam o processo de educação e formação psicossocial. Fiquei deslumbrada, como diante de todas as dificuldades possíveis, a equipe conseguia proporcionar um modelo quase ideal de construção de educação e saber, e que de alguma forma poderia servir de modelo para que outras escolas do município pudessem contribuir positivamente na trajetória dessas crianças.

A escola funcionava como uma espécie de “universo paralelo”. Um refúgio daquelas crianças, pois uma vez que saíssem desse espaço, muitas delas irão se deparar com um ambiente por vezes inóspito e não muito sadio em suas próprias residências. Diante disso, me senti na responsabilidade de juntos com essa equipe, contribuir da melhor maneira possível a fim de proporcionar suporte em relação à educação e saúde através da inserção e qualificação do PSE, pois àquele era um ambiente fértil e de enorme potencialidade para desenvolver diversas atividades. Ao mesmo tempo em que essa possibilidade me causava uma enorme vontade de fazer algo por àquelas crianças, também me causava certa insegurança, justamente por se tratar de crianças frágeis e de como poderia prestar o apoio mais adequado possível.

O PSE foi realmente um grande desafio profissionalmente, no início só queria participar do planejamento, não me sentia muito à vontade para a execução das ações. Ao longo da aplicação por tema, fui me sentindo cada vez mais confiante, pois entendia e visualizava a necessidade de que àqueles conteúdos atingissem as crianças na sua totalidade. Além disso, pude contar com meus colegas do NASF que me apoiaram muito no desenvolvimento e fortalecimento da minha conduta. A cada encontro nos avaliávamos e tínhamos que nos reinventar para que elas compreendessem e internalizassem o significado de saúde e isso fazia com que nós nos dedicássemos e fôssemos buscar novas possibilidades de atuação.

Buscávamos por atividades diferentes que fossem atrativas e interessantes aos diferentes públicos da escola. A preceptora não participava ativamente do planejamento dessas ações e nem mesmo da execução. Eu por exemplo, nunca tinha tido experiência anterior com atividades de saúde com crianças, e acredito que muitos dos meus colegas também não. Então o planejamento, metodologia e avaliação de todo o processo ficava a cargo da gente e fazíamos como achávamos

que era a melhor forma, mas sinto que um suporte pedagógico principalmente no planejamento proporcionaria mais robustez e qualificação na execução das atividades.

Confesso que não relatamos essas dificuldades diretamente com os preceptores. No primeiro ano de residência, no Nasf tivemos 3 preceptores e levando em consideração que somos 8 residentes, 4 categorias distintas e nosso campo de prática perpassam por 5 equipes em 3 unidades de saúde diferentes, esse acompanhamento ficou um tanto prejudicado levando em consideração o tempo da contratação e inserção de um preceptor para outro. Era complicado o preceptor no NASF ficar conosco em todos os momentos, embora Pedro conseguisse se dividir bem quanto a esse aspecto, entendo que depende de uma organização crucial. Mas as demais preceptoras estavam tão imersas em seus núcleos que sinceramente não me sentia confortável em solicitar seu apoio. Acredito que essa foi uma falha minha. Nós íamos desenvolvendo as atividades de acordo com os nossos conhecimentos, sem muito direcionamento, e talvez essas atividades pudessem ter sido melhor desenvolvidas, fico com essa sensação.

A CHEGADA DOS NOVOS R1 NO MUNICÍPIO.

Quando nós ainda éramos R1, no final do primeiro ano, estávamos um tanto desgastados com todo o processo vividos, e a entrada dos novos R1 me deixou pessoalmente empolgada. Tinham entrado muitos residentes, então enxergava uma potencialidade enorme em tocar àquele processo. A entrada deles me deu um gás novo e uma perspectiva de avanço do que poderíamos fazer dentro do território.

Com o passar de poucos dias, logo na primeira Assembleia, fiquei um tanto preocupada, e confesso que decepcionada com a fala de alguns R1. Logo no nosso primeiro contato, juntos R1 e R2, eles expuseram de forma muito incômoda e coletiva, diversos questionamentos sobre sua atuação dentro do território. Era uma enxurrada de reclamações, sobre aspectos físicos, como não ter ar-condicionado para atendimento, ou não estar disponibilizado carro para fazer a visita domiciliar. Disseram inclusive que não fariam visita se não houvesse carro, que não eram obrigados a tal. E eu fiquei tão perplexa com aqueles questionamentos, logo nas primeiras semanas eles já relatavam tanta insatisfação, era no mínimo estranho aos meus olhos. Fiquei particularmente decepcionada. Acreditava que os questionamentos deles viriam no sentido de processos de trabalho, de ideias novas para executarmos, vontade de fazer acontecer. Achava que eles estariam com cede de assumir esse lugar, assumir a posição que eram deles por direito.

Quando entrei na residência e soube que eu tinha um R2 fisioterapeuta, pensei logo em vivenciar todos os espaços possíveis com ela, ir às visitas domiciliares, perguntar sobre o território, acompanhar as consultas individuais, tudo para me aproximar o máximo do que era ser uma residente fisioterapeuta na saúde da família, mas infelizmente ela saiu logo no início decorrente de sua gestação e eu não pude ter esse acompanhamento. Senti muita falta nos novos R1 dessa vontade, dessa busca, dessa procura, pode ser que eu estivesse errada, mas percebia uma falta de comprometimento.

Utilizamos nossos turnos pedagógicos, espaços dentro das reuniões de equipe e até mesmo nas assembleias de residentes, para planejar o acolhimento dos novos R1. Debatíamos e planejávamos diversas atividades a fim de englobarem eles naquele processo. Preocupamos-nos em eles se sentirem acolhidos e ao mesmo tempo entender o funcionamento da residência dentro do município, assim como conhecer o território. Levamos nossa ideia à coordenação para nos orientar em como fazer, mas tivemos o retorno de que já havia um planejamento para eles. Então, nós do NASF, nos organizamos e planejamos uma semana de acolhimento para que os R1 pudessem se inserir de forma harmoniosa no processo. Elaboramos dinâmicas sobre a trajetória de cada um deles e cada um de nós até chegar à residência. Fizemos roda de conversas e dinâmicas para que pudéssemos conhecer um pouco uns aos outros. Apresentamos os grupos existentes e fizemos café da manhã em todos esses espaços, queríamos proporcionar um

momento descontraído, receptivo, de acolhimento, ao mesmo tempo que íamos inserindo as responsabilidades e ações.

Fizemos um documento com todas as atividades que o NASF realizava até então, com descrição do que era, território, público alvo, objetivo, entre outros. Apresentamos todos os registros que era de nossa responsabilidade o preenchimento, pois como o tempo de transição era muito curto (quinze dias), pelo menos eles teriam um documento embasador e norteador.

No decorrer dos dias e com uma maior convivência dentro do processo de trabalho junto com eles, pude perceber que, muitos estavam ali por qualquer motivo, exceto por querer fazer saúde e contribuir com crescimento e fortalecimento do SUS. Era angustiante participar das reuniões de equipe. Parecia que os novos residentes não faziam ideia de que as reuniões de equipe faziam parte de algumas das atribuições pertinentes às atividades teórico-práticas contidas no Projeto Político Pedagógico (PPP) o qual nós enquanto residentes estávamos submetidos. E não somente por obrigação nós deveríamos levar esse espaço a sério, mas por sermos responsáveis sanitários por àquele território e tudo que for pertinente ao mesmo deveríamos nos empenhar para fazer da melhor forma.

No início fazia questão de estar presente, mas com o tempo fui percebendo que àquele espaço que eu julgava ser tão potencial, foi se tornando um espaço vazio, pouco participativo, sem produtividade, notava uma falta de interesse exponencial naquelas pessoas. Falas do tipo “Eu não vou fazer” em relação a visitas domiciliares, PSE ou outras atividades comuns e de competência do residente, e isso me causou um profundo desconforto. Sempre que possível tentava chamá-los para a responsabilidade e os fazia refletir o que significava a atuação deles naqueles espaços. Tentava os acompanhar no acolhimento, pois havia uma relutância muito grande por parte de algum em assumir esse lugar. Questionei inclusive com a preceptoria a forma como eles foram inseridos no acolhimento, sem um prévio diálogo de atribuições e competências e até mesmo acompanhamento mais próximo, pois o período de imersão deles no serviço com nós R2, foi muito curto (15 dias) e devido a tantas outras demandas, não foi possível fazer uma passagem harmoniosa das agendas.

Durante a análise do livro do acolhimento que eles apresentavam na reunião de equipe, ocorria apenas o levantamento dos dados. Não havia uma discussão, a equipe ficava estonteada com alguns dados expressivos, mas não depositava energia para que isso fosse discutido e a partir de então pudéssemos traçar estratégias de enfrentamento ou de possíveis ações. Tentava puxar a discussão e de uma forma bem cuidadosa. Fazer com eles entendessem que àquele espaço de análise era extremamente importante para nortear nossas ações e o quanto nós temos de nos empenhar nisso. Mas acredito que isso foi encarado muitas vezes como chatice. Sentia que o objetivo principal era simplesmente que a reunião acabasse o quanto antes.

Sentia muita falta de um posicionamento da preceptoria ou apoio de núcleo perante aquela situação. Não de forma punitiva, mas de forma a construir àquele novo processo junto com os residentes, a tentar promover sentido e implicá-los no processo de trabalho. Em muitos momentos

não houve nenhum tipo de posicionamento ou o posicionamento era um tanto incipiente. Não eram posturas que me ofendiam pessoalmente, mas ofendia o serviço, o SUS que lutamos tanto para fortalecer, posturas hegemônicas e que nada tem a ver com o preconizado para a saúde da família. Acredito que o posicionamento não era suficiente para mudança de postura, talvez o que eles precisassem fosse mais do que uma punição pontual e sim uma construção conjunta do significado do fazer daquele espaço, através de abordagens individuais ou mesmo nos turnos pedagógicos. Inserir por exemplo o NASF no turno, fazer um momento conjunto para trabalhar as questões que afetam o serviço de forma pedagógica.

Lembro-me de reuniões de equipe com a presença da preceptoria, que alguns residentes adotaram uma postura totalmente alheia e dispersa do que estava acontecendo. Posturas desrespeitosas, como o uso indiscriminado do celular diante de uma apresentação ou mesmo da fala de outro profissional. Somente nós R2 que tocávamos as reuniões, e nos implicávamos no processo, a partir daí decidimos ficar um pouco de fora da condução dos processos coletivos, para que eles assumissem o protagonismo que era deles naquele momento. De repente nossa postura pudesse causar certa inibição à àqueles que estava chegando agora. E essa proposta de distanciamento parecia não funcionar muito bem. Eles simplesmente não se colocavam e nós R2 impetuosamente acabávamos revezando a energia e conduzindo os processos. Não conseguia fazer com eles, só conseguia fazer por eles e acreditava que esse não era o caminho mais assertivo.

Levei esse incômodo à preceptoria, não como um todo, mas uma preceptora que me possibilitava mais abertura para conversas sinceras. Falei abertamente sobre o que estava sentindo e como enxergava essa situação. Ela me ouviu atentamente e acolheu minha angústia. Dialogamos sobre o lugar deles de R1 e o meu lugar de R2 naquele momento e que eles estavam passando por um período de adaptação e que estava esperando o tempo deles se reconhecer nesse lugar. Falou ainda que estava criando estratégias para apoiar mais quem tinha uma maior necessidade e acompanhá-los mais de perto nas ações.

Isso me fez procurar algumas pessoas do corpo pedagógico para dialogar e tentar encontrar uma forma de não me distanciar totalmente daquilo que me causava tanto desconforto. Ouvi que nós R2 quando estávamos na posição de R1 também éramos assim, que tínhamos que ter paciência e cada pessoa tinha seu tempo de se desenvolver. Não sei ao certo, hoje é difícil lembrar exatamente como entramos, mas lembro que entramos com certa imaturidade e falta de conhecimento de muitos processos, isso é bem verdade. Mas depois de aproximadamente 4 meses da entrada deles, me sinto particularmente ofendida de ter sido comparada com eles. Não me acho melhor do que eles ou do que qualquer um, não é isso. Nós tínhamos imaturidade e desconhecimentos, mas tínhamos uma coisa que não consigo perceber neles, vontade. Quando falo eles, me refiro a um grupo grande de pessoas, não sua totalidade. Havia disponibilidade para aprender, vontade de fazer acontecer, fazer dar certo, embora muitas vezes cometêssemos erros.

Parecia em alguns momentos, que a preceptoria reafirmava àquele comportamento dos R1, não havendo uma responsabilização, a meu ver. Numa determinada reunião de equipe, por exemplo, o núcleo de odontologia (residentes e preceptora) promoveu um matriciamento de como identificar e manejar acometimentos odontológicos no acolhimento utilizando termos técnicos e termos exclusivos da odontologia. Estavam presentes profissionais de nível técnico, médio e superior, e se o matriciamento era justamente para capacitar esses profissionais, o porquê não utilizar uma linguagem mais acessível, que realmente possibilite uma autonomia para o profissional? Fiquei refletindo. Comecei a perguntar o que significava cada um daqueles termos e então eles explicaram de forma muito mais simples e esclarecedora. Entendo que a preceptoria deve ter efetuado um trabalho em prol das falhas percebidas, não digo que ela se eximiu da posição. Eu só senti falta de ter visualizado mudança no processo de trabalho, de postura, de comportamento.

Acredito que o papel do preceptor nesse sentido poderia ser de mais responsabilização dos residentes pelas suas atitudes ou falta delas, à medida que de uma forma pedagógica problematizasse situações dentro das reuniões de equipe ou turnos pedagógicos sobre as questões problemáticas. Entendo que o preceptor precisa lidar com diversas questões que perpassam a residência, mas talvez fosse necessária uma organização para acompanhar mais de perto o residente em suas ações a fim de possibilitar melhor qualificação da prática.

Eu sentia que eles não tomavam à unidade com “sua”. Houve questionamento do tipo “Eu sou formada e pós-graduada, não me formei para ficar na recepção”, quando era solicitado que ficasse um período (turno) na recepção devido à falta da profissional naquele dia. Sem julgamentos de valor, mas nós não somos uma equipe? Não temos que nos apoiar enquanto equipe para fazer funcionar o processo de trabalho? O bem comum não é a atenção e cuidado ao usuário? Foram questionamentos que me fiz ao me deparar com diversas posturas que não acreditava ser nem próximo da ideal para quem se disponibiliza em estar num contexto de saúde da família. Parecia que havia uma limitação a exercer as atividades de núcleo e isso me causava muito desconforto.

Sentia que as pessoas se limitavam em suas caixinhas da profissão, e às vezes nem isso. Não entendia como se dispuseram a fazer parte de uma residência multiprofissional, e que se não eram bem àquilo que eles queriam, já que estava no contexto, por que não se permitir e fazer da melhor forma? O processo de trabalhar na AB já é tão difícil, tão desgastante devidos às diversas questões as quais nos deparamos. Por que tornar ainda mais penosa essa caminhada? Não conseguia fazer sentido para mim.

Queria que eles se interessassem, queria que fosse importante para eles, assim como era para mim. Queria que eles se afetassem com o propósito e que pudessemos no unir diante da enorme luta que é o fazer saúde no SUS, para que houvesse o fortalecimento do que está cada vez mais ameaçado, diante do contexto político que estamos vivenciando. Aproveitava as reuniões de equipe, ou mesmo nos horários de almoço para puxar essas discussões. Na unidade

da Concórdia até que era percebido um esforço por parte de alguns residentes para dialogar a respeito do cuidado integral ao indivíduo, ainda que houvesse um discurso ainda muito polí queixoso, onde colocavam sempre as diversas dificuldades do serviço (falta de insumos e equipamentos) como impedimento em proporcionar um cuidado adequado ao usuário. Mas na unidade do Entroncamento era muito mais difícil esse diálogo, porque eles não se permitiam, eu percebia uma fragilidade muito grande de eles se implicarem no processo da residência ou do processo de trabalho.

Acho que cansei um pouco de buscar esse interesse, na verdade acho que a decepção me freou, e acabei não criando outras estratégias. Talvez buscar uma discussão mais aprofundada com o corpo pedagógico ou até mesmo com a coordenação para que de alguma forma pudesse me orientar em como traçar novas estratégias de realmente implicá-los no processo.

TRANSIÇÃO DE R1 PARA R2

Quando assumimos o R2, nós do NASF tivemos que nos dividir como referências nas unidades que apoiávamos. Na verdade, entre as unidades da Concórdia e do Entroncamento, pois não houve a possibilidade de referenciar a Varginha. Essa divisão foi muito abrupta. Durante todo o R1 não nos foi conversado que haveria essa dissociação e a partir de um determinado dia, quando assumíssemos a referência, não poderíamos ir às outras unidades que prestamos apoio durante todo o primeiro ano de residência, principalmente a Varginha que não tinha referência de NASF, pois era uma unidade sem residência de equipe mínima. Isso me causou uma estranheza muito grande. Não fomos preparados para isso, nem as equipes foram, e sentiram muito esse impacto, assim como os próprios usuários. Até o repasse para os R1 dos pacientes que acompanhávamos nessa unidade ficou prejudicado, pois não tínhamos mais acesso àquele território.

Durante essa dissociação fiquei como referência da unidade da Concórdia, e a essa altura a unidade estava constantemente um caos, sempre tiveram diversas questões e problemas, mas nunca havia estado naquela situação. Parecia estar sem rumo, sem um direcionamento, aquele processo do período de quando éramos R1 que estava tão fortalecido, diante de todas as dificuldades, parecia estar se desfazendo, se esvaindo e isso gerou uma enorme repercussão e refletia no atendimento ao usuário.

Houveram diversos fatores que influenciaram para essa situação caótica, o período de transição dos R2 para os R1 com passagem de demanda, pacientes, rotina e agendas ficou muito prejudicado, pois foram apenas 15 dias. Além disso, o residente da AB assume o serviço logo nos primeiros dias, parte-se de um pressuposto que ele é um profissional e tem habilidade técnica para desenvolver as funções, o que em teoria é bem verdade. Mas para o nível de responsabilidade que principalmente a equipe mínima assume, é indispensável, na minha opinião, o auxílio o mais próximo possível de alguém com mais experiência (o preceptor que normalmente está cotidianamente no serviço), pois nossas vivências anteriores, seja de empregos ou faculdade não quer dizer necessariamente que o profissional está apto para assumir sozinho determinadas demandas.

Havia também questões sobre relações interpessoais que estavam afetando diretamente o serviço, com os próprios profissionais da unidade. Então, atrelado a isso, a chegada dos novos residentes, muitas vezes sem tanto preparo técnico, interferiu em toda a estrutura de funcionamento do serviço. Por conta disso, parte dos profissionais já estava adoecendo diante de tantas questões que pareciam estar fora de controle. Alguns profissionais e residentes assumindo diversas demandas, pois não tinham a cooperação de outros residentes, muitas vezes porque não se sentiam à vontade ou não tinham afinidade de executar determinada atividade inerente ao serviço de AB.

Percebia que alguns residentes apresentavam certa imaturidade para lidar com o serviço da AB, pareciam realmente estar muito afastados desse lugar. Percebia a falta de uma postura da preceptoria, mais próximo desses residentes, a fim de construir a sensibilidade para o fazer da AB. Acredito que nem todos chegam prontos para lidar com o serviço de saúde da família, eu, por exemplo, não cheguei, mas o despertar para esse fim pode ser construído com a disponibilidade de aprender associado a estimulação do corpo pedagógico. Pode pelo menos disputar a sensibilidade do olhar.

Foi um período bem desmotivador, e já estava sem energia para lidar com esse processo. Pedro sempre falava que o lugar mais problemático era o lugar que deveríamos mais dispor de nossa energia, mas naquele momento não me sentia energizada o suficiente para buscar estratégias para lidar com aquela situação. Foi quando chegou o período de eletivo e férias e foi, sem dúvida, primordial para aquietar meu desconforto e me proporcionar um novo ânimo para lidar com a última etapa da residência.

R2... AFINAL, O QUE É ESSE LUGAR?

Quando chegamos ao serviço e ainda éramos R1, fiquei muito empolgada em saber que teria uma R2 fisioterapeuta e logo pensei em acompanhá-la em todos os espaços quanto eu pudesse. Aprender como seria a abordagem nas visitas ou nas consultas individuais, e como seria fazer o atendimento fisioterapêutico. Porém, ela ficou aproximadamente uma semana e esse período eu ainda estava no processo de acolhimento, logo ela teve que sair devido sua gestação e então não foi possível fazer nenhuma ação sob o apoio de iniciação à preceptoria dela.

Segundo o PPP o papel da iniciação à preceptoria deve ser pautado em acolher e apresentar-se como apoio aos residentes do primeiro ano, desenvolvendo ações em conjunto, respeitando as singularidades, os conhecimentos prévios, contribuindo para a apropriação gradativa das atividades e casos. Além de atuar de forma pedagógica na referência e apoio ao processo de aprendizagem aos residentes do primeiro ano, reconhecendo ainda o preceptor como autoridade no processo formativo de residentes do primeiro e segundo ano, porém exercitando em alguns momentos o protagonismo em atividades pedagógicas em apoio à preceptoria, sempre pactuadas previamente e avaliadas posteriormente com preceptores (COSTA, 2018).

No NASF éramos 8 residentes do primeiro ano, para apenas uma R2. Ela foi muito generosa conosco à medida que conseguia e foi muito parceira nas atividades, mas éramos muitos e de áreas distintas, além de ela ser do núcleo de educação física e de ter outras atividades do R2 que muitas vezes impossibilitava de estar conosco nos espaços. Então eu não vivenciei o processo de ter uma R2.

Em relação às R2 da equipe mínima, eu não fazia ideia de como elas faziam esse papel e se elas faziam. Talvez com as meninas da equipe mínima, mas com o NASF, eu particularmente, não percebia. Não entendia o que elas faziam na unidade, qual era o papel ou atividades, nunca foi passado, pelo menos para mim, como seria essa atuação. Algumas, quando disponíveis, se juntavam à gente para realizar alguma atividade coletiva, foi o máximo que vivenciei. Talvez nem eles próprios soubessem exatamente qual seria sua atribuição como R2 dentro da unidade, talvez vivenciaram a mesma experiência vaga que a gente. Porque o lugar do R2 dentro da unidade não fazia sentindo para mim enquanto R1 e continuou não fazendo sentindo quando virei R2. Possivelmente esse sentimento de “não fazer sentindo” é transgeracional de uma turma para a outra. Acho que para os próximos R1 talvez também não faça. É uma falha que observo e que precisa ser corrigida até para melhor aproveitamento de nós enquanto R2 e dos R1. Poderia ser uma construção de algo que fosse recíproco, que gerasse verdadeiramente um aprendizado, discussões e prol do crescimento comum.

Acredito que o preceptor tem acesso a espaços potentes como, por exemplo, os turnos pedagógicos, que pudessem realizar a iniciação do que esse lugar de R2 representa e de como

ocorrerá essa interação entre R1 e R2. Significar esse lugar e torná-lo objeto de interesse comum para que servisse de construção para ambos os residentes.

O segundo ano de residência é bem especificado no PPP e subdividido em 3 momentos:

- Unidade de Aprendizagem Saúde da Família III cujo objetivo desenvolver competências assistenciais, de gestão do processo de trabalho em saúde, bem como apoio à preceptoria.
- Unidade de Aprendizagem Gestão e Articulação de Redes I e II cujo objetivo é desenvolver competências assistenciais e de gestão complementares às desenvolvidas nas Unidades da Saúde da Família, voltadas para a gestão da AB e articulação de redes na perspectiva do cuidado integral.
- Unidade de Aprendizagem Cuidado Integral cujo objetivo é desenvolver competências assistenciais e de gestão complementares às desenvolvidas nos campos de práticas definidos pelo Programa, conforme interesse do próprio residente, desde que sejam voltadas para o cuidado ou gestão da AB, articulação de redes na perspectiva do cuidado integral.

Porém, a chegada do meu R2 foi um tanto confusa. O desenho era para que estivéssemos enquanto linha de cuidado ou gestão, 3 vezes na semana e 2 vezes na unidade. Nessa última teríamos que utilizar um dia para o projeto de intervenção e o outro para desenvolver as habilidades não alcançadas no R1 e fazer a iniciação à preceptoria.

INICIAÇÃO A PRECEPTORIA, E O QUE SERIA ISSO? DESENVOLVER HABILIDADES NÃO ALCANÇADAS NO R1?

Bom, cada residente desenvolveu da maneira que entendia ser. Não nos foi passado exatamente como desempenharíamos esse papel. Não houve uma orientação prévia aos residentes do primeiro ano para que houvesse um real entendimento desse lugar, e isso dificultou muito esse processo. Os R1 não entendiam ou não queriam esse suporte. A minha iniciação a preceptoria se limitou a ter que executar a ação que seria precípua do R1, com meu suporte, orientação, construção junto a ele. Toda vez que uma ação era conjunta, na verdade não era, eu era quem executava de forma principal, quando não sozinha. Meu papel com R2 na unidade era solicitado genuinamente, para encobrir uma lacuna, normalmente secundária à falta de organização e articulação da equipe. Se tornou enfadonho ter que passar 2 dias da semana na unidade e isso me causou um enorme desânimo. Era mais do que desânimo, era decepcionante.

Conversei sobre isso com a nova preceptora do NASF e percebi nela a iniciativa de sempre tentar suprir essa falha e articular ações para que eu pudesse estar nesse papel e isso foi um tanto gratificante. Mas foi o que ela pôde fazer dentro do possível, pois nós como R2 nos afastamos um pouco da preceptoria do NASF uma vez que o desenho do R2 difere do R1. Contudo ela conseguiu planejar comigo a facilitação de um turno pedagógico para os R1, foi um único momento devido às dificuldades de compatibilidades de agendas, porém foi muito proveitoso, tanto para mim quanto para eles, que deram feedback positivo ao final da avaliação.

Foi um espaço onde pudemos passar nossa vivência, nossas experiências e como fomos construindo esse conhecimento ao longo do percurso. Eles parabenizaram a iniciativa de fazer essa condução pelo R2, pois possibilitava uma aproximação com nossa vivência e sinalizaram a necessidade de aproximação do conteúdo teórico antes de iniciar a vivência no território como a visita domiciliar, o quanto não sabiam o que fazer exatamente, o que observar ou como executar.

Eu tive 2 de 3 avaliações as quais o R1 é submetido, sendo que a segunda não me foi oportunizado uma discussão, foi somente meu ponto de vista, não teve à visão do preceptor. Então eu não tinha um parâmetro ponderado de como eu estava desenvolvendo minhas “habilidades” no processo de formação. Além do mais, o instrumento utilizado para fazer a avaliação era limitado para quem era do NASF. Existiam várias “competências” que não eram nossas, ou então várias que nós tínhamos, mas que não eram oportunizadas no instrumento para registrar, e isso no mínimo fragiliza o processo avaliativo. Ficamos sem preceptor no final do R1 para início do R2 e não tive a terceira avaliação. Quem poderia, junto comigo, avaliar quais habilidades não alcançadas? Eu poderia fazer autorreflexão e auto avaliação, como fiz, para tentar buscar essas variáveis, mas acredito não serem suficientes. O preceptor é por vezes direcionador e acredito que ele tenha um papel de construção junto com o residente, em busca da qualificação do processo formativo.

O preceptor está pautado, segundo o manual, também na avaliação, orientação, estudo e planejamento das atividades pedagógicas. Se um preceptor que está imerso e vivenciando essas experiências em outro núcleo que não o do NASF, entendo que ele não teve elementos suficientes que possibilite realizar uma avaliação minha que estava realizando meu processo de trabalho sem esse acompanhamento.

Acredito que o papel do residente do segundo ano precisa ser mais estruturado. Poderia por exemplo existir um termo de referência que servisse como embasador e norteador do papel do R2, além de uma prévia orientação dos R1 para melhor entendimento desse lugar.

A avaliação é um instrumento que, embora não consiga alcançar de fato todo o processo de evolução do residente, funciona como um parâmetro de como está caminhado nossas condutas. Monitora o crescimento como residente multiprofissional, e nos auxilia em como podemos fazer para melhorar nossa atuação, onde temos que depositar mais energia para atingir uma determinada competência. É um instrumento norteador que nos auxilia enquanto R2 para prestar um melhor apoio ao R1, como orientá-los sobre como alcançar o desenvolvimento das competências, e a importância desse processo.

UM LUGAR DIFERENTE...

Inserção de uma fisioterapeuta na coordenação de uma Unidade de Terapia Intensiva

O desenho dos residentes do segundo ano nos possibilita ter uma experiência muito diferente da AB, mas que tem em suas nuances, conexões diretas e impactos importantes na AB.

A rede de urgência e emergência (RUE) não foi minha primeira escolha, queria muito ir para a rede de crônicas, mas dentro do período que mais me interessava foi à única opção. No começo não queria ir, pois de todas as opções existentes, a RUE era o lugar mais distante das vivências da residência em si. Tinha receio do desconhecido e de como seria meu processo de aceitação pelos profissionais que estão em sua grande maioria tão alheio à residência.

Eu e a residente Camilla fomos muito acolhidas e bem recebidas por todos os profissionais. Eles compraram a ideia da residência e nos auxiliavam muito nas diversas atividades, e sempre estavam muito disponíveis às nossas solicitações. Como eram profissionais que não tínhamos acesso, antes de propor uma determinada tarefa ficávamos um tanto receosas, mas todas as atividades foram de uma aceitação enorme, onde eles contribuíam de maneira significativa na construção dos processos.

Outro fator que facilitava nosso processo de trabalho era a coordenadora da rede, Verine. Além de ser muito generosa e contribuir para nossa aprendizagem, ela é uma profissional extremamente competente e admirável, e isso permitia que o aprendizado de toda aquela complexidade que envolve coordenar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), fosse muito suave.

Foi muito proveitoso poder entender como funciona o processo de trabalho da rede e quais os impactos que exercia sobre a AB e ainda mais, como poderíamos enquanto AB fomentar o fluxo e encaminhamentos para à UPA ou o SAMU por exemplo.

Conseguimos traçar o perfil de atendimento da UPA segundo um recorte do mês de Maio 2019, e foi tão importante poder acessar todos os prontuários, fazer uma análise crítica e promover uma devolutiva para as unidades de saúde que encaminhava os pacientes para a UPA. Uma limitação dessa análise foi a falta de um prontuário eletrônico para otimizar o tempo e conseguir realizar análises mais complexas e de maiores impactos na saúde, mas ao mesmo tempo, fazer àquele trabalho manual foi uma experiência muito enriquecedora.

Enquanto R1 nós muitas vezes encaminhamos pacientes sem um olhar mais apurado, ou mesmo reclamávamos da falta de comunicação da UPA com a unidade ou falta de contra referência. Mas somente quando imerso no processo de trabalho da UPA para entender quantos desafios têm que se vencer a todo o momento, por diversos atores diferentes e de interesses diferente e quanto isso reverbera em falta de compreensão dos profissionais da ponta.

Para mim a maior sacada de realizar o R2 nessa linha de cuidado é fazer uma conexão mais robusta entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e a Unidade de Pronto Atendimento,

permitindo realizar educação permanente ou matriciamento na USF sobre a rede, a fim de fomentar o processo de trabalho, encaminhamentos e manejos clínicos.

Nesse período de estágio fiquei sem apoiador matricial durante a maior parte do tempo, e sem preceptor de referência, e isso fez com que o desenho do estágio não fizesse muito sentido no início. O próprio plano de estágio e até mesmo o caminhar das atividades desenvolvidas dentro da rede, foi um processo construído em conjunto com a tutora responsável pela rede de urgência e emergência e as residentes. Por isso, durante a primeira etapa desse estágio ficamos muito presas a dar conta de realizar o produto final do estágio, que seria o diagnóstico situacional da UPA, e deixamos de vivenciar os processos inerentes àquela rede de atenção. Apegamos-nos nessa orientação quanto à obrigatoriedade de realizar o produto.

O papel da tutoria foi extremamente importante para que desmistificássemos essa obrigatoriedade e nos permitíssemos vivenciar a rede como um todo e participar de todos os processos a rede, identificando falhas, construindo mecanismos de melhora, instrumento de monitoramento e avaliação, realizando e promovendo capacitações para os profissionais, contribuindo de forma positiva para àquele campo de estágio que nos permitiu usufruir dele enquanto residentes.

Consigo fazer uma reflexão de que a falta de um suporte pedagógico no início do estágio, fez toda diferença em relação à produção de sentido e conseqüentemente na limitação no desenvolvimento das atividades. Talvez por ter sido a primeira vez do campo de estágio para a residência, seria de fundamental importância um suporte pedagógico mais presente. Mas de alguma forma, essa falta nos estimulou a buscar nos outros estágios de atenção e com outros residentes, formatos para a construção do nosso fazer dentro da rede de urgência e emergência.

Esse é foi período em que a preceptoria estava mais distantes, talvez pelo fato de já sermos residentes do segundo ano e termos acesso a outros membros do corpo pedagógico como tutoria e apoiador matricial, mas como não saímos totalmente da assistência na unidade, já que temos por obrigatoriedade 2 dias na unidade, senti falta do apoio no sentido de associar nosso fazer no estágio de redes com o fazer na unidade de saúde. Talvez fosse uma questão de organização para dar conta de todo o processo com os R1 mais os processos de R2, uma vez que éramos muitos. Senti a iniciativa e vontade da preceptoria de enfermagem em acolhermos enquanto R2 dentro da unidade, havia um movimento para dar conta disso, mas infelizmente esse movimento foi se perdendo ao longo do tempo e culminou numa falta de suporte que acredito não ter sido intencional.

Hoje, depois de muito conversar com diversos membros do corpo pedagógico e até mesmo com alguns residentes, além de analisar as circunstâncias do processo que é a residência, consigo perceber o quão complexo é desenvolver o papel do preceptor em sua plenitude. E que muitas vezes nós residentes os questionamos tanto quanto à falta de posturas, ou que deveriam agir de tal forma, mas por poucas vezes nos colocamos naquele lugar de ser apontado, responsabilizado ou ser pressionado por diversos atores diferentes (residentes, corpo

pedagógico, gestão municipal) e ainda assim manter uma postura sensata, sem ter o direito de errar.

Eu admiro muito quem se predispõe a ser preceptor, pois a preceptoria é uma ferramenta que atua de maneira metodológica e pedagógica na gestão do trabalho interdisciplinar em saúde além de ser um lugar de fundamental importância no desenvolvimento e crescimento profissional tanto do residente quanto de si próprio, uma vez que ambos os lados estejam dispostos e acessíveis para tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consigo enxergar a complexidade que a preceptoría tem em ocupar um papel de fundamental importância no desenvolvimento das competências exigidas pelo programa de residência, mas também na qualificação do profissional que integra mais fortemente o SUS. Entendo que cada preceptor tem seu mérito, mas acredito que faz diferença quando o preceptor já foi residente em saúde da família, de alguma forma as realidades se aproximam e isso contribui positivamente para a harmonia do desenvolvimento desse processo.

Hoje, já no processo final do R2, é notório o deslocamento de todos nós residentes. Cada um em sua amplitude, cada um com suas limitações, mas todos com um crescimento relevante.

Ainda há longo o percurso de evolução, mas é incrível olhar para trás e perceber o quando nós avançamos nele. Nossa primeira apoiadora institucional, sempre falava que nós não podemos ter a síndrome da Gabriela: “Eu nasci assim, eu cresci assim, vou ser sempre assim...” e é tão interessante quando percebemos o quanto o outro, que ocupa um lugar de trajetória maior que o nosso, estava correto em vários aspectos. Como é curioso perceber que, pelo menos, fazia sentido o que ela estava querendo nos passar. Mas o amadurecimento e talvez modificação do ser, está intimamente relacionado com o quanto de oportunidade nos damos para isso acontecer.

A residência, e acredito que em especial a residência Multiprofissional em Saúde da Família, tem um papel interessante que é promover o crescimento pessoal de uma forma indireta se o residente estiver disponível. Entender e aceitar que embora sua opinião seja a melhor em seu entendimento, talvez não seja a melhor para àquele indivíduo ou situação, é de uma evolução imensurável. Pensar em conjunto em prol de um ou de vários, pensar no outro, seja ele profissional ou usuário. Transitar por esse lugar é uma experiência que talvez fosse de difícil alcance sem a residência multiprofissional.

A residência realmente possibilita a transformação de um profissional de saúde em um profissional multidisciplinar, com olhar mais ampliado e cuidadoso para o usuário, pela busca constante da promoção de saúde de maneira integral, pela busca de um SUS resolutivo e funcional, onde só depende da gente fazer acontecer saúde, seja com tecnologias leves ou duras, e a preceptoría é de fundamental importância para o desenvolver do residente.

A experiência da residência foi muito intensa, de várias descobertas e aprendizados, construções e desconstruções. E no final dessa caminhada consigo enxergar o real significado da palavra amadurecimento, tanto pessoal quanto profissional e consigo ser extremamente grata por poder vivenciar esse universo que é a residência. Acredito que se eu não consegui aprender nada com a residência, pelo menos aprendi a ser uma pessoa melhor e cada indivíduo, seja do corpo pedagógico, seja os usuários, seja os profissionais ou colegas residentes tiveram uma imensa contribuição nisso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de núcleo de apoio à saúde da família, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza/SUS**: Política Nacional de Humanização. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CAMPOS, G. W. S.; Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.5 n.2, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n 2, p. 399-407, fev. 2007

COSTA, A. J. J. et al. Projeto político pedagógico. Fundação estatal saúde da família fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz” programas de residências integradas de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família, 2018.

FRANÇA, A. S. et al. Manual de atribuições da preceptoria, apoio pedagógico e coordenação. Fundação estatal saúde da família - Fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz” residência de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família, Salvador 2017.

RIBEIRO K.R.B., Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Rev. Gaúcha Enferm. Rio Grande do Sul; 34(4), p:161-165, 2013.