

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira

**Formação de preceptores em Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma
pesquisa-ação**

Eusébio-CE

2020

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira

**Formação de preceptores em Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma
pesquisa-ação**

Dissertação apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.

Eusébio-CE

2020

Título do trabalho em inglês: **Training of preceptors in Residency in Family and Community Medicine: an action research**

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F383f Ferreira, Rafaela Yasmine de Sousa.
Formação de preceptores em Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma pesquisa-ação / Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira. -- 2020.
131 f. : il. color.; tab.

Orientadora: Maria de Fátima Antero Sousa Machado.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2020.

1. Educação Médica Continuada. 2. Preceptoría. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Estratégias pedagógicas. I. Título.

CDD – 23.ed. – 374

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira

**Formação de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma
pesquisa-ação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 16/10/2020

Banca examinadora



Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz-CE

Orientadora



Profa. Dra. Alice Maria Correia Pequeno
Secretária da Saúde do Estado do Ceará - SESA
1º membro



Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz-CE
2º membro

Eusébio-CE

2020

Dedico este trabalho ao meu companheiro de batalhas, Emanuell, e ao nosso filho, João. Que ele acredite sempre no poder transformador da educação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proteger e garantir a força e discernimento necessários para seguir em frente.

Aos meus pais, Airlene Sousa e Vanderley Ferreira, pela paciência e a dedicação de todos os dias. Cada conquista minha é um reflexo de vocês.

À minha irmã, Andressa Ferreira, pelo carinho e companheirismo de sempre.

Ao meu esposo, Emanuell, por me permitir manter o bom humor e me trazer a paz de espírito sempre.

Ao professor Marco Túlio, pelo grande exemplo, não só como médico de família, mas como pessoa. Obrigada por guiar meus primeiros passos na especialidade e por despertar o meu interesse pela preceptoria.

Ao Secretário de Saúde do município de Caucaia, Moacir Soares, e à coordenadora da Atenção Básica, Vilauba Carlos, por acreditarem no poder da Atenção Primária como ferramenta impulsionadora de uma saúde de qualidade e na competência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade para auxiliar nesse processo.

Aos preceptores do Programa de Residência Integrada em Medicina de Família e Comunidade do município de Caucaia, pela participação e dedicação nesse processo.

À professora Dra. Fátima Antero, pelo exemplo de competência e pelo carinho com os quais me guiou ao longo desses dois anos.

Às professoras da banca examinadora, Dra. Alice Pequeno e Dra. Vanira Pessoa, pela disposição no auxílio à construção e análise deste trabalho.

Aos professores do PROFSAÚDE, pela dedicação e pelo empenho na minha formação e de meus colegas de turma nesse momento tão delicado que vivenciamos.

RESUMO

A Residência em Medicina de Família e Comunidade forma especialistas em Atenção Básica, funcionando como modalidade de ensino estratégica para o fortalecimento do SUS. Por se tratar de uma formação que ocorre essencialmente em serviço, um preceptor com preparo docente adequado é primordial na formação de profissionais qualificados. O presente estudo objetivou desenvolver processo formativo para preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade, com ênfase no uso de estratégias pedagógicas. Para tanto, realizou-se um estudo de pesquisa-ação, desenvolvido no município de Caucaia, que teve como participantes o grupo de preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município. O estudo foi realizado por meio de quatro fases: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação. O produto dos encontros foi transcrito e organizado com auxílio do programa Iramuteq, sendo submetido à análise de conteúdo, com aporte dos estudos que tratam de processos de ensino e aprendizagem. As principais necessidades identificadas pelos participantes foram: conhecer as diferentes estratégias pedagógicas existentes e sua utilização prática; desenvolver o método clínico centrado no residente, de modo a facilitar a identificação das necessidades dos residentes; estruturar um currículo por competências local em medicina de família e comunidade, que oriente a utilização de diferentes estratégias pedagógicas; utilizar de forma adequada estratégias de avaliação formativa junto aos residentes. A ação desenvolvida para atender a essas necessidades constituiu-se de quatro encontros de formação, nos quais se utilizou diferentes estratégias pedagógicas que visaram estimular a participação do grupo e contribuir para seu empoderamento com relação às diferentes estratégias para o desenvolvimento da prática docente. Entre as perspectivas identificadas ao longo do processo consta a elaboração de um manual de preceptoria com orientações para o desenvolvimento de atividades de educação permanente junto a preceptores, como instrumento potencializador para uma prática pedagógica efetiva. Evidencia-se, também, a pesquisa-ação como importante percurso para processos formativos de preceptores, tendo em vista permitir apreender a realidade, refletir sobre esta e gerar transformações, decorrentes do envolvimento ativo dos participantes na realidade a ser transformada. A partir desse trabalho, almeja-se estimular o desenvolvimento de processos que utilizem a pesquisa-ação como recurso para a estruturação de formações em preceptoria nos diversos programas de residência no Brasil, com especial destaque para as regiões Norte e Nordeste, com foco para o fortalecimento da atenção básica. Palavras-chave: Educação Médica Continuada. Preceptoria. Medicina de Família e Comunidade. Estratégias pedagógicas. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Residency in Family and Community Medicine trains specialists in Primary Care, working as a strategic teaching modality to strengthen SUS. As it is a training that takes place essentially on-the-job, a preceptor with adequate teacher training is essential in the training of qualified professionals. This study aimed to develop a training process for preceptors of the Residency in Family and Community Medicine with an emphasis on the use of pedagogical strategies. To this end, an action research study was carried out. It was developed in the city of Caucaia and had as participants the group of preceptors of the Residency Program in Family and Community Medicine of this city. The study was carried out through four phases: diagnosis, planning, action and evaluation. The product of the meetings was transcribed and organized with the aid of the Itamuteq program, being subjected to content analysis, with input from studies dealing with teaching and learning processes. The main needs identified by the participants were: to know the different existing pedagogical strategies and their practical use; develop the clinical method centered on the resident, in order to facilitate the identification of the residents' needs; to structure a curriculum of local skills in family and community medicine, which guides the use of different pedagogical strategies; properly use formative assessment strategies with residents. The action developed to meet these needs consisted of four training meetings, in which different pedagogical strategies were used that aimed at stimulating the group's participation and contributing to their empowerment in relation to the different strategies for the development of teaching practice. Among the perspectives identified throughout the process, there is the elaboration of a preceptorship manual with guidelines for the development of permanent education activities with preceptors, as a potentializing tool for an effective pedagogical practice. In this sense, action research proved to be important as a route to training processes for preceptors, considering that it is a process that allows to apprehend reality, reflect on it and generate transformations, resulting from the active involvement of participants in reality to be transformed. Based on this work, the aim is to stimulate the development of processes that can use action research as a resource for structuring continuing education processes in preceptorship in the various residency programs in Brazil, with special emphasis on the north and northeast regions, focusing on strengthening primary health care.

Keywords: Education, medical, continuing. Preceptorship. Family practice, Pedagogical Strategies. Primary Health Care. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dendograma CHD do <i>corpus</i> da pesquisa-ação, Caucaia-Ceará, 2020.	55
Figura 2 – Organograma do corpus textual estratificado em classes, Caucaia-Ceará, 2020.....	56
Figura 3 – Síntese do relato dos participantes ao final do primeiro encontro, Caucaia-Ceará 2020.....	75
Quadro 1 – Perfil de competências do preceptor do Sistema Único de Saúde – área de competência da saúde: atenção à saúde, adaptação Brasil, 2014.	25
Quadro 2 – Perfil de competências do preceptor do Sistema Único de Saúde – área de competência da gestão: gestão do trabalho e da educação na saúde, adaptação Brasil, 2014. ...	26
Quadro 3 – Perfil de competências do preceptor do Sistema Único de Saúde – área de competência da educação: formação profissional e produção do conhecimento, adaptação Brasil, 2014.....	28
Quadro 4 – Critérios para a escolha de atividades educacionais, adaptação Bodernave e Pereira, 2015.	31
Quadro 5 – Tipologia de atividades de ensino-aprendizagem segundo o tipo de capacidade que se pretende desenvolver, adaptação Bordenave e Pereira, 2015.	32
Quadro 6 – Encontros formativos da fase de ação, Caucaia-Ceará, 2020.....	48
Quadro 7 – Aspectos a serem observados na fase de avaliação da pesquisa-ação, adaptação Krafta, 2007	49
Quadro 8 – Necessidades de aprendizagem na prática de preceptoria para tornar mais efetivo o processo de ensino e aprendizagem, Caucaia-Ceará, 2020.....	76
Quadro 9 - Problemas, categorização, priorização e estratégias pedagógicas para formação na preceptoria, Caucaia-Ceará, 2020.....	79
Quadro 10 – Situações-problema discutidas no encontro relativo ao Método Clínico Centrado no Residente, adaptação Lopes, 2009.....	89
Quadro 11 – Fases da pesquisa-ação com referencial teórico e carga-horária, Caucaia-Ceará, 2020.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Ensino a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESPPE	Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EURACT	Academia Europeia de Professores em Medicina de Família
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
IRAMUTEQ	Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de textes L de Questionares
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
RM	Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFC Universidade Federal do Ceará
USF Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E O PAPEL DO PRECEPTOR.....	19
3.2	COMPETÊNCIAS PARA A PRECEPTORIA EM RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	22
3.3	ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA A PRÁTICA DE PRECEPTORIA.....	28
3.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A PRÁTICA DE PRECEPTORIA.....	33
3.5	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ.....	37
4	MÉTODO	40
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	40
4.2	CONTEXTO DA PESQUISA.....	40
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	42
4.4	FASES DA PESQUISA-AÇÃO.....	42
4.4.1	Fase 1 – Diagnóstico	42
4.4.2	Fase 2 – Planejamento	46
4.4.3	Fase 3 – Ação	48
4.4.4	Fase 4 – Avaliação	48
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL.....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	DIAGNÓSTICO.....	53
5.2	PLANEJAMENTO.....	75
5.3	AÇÃO.....	83
5.3.1	Primeiro momento da ação – estratégias pedagógicas	83
5.3.2	Segundo momento da ação – abordagem centrada no residente	86
5.3.3	Terceiro momento da ação – currículo por competências	93
5.3.4	Quarto momento da ação – estratégias de avaliação dos residentes	95
5.4	AVALIAÇÃO	98
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE 1– Termo de anuência prévia para a realização da pesquisa	110
	APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
	APÊNDICE 3 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	113
	APÊNDICE 4 – Manuscrito da pesquisa-ação	117
	ANEXO – Fotografias	129

1. INTRODUÇÃO

A Residência Médica (RM) trata-se de uma modalidade de ensino em Serviço que tem como objetivo o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação. A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade que forma especialistas em Atenção Básica. Por sua atuação, que inclui excelência técnica, coordenação e integralidade do cuidado, diálogo com a comunidade e trabalho em equipe, a Medicina de Família e Comunidade representa uma das grandes possibilidades de melhoria na Saúde Pública brasileira. Funciona, portanto, como modalidade de ensino de pós-graduação estratégica para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para a ressignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em saúde (VASCONCELOS; RUIZ, 2015; MELLO et al. 2009).

Por se tratar de uma modalidade de ensino em serviço, para que a residência se dê de modo satisfatório, é preciso uma organização de forma equilibrada entre os serviços e práticas de saúde e o processo formativo, de modo que o profissional possa tornar-se competente em sua especialidade, ao mesmo tempo em que se insere no cotidiano de uma equipe de saúde. Para tanto, é importante que se compreenda como se dá o processo ensino-aprendizagem na formação do residente e o papel do preceptor nesse processo (BOTTI, 2009; IZECKSOHN, 2017).

O preceptor pode ser concebido como um profissional experiente, que recebe o residente no serviço em que atua, auxiliando em sua formação na especialidade, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades específicas. Por ser o responsável pela formação em serviço, que corresponde a grande parte da carga-horária do residente, além de atuar com competência clínica e profissionalismo, o preceptor deve ser hábil na utilização de diferentes estratégias pedagógicas, que permitam que o processo ensino-aprendizagem ocorra de maneira efetiva (BOTTI, 2011).

Skare (2012), em seu estudo sobre as metodologias de ensino na preceptoria de residência médica, evidencia que, embora muito já tenha sido discutido e avaliado em termos de residência médica, a análise dos atributos necessários a um bom preceptor, assim como a oferta de formação para o exercício adequado da preceptoria, ainda carece de atenção efetiva.

A Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica Nº 005/2004, que dispõe sobre os serviços de preceptor dos programas de Residência Médica, considera, entre os atributos a serem avaliados para a seleção desse docente, um conjunto de atributos

relacionados ao perfil profissional quanto à formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades e atividades didáticas durante a residência médica ou como médico no exercício na instituição, bem como participação em congressos e produção técnica e científica. Evidencia-se aqui, a falta de obrigatoriedade de uma formação específica em preceptoria de residência médica para assumir o cargo.

Em 2013, com o lançamento do Programa Mais Médicos, uma série de medidas estruturantes para aprimorar a formação médica foram instauradas, entre elas a mudança da lógica de abertura de novos cursos de medicina, reorientando-a para suprir os vazios assistenciais e de formação no país. Considerando a ampliação da formação de profissionais de saúde e a importância da inserção de profissionais de graduação e de pós-graduação nos cenários do SUS, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, na área de educação, tornou-se uma prioridade, visando uma maior aproximação entre os mundos do ensino e do trabalho (BRASIL, 2014).

Assim, cursos de formação em preceptoria de residência médica foram lançados, entre os quais, o *Curso de especialização: educação na saúde para preceptores do SUS*, organizado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pelo Hospital Sírio Libanês, em 2014, o *Curso de especialização em preceptoria de Residência em Medicina de Família e Comunidade* e o *Curso de Formação para os atuais preceptores*, também iniciativas de âmbito federal (Ministério da Saúde e Ministério da Educação), lançadas no início de 2016, como parte do Plano Nacional de Formação de Preceptores.

Os cursos acima descritos, apesar de terem alcance nacional, são realizados a distância, de modo que, para uma verdadeira mudança em direção a uma preceptoria de residência médica de qualidade, faz-se necessário que essa oferta seja atrelada a criação de modalidades de ensino locais em preceptoria, com de caráter longitudinal, que além de fornecer meios para o desenvolvimento de competências em preceptoria, auxilie os preceptores em eventuais dificuldades que vivenciem ao longo do desenvolvimento de sua prática docente. É possível citar algumas experiências exitosas de desenvolvimento dessas formações em preceptoria locais, como dos programas de residência do Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco (ISECKSHON et al, 2017; MACHADO et al, 2018; GARCIA et al, 2018; CAVALCANTI et al, 2019). No entanto, a realidade de grande parte dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no país ainda

é a de ausência de um programa de formação longitudinal em preceptoria (CARVALHO et al, 2013; MIRANDA et al, 2013; AUTONOMO et al, 2015).

A vivência anterior da pesquisadora como residente de um Programa de Medicina de Família e Comunidade e, atualmente, como preceptora de um programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, no município de Caucaia, permitiu também a verificação dessa carência na formação em preceptoria de residência médica, a qual dificulta o enfrentamento de diversas situações relativas ao ensino em serviço no processo de ensino aprendizagem. A falta de um programa de formação em preceptoria bem estruturado localmente e que auxilie no enfrentamento desses desafios contribui para o agravamento de dificuldades, entre as quais pode-se citar: utilização de estratégias pedagógicas adequadas para o aprendizado em serviço, avaliação sistemática do residente, com identificação de áreas em que o residente precisa melhorar, desenvolvimento de um plano de recuperação adequado, entre outros.

Essas lacunas em preceptoria tornaram evidentes a necessidade de trabalhar com o grupo de docentes questões relativas ao desenvolvimento da preceptoria. Segundo Anastasiou e Alves (2012), o processo ensino-aprendizagem se refere à relação que se dá entre preceptor e aluno no processo de ensinar e de aprender. Para que isso ocorra de maneira adequada, é necessário, primeiramente, que o preceptor disponha de conhecimento sobre as diferentes estratégias pedagógicas que o permitam desenvolver o processo de ensino-aprendizagem em serviço.

As estratégias pedagógicas constituem um processo de seleção, organização e proposição das melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes desenvolvam as competências necessárias em determinada situação. Por visarem a consecução de objetivos para a adoção da estratégia pedagógica adequada, há que se ter clareza sobre onde se pretende chegar em cada momento do processo de ensino (ANASTASIOU; ALVES, 2012; BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

Assim, para cada situação, um conjunto diferente de estratégias deverá ser utilizado, respeitando as condições favoráveis para executar ou fazer algo. São diversos os elementos que devem ser considerados para a escolha das estratégias pedagógicas, entre estes o objetivo de aprendizagem que se pretende alcançar e o momento vivenciado pelo estudante e suas singularidades. Assim, lidar com diferentes estratégias pedagógicas não é tarefa fácil, o que exige ruptura com o repasse tradicional e o desenvolvimento de competências que permitam a utilização das diferentes estratégias que facilitem o processo de ensino (ANASTASIOU; ALVES, 2012; CARVALHO et al., 2013).

A apreciação de estudos sobre o tema (BOTTI, 2009; SOUSA et al, 2013; IZECKSOHN, 2017; MACHADO et al., 2018), bem como a vivência da autora deste trabalho enquanto preceptora de um Programa de Residência Médica, deram, então, origem aos seguintes questionamentos que nortearam a realização do presente estudo: Como os preceptores utilizam as estratégias pedagógicas na preceptoria dos residentes em Medicina de Família e Comunidade em seus campos de prática?; Que possibilidades identificam com relação ao desenvolvimento de processos formativos que possam contribuir para a qualificação da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade? Tem-se, portanto, como objeto do presente estudo, o desenvolvimento de um processo formativo para preceptoria em residências de Medicina de Família e Comunidade, com foco na utilização de diferentes estratégias pedagógicas.

Para justificar a realização deste trabalho, foram considerados aspectos relativos à especialidade, à preceptoria e à implicação da pesquisadora com o tema. Com relação à perspectiva da especialidade, tem-se que, apesar de figurar como disciplina estratégica para o fortalecimento do SUS, a porcentagem de médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com residência em Medicina de Família e Comunidade, ainda é pequena. O trabalho de Maranhão (2019), que avalia o escopo de práticas dos médicos na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza, evidencia que apenas 20% dos médicos que atuam na ESF possuem residência médica em MFC.

Scheffer (2018), por sua vez, coloca que, por mais que tenha havido um aumento no número de vagas ofertadas para a residência em MFC nos últimos anos, a procura por esse curso ainda é baixa, com percentual significativo de desistência entre o primeiro e segundo ano de residência. Mello et al. (2009), destaca que, no Brasil, um dos motivos para a baixa escolha de realização da residência em MFC é o fato de não ser necessária uma formação específica para atuar na especialidade. Tal indício permite inferir que é necessário que o profissional perceba que a formação como MFC, através de residência médica, lhe confere um diferencial com relação a profissionais que não fizeram a especialização. Nesse sentido, um programa de residência com processo formativo que atenda às necessidades dos residentes, que se utilize de estratégias pedagógicas adequadas e estimule a atuação efetiva nessa especialidade apresenta maior probabilidade de atrair médicos, com menor possibilidade de desistência ao longo do curso.

Temos, portanto, que, em um contexto de valorização da formação em serviço, tanto na graduação quanto na pós-graduação, lançar um olhar cuidadoso para como se dá a formação desses profissionais, visto ser essencial para o fortalecimento da especialidade. Nesse sentido,

o preceptor exerce importante papel no preparo de médicos especialistas em Atenção Primária. Ao considerar os aspectos relativos à preceptoria, constatamos que são diversos os desafios que os profissionais enfrentam na execução da atividade de preceptoria, sendo a carência de formação para essa função um desses dificultadores. Apesar da iniciativa do Ministério da Saúde em lançar cursos de formação em preceptoria (BRASIL, 2015), é essencial que cada programa de residência estruture programas de educação permanente para a preceptoria, com vistas à oferta de uma formação longitudinal, que permita, entre outros aspectos, a aquisição de competências para a adoção de diferentes estratégias pedagógicas que facilitem o processo de ensino, que é o foco do presente estudo.

Apesar de a literatura publicada sobre o tema da formação em preceptoria trazer alguns relatos de experiência locais sobre a atividade de preceptoria (IZECKSOHN, 2017; GARCIA et al., 2018), estes não descrevem estratégias que permitam a reprodução dessas experiências em outros contextos, evidenciando uma lacuna do conhecimento sobre organização da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade, o que também justifica a realização do presente trabalho. Repensar o preparo do preceptor, nesse sentido, pode ser visto como uma maneira eficiente de melhorar a formação em Medicina de Família e Comunidade e assim ampliar o escopo de prática desses profissionais.

Ao relacionar esses fatos à vivência da pesquisadora enquanto preceptora da Residência em MFC, foi possível evidenciar também os diversos obstáculos enfrentados pelos preceptores de residência em Medicina de Família e Comunidade, entre os quais: a falta de tempo reservado para a preceptoria; a necessidade de atenção que requerem o residente e a pessoa que busca atendimento de forma simultânea; a falta de formalização da preceptoria; o desconhecimento por parte do preceptor das diferentes estratégias pedagógicas que o auxiliem no processo ensino-aprendizado, entre outros. Esses aspectos dificultam o desenvolvimento satisfatório do ensino no ambiente de serviço.

A atuação no município de Caucaia, permitiu evidenciar, ainda, que das 78 Equipes da Estratégia de Saúde da Família no município, somente seis (7,6%) contam com atuação de preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Caucaia teve início em 2017 e funciona vinculado à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE). Das 10 vagas ofertadas para o ano de 2017, houve uma desistência (10%). No ano de 2018, das três vagas ofertadas, uma residente optou por transferir-se para o município de Fortaleza. No ano de 2019, por sua vez, das dez vagas ofertadas, nove vagas foram preenchidas, tendo havido duas desistências (22%) e uma

transferência para outro município. No ano de 2020, também foram ofertadas dez vagas, tendo sido preenchidas oito vagas.

Outro aspecto que merece ser destacado se refere à vinculação deste estudo com o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE e a linha de pesquisa Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional. Essa linha tem como objetivo desenvolver pesquisas que permitam estudar e experimentar concepções teórico-metodológicas mais adequadas para orientar a formação de profissionais de saúde voltados, entre outros aspectos, para os processos de ensino e de aprendizagem vinculados à Saúde da Família visando responder às demandas de saúde da sociedade e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada no SUS.

Espera-se, com a realização desta pesquisa, contribuir para o incentivo da organização de processos de educação permanente para a preceptoria devidamente estruturados nos diversos programas de residência no país e auxiliar na formação de Médicos de Família no Brasil com o fim último de auxiliar na ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no fortalecimento da Atenção Básica.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver um processo formativo para preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade com ênfase no uso de estratégias pedagógicas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como os preceptores realizam a preceptoria da Residência em Medicina de Família e Comunidade;
- Verificar como ocorre o processo de ensino e aprendizagem com foco para o uso de estratégias pedagógicas na preceptoria;
- Construir um plano de ação para a formação de preceptores;
- Descrever o processo de desenvolvimento da pesquisa-ação;
- Avaliar o processo de construção e implementação das ações formativas ofertadas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E O PAPEL DO PRECEPTOR

A Atenção Primária à Saúde (APS) trata-se do modelo de atenção à saúde adotado no Brasil e em diversos países como forma de proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, bem como para reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (MOROSINI, 2007).

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Constatamos, portanto, que mais que um dos níveis do sistema de saúde, a Atenção Básica desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população (IZECKSOHN, 2017; BRASIL, 2015; MOROSINI, 2007; COSME, 2013).

Essas reformulações de base filosófica, metodológica e organizacional trouxeram às instituições de saúde e de ensino em saúde novos desafios, tendo em vista que o fortalecimento da ABS depende diretamente da formação dos profissionais de saúde. No caso da formação do profissional médico, demanda a necessidade de profissionais especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população. Sendo assim, para ser resolutivo na ABS, o profissional precisa receber uma formação que direcione para esse nível de atenção.

Já na graduação em Medicina, tem-se, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, que o profissional deve, além de ter uma formação geral, atuar com promoção e prevenção à saúde em âmbito individual e coletivo, ser humanizado e exercer suas funções de acordo com princípios éticos e de responsabilidade social, reconhecendo o indivíduo em sua singularidade e considerando o espectro da diversidade humana das esferas cultural, étnico-racial e sexual (BRASIL, 2014). Tais orientações denotam a necessidade de formação de profissionais aptos para atuar no processo saúde-doença na perspectiva da integralidade da assistência, o que reforça a importância da reorientação das práticas formativas de profissionais de saúde (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

Essa necessidade de habilitar profissionais com formação geral, qualificados para atuar na Atenção Básica, que tem início na graduação, continua na pós-graduação. Atualmente, a Residência Médica (RM) é considerada o padrão-ouro dos cursos de especialização na área pelo Ministério da Educação (MEC) e tem como objetivo o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) trata-se de uma especialidade eminentemente clínica e que desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a atendimento a pessoas individuais, famílias e comunidades. Forma, portanto, especialistas em Atenção Básica. Esses atributos tornam a Medicina de Família e Comunidade uma disciplina estratégica para o fortalecimento do SUS e a ressignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em saúde (VASCONCELOS; RUIZ, 2015). Por se tratar de uma modalidade de ensino em serviço, para que o processo de ensino-aprendizagem ocorra de forma adequada, é importante que se compreenda como se dá o processo ensino-aprendizagem na formação do residente e o papel do preceptor nesse processo (BOTTI, 2009; SOARES et al., 2013; IZECKSOHN, 2017).

A figura do preceptor está presente na educação médica há muito tempo. Se a residência médica como tal é reconhecida desde 1889, quando foi implantada na Universidade Johns Hopkins por William Halsted, o aprendizado dos médicos mais jovens com aqueles de maior experiência é reconhecido desde os primórdios da civilização, quando a atividade de curar se iniciava de maneira informal com o treinamento sendo orientado por um prático. No Brasil, essa forma de pós-graduação iniciou-se em 1944 com implantação da residência de ortopedia na Universidade de São Paulo, seguida de perto pelo programa de residência do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948 (SKARE, 2012; BOTTI, 2009).

O termo preceptor advém do latim *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”, sendo inicialmente utilizado pelos mestres de ordens militares. No século XVII, passou a nominar aquele que emite preceitos ou instruções (VIANA et al., 2013). Botti, 2009, o define como o profissional mais experiente em um programa de residência médica, podendo ser utilizado, também nesse sentido, para designar o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática. Mills et al, 2005, por sua vez, refere que o termo preceptor é usado para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho.

A figura do preceptor é importante no processo de ensino aprendizagem, entre outros aspectos, na medida em que inspira os educandos a ver um novo significado em seu trabalho e a manter a luta, apesar dos desafios. É preciso que este ofereça uma visão do papel profissional que vá além da enumeração de habilidades a serem aprendidas e que inclua as qualidades pessoais e espirituais inerentes àquele que irá se tornar um agente de cura (MCWHINNEY, 2010; STEWART et al., 2017).

É eficaz ensinar por meio do exemplo a fim de que se torne claro que há mais no campo da saúde do que apenas diagnóstico e tratamento. Ajudar os estudantes a aprender como dar atenção ao que a pessoa quer conversar e reconhecer que escutar pode ser mais terapêutico do que qualquer intervenção biomédica também é essencial no ensino do método clínico centrado na pessoa. Estimular os alunos a refletir e compartilhar suas experiências e descobrir como aprender a partir destas também é essencial, na medida em que fornecem auxílio emocional e funcionam como ferramentas para a aprendizagem ao longo de toda a vida (RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART et al., 2017).

Na literatura médica, encontram-se os diferentes papéis do preceptor, sendo essenciais os de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão, que, como já dissemos, vive em constante mudança. Para que o profissional possa oferecer cuidado de qualidade em saúde, é necessária completa adesão a essas mudanças, cabendo ao preceptor criar as condições necessárias para que elas sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação (BOTTI, 2009; CARVALHO et al, 2013; SOARES et al., 2013; VIANA et al., 2013).

Entre as atribuições denominadas ao preceptor relatadas nos diversos estudos avaliados, observou-se não só a preocupação com a transmissão dos conhecimentos, mas também com a formação moral do residente ao longo desse período. Bentes et al (2013) colocam que, entre os atributos para uma boa atuação como preceptor, configuram-se: ter responsabilidade profissional (assiduidade, comprometimento, disponibilidade, participação ativa e pontualidade, desempenhando a função de modelo de atuação médica e de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal); ser acessível, incentivador, ter flexibilidade e estimular o residente para resolver os principais problemas de saúde; ter compromisso com a função, demonstrando disponibilidade, organização, disciplina e disposição para uma melhoria contínua do residente, entre outros. Esses atributos denotam que adquirir experiência clínica constitui uma parte importante da graduação e da pós-graduação, o que não inclui apenas conhecimentos teóricos, mas também o desenvolvimento de habilidades e atitudes. Nesse sentido, o preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática (IZECKSOHN, 2017).

Tem-se, portanto, que, tendo em vista os múltiplos papéis exercidos pelo preceptor, a complexidade da formação em cenários de ABS exige habilidades específicas para uma atuação plena desse profissional com vistas à realização efetiva de suas atribuições. Para tanto, faz-se essencial o desenvolvimento de competências específicas para a prática da preceptoria em Residência de Medicina de Família e Comunidade.

3.2. COMPETÊNCIAS PARA A PRECEPTORIA EM RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Segundo Zabala e Arnou (2014), competência é a capacidade para realizar tarefas ou atuar frente a situações diversas de forma eficaz, em determinado contexto, por meio da mobilização de componentes atitudinais, procedimentais e conceituais de maneira inter-relacionada. Nessa definição, destaca-se o verbo mobilizar, através do qual é possível inferir que o professor não vai fazer pelo aluno, mas sim motivar, instigar e chamar à ação aquele que aprende.

Nesse sentido, salienta que competências são ações eficazes diante de situações e problemas de diferentes matizes, a partir de uma intenção definida, ou seja, com atitudes determinadas. Para tanto, faz-se necessário dominar os procedimentos, as habilidades e atitudes que a ação que se deve realizar exige (ZABALA; ARNOU, 2014).

Segundo esses mesmos autores, é importante ressaltar, ainda, que o termo competências está diretamente relacionado à capacidade da pessoa de aplicar seus conhecimentos, suas habilidades e atitudes em uma situação de forma adequada, resolvendo o problema de forma eficaz. Por ter esse elemento contextual associado, não é possível dizer que uma pessoa é competente, mas que demonstra em cada situação um maior ou menor grau de competência (ZABALA; ARNOU, 2014).

Dentre as competências a serem desenvolvidas pelo residente em MFC durante a sua formação, consta, no Manual de Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), publicado em 2015, que ele deve ser preparado para conseguir ministrar aulas e supervisionar alunos de graduação. Apesar de ser um começo, isso não garante que os residentes estejam preparados para atuarem como preceptores quando terminam a residência, nem que estejam plenamente preparados para ingressar como docentes em ambiente acadêmico (IZECKSOHN, 2017).

Moura et al (2013) aponta essa deficiência no domínio da área educacional no desempenho docente no ensino superior, ao afirmar que praticamente não existe, nas escolas médicas, preparo específico para os professores no campo pedagógico. Segundo essa mesma autora, espera-se que o professor de Medicina conheça profundamente o assunto que deve ensinar, como se apenas esse aspecto assegurasse sua competência didática, o que não se comprova na prática de preceptoria.

Estudos sobre preceptoria de residência médica evidenciam essa carência na formação em preceptoria no discurso dos preceptores ao colocarem, por exemplo, a importância de o preceptor, previamente à entrada do residente, definir conceitos, procedimentos a serem praticados e planejar quais estratégias pedagógicas podem ser aplicadas em determinadas situações, de modo a otimizar o processo de ensino sem prejuízo ao tempo de assistência. Tal afirmação denota a necessidade de ferramentas específicas para a atuação em preceptoria (CARVALHO et al., 2013; MIRANDA et al., 2013).

Tendo em vista que um conjunto de competências específico é necessário para a prática de preceptoria, seria legítimo dizer que uma formação **voltada para** essa prática é primordial para que esses profissionais possam orientar a formação de médicos especialistas com maior segurança e eficácia. No entanto, constata-se que, ainda hoje, a maioria dos preceptores é escolhida pelos seus méritos profissionais, o que nem sempre se reflete na capacidade de ensinar. Muitos deles não possuem – ou possuem muito pouco – preparo propriamente pedagógico, o que pode prejudicar o aproveitamento da residência (SHARE, 2012).

Diversos estudos têm sido realizados atualmente com o objetivo de definir as competências necessárias à preceptoria. A Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT), dentro das suas atividades de capacitação para a docência voltada para MFC, busca levantar essa discussão na primeira de suas oficinas, definindo um bom formador como aquele que possui não apenas competência clínica, mas também aptidões para a docência e atributos pessoais. Isto é, além de ser um clínico competente para uma prática médica pautada no profissionalismo, precisa possuir boa saúde, saber ouvir, ter vontade de compartilhar seu conhecimento, ser organizado e saber se comunicar, saber identificar as necessidades de aprendizado do seu residente, bem como receber treinamento específico à docência de forma continuada, como também reforçam outros autores sobre esse tema. Temos, portanto, que além da conhecida vontade de ensinar, para que um MFC seja um bom preceptor, é fundamental desenvolver habilidades educacionais específicas para o ambiente ambulatorial, treinar a especificidade do ensino de adultos e participar de um ambiente de educação permanente (IZECKSOHN, 2017; SKARE, 2012; BOTTI, 2009).

O Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS desenvolvido pelo Hospital Sírio Libanês em 2014 adota um perfil de competência do especialista em educação na saúde, no exercício da preceptoria, o qual está representado pela articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional: Saúde (atenção à saúde); Gestão (gestão do trabalho e da educação na saúde); Educação (formação profissional e produção de conhecimento na saúde).

Cada uma dessas áreas é representada por um conjunto de ações-chave que são traduzidas em desempenhos que retratam a integração das capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, agrupadas por afinidade nas áreas de competência. Assim, competência profissional foi entendida como uma síntese das áreas de gestão, atenção à saúde e educação, e a análise dessas capacidades com foco na preceptoria nas regiões de saúde deve orientar a seleção de conteúdos e das atividades educacionais para a preceptoria.

O quadro abaixo traça o perfil de competência do preceptor do Sistema Único de Saúde, adaptado do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS.

Quadro 1 – Perfil de competências do preceptor do Sistema Único de Saúde - Área de competência de Saúde: Atenção à saúde, adaptação Brasil, 2014.

Ações-chave		Desempenhos
Focaliza a atenção à saúde nas necessidades individuais e coletivas	Favorece a investigação de problemas de saúde	Promove, junto à equipe e aos estudantes, investigações ampliadas das necessidades de saúde dos usuários, articulando as dimensões biológica, subjetiva e social na identificação de problemas de saúde. Articula dados e informações de diversas fontes para a identificação de inadequações dos processos assistenciais, levando em conta um modelo de atenção à saúde orientado às necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.
	Promove a Construção de um cuidado integral	Busca o diálogo entre necessidades e recursos disponíveis para a construção de projetos terapêuticos voltados à melhoria da atenção à saúde oferecida aos usuários. Utiliza a saúde baseada em evidência e as ferramentas de gestão da clínica para a construção, com a equipe e os estudantes, de uma atenção integral à saúde, promovendo a ampliação do acesso e garantindo a continuidade do cuidado, com qualidade e segurança. Favorece a articulação de ações e serviços, promovendo a corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado, de modo a fortalecer a rede de atenção à saúde. Compartilha decisões, estimulando o trabalho em equipe, a autonomia dos usuários e a participação ativa de estudantes e docentes no cuidado à saúde de pessoas e populações. Favorece a construção da rede escolar de atenção à saúde, favorecendo para que o cotidiano do trabalho em saúde seja gerador de conhecimentos e transformações.
Acompanha e avalia a atenção à saúde individual e coletiva		Acompanha e avalia processos, resultados e impacto das ações desenvolvidas nos projetos terapêuticos, utilizando os sistemas de informação para a análise de dados e valorizando a escuta qualificada de usuários, trabalhadores, preceptores e estudantes. Presta contas e promove ajustes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência e

	efetividade, considerando que as escolhas devem estar pautadas pelo valor agregado à qualidade de saúde e de vida dos usuários.
--	---

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 2 - Perfil de competências do preceptor do Sistema Único de Saúde - Área de competência de Gestão: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, adaptação Brasil, 2014.

Ações-chave		Desempenho
Promove o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde	Identifica problemas do trabalho para orientar as práticas de educação na saúde	<p>Analisa necessidades e problemas de saúde, por meio do emprego de dados e indicadores, visando à construção de um cuidado integral à saúde das pessoas e à identificação de demandas de natureza educacional.</p> <p>Estimula a identificação de potencialidades e os aspectos que requerem melhoria, tanto em relação ao serviço/instituição/rede como em relação à prática dos profissionais.</p> <p>Analisa os fatores a serem enfrentados para o atendimento das necessidades de saúde identificadas e as capacidades profissionais que requerem desenvolvimento.</p> <p>Participa da análise dos contextos interno e externo, identificando atores envolvidos, oportunidades e obstáculos à produção de saúde, reconhecendo a existência de interesses antagônicos, buscando a criação de espaço educativo orientado por uma perspectiva de complementaridade, mediação e diálogo entre as diferentes visões e os diferentes saberes.</p> <p>Contribui para a seleção e priorização de problemas que retardam ou impedem a integração ensino-serviço e o exercício da preceptoría, com a aplicação de ferramentas do planejamento estratégico, incluindo análises de estrutura, processos e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades.</p> <p>Identifica obstáculos e oportunidades para a educação na saúde, levando em conta as potencialidades e limitações das instituições envolvidas, do Sistema Único de Saúde e das políticas nacionais de educação, saúde e de integração ensino-serviço-comunidade.</p>
	Promove iniciativas na articulação do trabalho e da educação na saúde	<p>Promove e participa de espaços para a tomada de decisão compartilhada, utilizando dispositivos que favoreçam a socialização de diferentes perspectivas e a corresponsabilização das equipes do serviço, de docentes, de estudantes e da comunidade.</p> <p>Favorece a utilização de informações e dos elementos que agreguem valor na tomada de decisão, utilizando indicadores de gestão e de saúde e evidências científicas.</p> <p>Atua na construção de uma relação ética, solidária e transformadora entre os parceiros envolvidos nas iniciativas de integração ensino-serviço, favorecendo a construção de</p>

	<p>compromissos compartilhados no ordenamento e na formação de profissionais de saúde para o SUS.</p> <p>Busca um enfrentamento positivo e construtivo para as diferenças, reconhecendo que os conflitos são inerentes às relações interpessoais.</p> <p>Participa da elaboração de estratégias e ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de construção de consensos.</p> <p>Participa da definição conjunta de metas e etapas entre as instituições de ensino e serviço, levando em conta o momento político, a gestão de pessoas e os aspectos de infraestrutura, materiais, equipamentos e financiamento, de modo orientado aos resultados pactuados. Participa da definição dos responsáveis, prazos, resultados esperados e do apoio para o desenvolvimento das ações.</p>
<p>Acompanha e avalia o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde</p>	<p>Acompanha o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos, assim como padrões de referência para análise de processos e produtos da articulação ensino-serviço na rede de atenção à saúde.</p> <p>Estimula a socialização de informações, de modo a contribuir para o comprometimento dos profissionais de saúde, preceptores e estudantes com os resultados alcançados, estimulando a ampliação da autonomia e da criatividade dos envolvidos.</p> <p>Promove o reconhecimento das conquistas e explora os eventos adversos, de modo que os profissionais e as instituições envolvidas aprendam com os erros.</p> <p>Faz e recebe críticas de modo respeitoso e voltado ao desempenho observado, incluindo sua autocrítica. Valoriza o esforço de cada um, favorecendo a construção de um ambiente solidário e a parceria entre instituições formadoras e serviços.</p> <p>Utiliza a avaliação para superar obstáculos e favorecer o exercício da preceptoria e da integração ensino-serviço, visando à melhoria dos processos de ensino e aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde.</p> <p>Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo a orientá-las por resultados que agregam valor à saúde, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação profissional.</p> <p>Favorece a oferta e formalização de espaços para educação permanente, avaliação formativa, apresentação de resultados alcançados e prestação de contas.</p> <p>Cria espaços protegidos para sua própria reflexão e para compartilhar a perspectiva de outros, incluindo oportunidades de expressão a todos os envolvidos, em especial de usuários e estudantes.</p>

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 3 - Perfil de competências do preceptor do Sistema Único de Saúde - Área de competência de Educação: formação profissional e produção de conhecimento na saúde, adaptação Brasil, 2014.

Ações-chave	Desempenho
Promove o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde	<p>Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e famílias atendidas, a partir da reflexão sobre as práticas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde.</p> <p>Utiliza uma postura aberta à diversidade de valores, desejos e perspectivas, de modo a atuar segundo os princípios da ética profissional e da humanização na identificação de necessidades de aprendizagem, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem de cada um.</p> <p>Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor.</p>
Desenvolve ações educacionais e facilita processos de ensino e aprendizagem	<p>Estabelece e promove relações solidárias e corresponsáveis entre todos os envolvidos em ações educacionais.</p> <p>Participa da formação de profissionais de saúde, estimulando a curiosidade para aprender e a utilização do cotidiano do trabalho na saúde para produzir conhecimento.</p> <p>Favorece a utilização de experiências e vivências do trabalho em saúde para a construção de pontes entre os problemas da realidade e a formação de profissionais de saúde.</p> <p>Desenvolve atividades educacionais para estudantes, equipe e pacientes/familiares, baseadas nas necessidades de aprendizagem identificadas, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um e favorecendo o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de limitações e dificuldades.</p> <p>Incentiva a capacidade de buscar evidências científicas e de melhores práticas para enfrentar problemas de saúde, promovendo a avaliação crítica das informações e fontes encontradas.</p> <p>Estimula uma investigação que inclua a análise, síntese e avaliação crítica, favorecendo a capacidade de aprender ao longo da vida, com independência.</p> <p>Favorece a produção de conhecimento e de novos significados, segundo uma abordagem construtivista da educação, por meio da interação entre as pessoas e dessas com fontes de informação.</p> <p>Atua como facilitador de aprendizagem de estudantes, da equipe em que atua e de pacientes/familiares, promovendo a educação pelo exemplo.</p> <p>Incentiva o desenvolvimento de novas capacidades orientadas à inovação e à transformação das práticas em saúde, na perspectiva da construção de autonomia para o autocuidado e/ou de competência profissional.</p>
Acompanha avaliações e processos educacionais	<p>Utiliza todas as oportunidades para colocar a prática sob reflexão, nos diversos cenários do SUS, contribuindo para a construção de uma rede escola, que também aprende.</p>

	<p>Estimula a reflexão sobre a preceptoria e o trabalho em saúde nos espaços de educação permanente, visando à melhoria da aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde.</p> <p>Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e as conquistas.</p> <p>Faz e recebe críticas de modo ético, orientado à construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e para a preceptoria.</p>
<p>Apoia a produção de novos conhecimentos</p>	<p>Identifica a necessidade de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde e da formação profissional em saúde, promovendo o reconhecimento, pelos parceiros, dos limites e das potencialidades para produzi-los.</p> <p>Participa e/ou estimula a participação dos estudantes e da equipe na produção científica ou tecnológica na saúde, assentada em princípios ético-científicos e orientada pelas necessidades de saúde das pessoas, de fortalecimento do SUS e de melhoria dos processos de formação.</p> <p>Favorece e apoia processos de criação, disseminação e compartilhamento de saberes orientados ao desenvolvimento de competência profissional e à melhoria da qualidade de vida da população.</p> <p>Promove o desenvolvimento, a utilização e avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora no cuidado e na gestão em saúde e na educação na área da saúde.</p>

Fonte: BRASIL (2014).

No que diz respeito à adoção de estratégias pedagógicas na prática da preceptoria, o quadro 3 aborda as competências relativas à formação profissional e produção de conhecimento na saúde. Entre estas, coloca que o preceptor deve desenvolver ações educacionais e facilitar processos de ensino e aprendizagem. Para tanto, especifica que o preceptor deve, entre outros aspectos: estimular a curiosidade para aprender a partir da utilização de situações do cotidiano e das vivências prévias; e desenvolver atividades educacionais baseadas nas necessidades de aprendizagem identificadas. Para que possa desenvolver essa competência de forma adequada, faz-se essencial que o preceptor reconheça e utilize o conjunto de diferentes estratégias pedagógicas.

3.3. ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA A PRÁTICA DE PRECEPTORIA

Segundo Perrenoud (1999), os professores que assumem o ensino por competências se apropriam de responsabilidades na escolha de práticas sociais. Através de métodos ativos e da

pedagogia diferenciada, a abordagem por competências desafia o professor a encarar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados, assim como a trabalhar regularmente com a resolução de problemas. Outras formas de trabalho são: a utilização de um planejamento flexível, o trabalho com um novo contrato didático, a avaliação de maneira formadora durante as situações de trabalho e a minimização da compartimentagem disciplinar. Desse modo, para que possa desenvolver de forma adequada o processo de ensino e aprendizagem, a formação continuada e a reflexão docente sobre a sua prática pedagógica são importantes (SILVA; FELICETTI, 2014).

Segundo Anastasiou e Alves (2012), o processo ensino-aprendizagem se refere à relação que se dá entre preceptor e aluno no processo de ensinar e de aprender. Tratando-se de um processo, verificamos que este inclui duas dimensões: uma de intenção e outra de resultado, de modo que se fazem necessárias atuações ativas, de ambos os lados, para que se alcance o objetivo principal, que é o de gerar uma ressignificação ou compreensão acerca de determinado objetivo de aprendizagem. Essas reflexões deram origem ao termo *ensinagem*, inicialmente explicitado no texto de Anastasiou (1998), para indicar uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para a aquisição de competências.

Segundo a mesma autora, as estratégias pedagógicas constituem um processo de seleção, organização e proposição das melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes desenvolvam as competências necessárias em determinada situação. Tem-se, portanto, que a escolha de atividades de ensino adequadas aos objetivos educacionais, aos conteúdos e aos alunos é elemento essencial da prática pedagógica e evidencia a verdadeira contribuição da prática do professor (ANASTASIOU; ALVES, 2012; BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

Bordenave e Pereira (2015) alertam para os diversos elementos que podem dificultar o processo de seleção das atividades de ensino, entre os quais: o professor carece de critérios que o orientem na escolha; o professor não conhece as possibilidades e limitações dos diversos tipos de atividades de ensino; o professor possui um número muito reduzido de técnicas em seu repertório didático; o tempo reduzido limita o emprego de atividades variadas de ensino; o curso não oferece facilidades para a adoção de outras estratégias pedagógicas que não a aula tradicional expositiva.

É possível inferir, portanto, que problemas relativos ao professor, ao tempo e ao curso, podem dificultar de maneira semelhante o processo ensino-aprendizagem. Para superar esses

desafios, Bordenave e Pereira (2015) trazem pontos-chave que devem ser observados, entre os quais: permitir que o aluno tenha participação ativa na escolha da estratégia pedagógica; formular critérios de escolha bem definidos para a escolha de atividades didáticas; reconhecer os potenciais e as limitações de cada atividade. O quadro abaixo resume os critérios que devem ser considerados para a escolha das atividades didáticas.

Quadro 4 – critérios para a escolha de atividades educacionais, adaptação Bordenave e Pereira, 2015.

Experiência didática do professor
Etapa no processo de ensino
Tempo disponível
Estrutura do assunto e tipo de aprendizagem envolvido
Contribuições e limitações das atividades de ensino
Tipos de alunos
Aceitação e experiências dos alunos
Facilidades físicas

Fonte: BORDENAVE; PEREIRA (2015).

Por visarem a consecução de objetivos, temos, portanto, que, para a adoção da estratégia pedagógica adequada, há que se ter clareza sobre aonde se pretende chegar em cada momento do processo de ensinagem. Assim, para cada situação, um conjunto diferente de estratégias deverá ser utilizado, respeitando os objetivos educacionais que se pretende alcançar, a estrutura do assunto a ser ensinado, as características próprias das atividades de ensino, as condições favoráveis para executar ou fazer algo entre outros.

O quadro 5, também adaptado de Bordenave e Pereira (2015), lista algumas atividades de ensino segundo o tipo de capacidade que se pretende desenvolver. É importante salientar que, apesar de encontrarem-se divididas, uma mesma atividade de ensino pode servir para desenvolver diversas capacidades.

Quadro 5 – Tipologia de atividades de ensino-aprendizagem segundo o tipo de capacidade que se pretende desenvolver, adaptação Bordenave e Pereira, 2015.

Capacidade	Operações	Atividades
------------	-----------	------------

Observar	Perceber a realidade, descrever situações e adquirir conhecimentos e informações	Excursão e visitas Escrita do que foi observado Comparação de objetos e fenômenos Entrevistas de pessoas Consultas bibliográficas Estágios Palestras, conferências, aulas expositivas Seminários, simpósios, painéis Comitês de observação ou escuta Pesquisa de informação Censo de problemas em reunião Levantamento de campo
Analisar	Decompor objetos ou sistemas em elementos constitutivos; enumerar qualidades e propriedades, distinguir postos-chave; relações e partes de um todo; fatores variáveis e parâmetros de uma situação; discriminar elementos de um problema; passos de uma sequência ou processo; aprender taxonomias e tipologias	Instrução programada Diagnóstico de situações Estudo de casos Reflexão Discussão dirigida pelo professor Painel de discussão Painel de oposição Pergunta circular Análise de projetos Comparação de pesquisas Simpósios Leitura individual supervisionada
Teorizar	Repensar a realidade; associar, generalizar, inferir, deduzir, construir modelos, formular hipóteses, explicar ou desenvolver conceitos e proposições; pesquisar, extrapolar, predizer, transpor e	Pesquisa bibliográfica Projetos de pesquisa individual e grupal Preparação de instrumentos de coletar dados Prática de entrevistas Leitura de relatórios de pesquisa Estudo dirigido

	transformar, interpretar segundo critérios vários	Redação de resenhas Aula expositiva sobre o método científico Discussão em pequenos grupos Reflexão individual ou em grupos
Sintetizar	Julgar, avaliar, discutir valores, apreciar, criticar, debater, tomar decisões, resolver problemas	Fazer tempestade cerebral Fazer resenhas Fazer monografias Escrever teses Resolver problemas Realizar seminário Acompanhar exposição oral pelo aluno Realizar projeto de grupo
Aplicar e transferir o aprendido	Planejar, organizar, dirigir, executar, realizar, construir, produzir	Elaborar projetos Dar oportunidade de exercer liderança Distribuir responsabilidade Executar projetos em equipe ou individuais Formação de grupos competitivos Serviços de consultas Exposição de trabalhos dos alunos Análise e avaliação de projetos Estudo de casos

Fonte: BORDENAVE; PEREIRA (2015).

Podemos concluir, portanto, que são diversos os elementos que devem ser considerados para a escolha das estratégias pedagógicas, entre estes, o objetivo de aprendizagem que se pretende alcançar e o momento vivenciado pelo estudante e suas singularidades. Assim, constata-se que lidar com diferentes estratégias pedagógicas não é tarefa fácil, o que exige ruptura com o repasse tradicional e o desenvolvimento de competências que permitam a utilização das diferentes estratégias que facilitem o processo de ensinagem (ANASTASIOU; ALVES, 2012; CARVALHO et al., 2013; BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

Verifica-se, portanto, que, além das competências clínicas, a complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais que orientam esses alunos na prática, chamados de preceptores. A figura do preceptor médico em programas de residência comumente se confunde com a imagem de um profissional experiente, dotado de vasto conhecimento técnico e com longos anos de prática clínica, responsável pela inserção do profissional mais jovem no mercado de trabalho. Contudo, mesmo que competência clínica e tempo de prática possam ser significativos para definir um bom médico, não necessariamente esses requisitos são suficientes para definir um bom professor ou um bom preceptor (SKARE, 2012; IZECKSOHN, 2017)

Tendo em vista que o exercício da preceptoria, a partir da supervisão da prática, trata-se da estratégia principal do processo de formação de médicos residentes, prova-se que esta implica na compreensão da dinâmica do processo ensino-aprendizagem a partir da prática, permitindo que o residente desenvolva competências adequadas para atuação na Atenção Primária. Para permitir que o preceptor desenvolva competências para a prática da preceptoria, especificamente para a utilização de estratégias pedagógicas, que é foco deste estudo, faz-se necessário que os programas de residência estruturem espaços de educação permanente para o desenvolvimento da preceptoria.

3.4. EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A PRÁTICA DE PRECEPTORIA

Tendo em vista que a formação em residência médica ocorre essencialmente em serviço, é necessário que se encontre um equilíbrio entre o envolvimento nos aspectos práticos relativos ao ofício e o componente teórico que permeia o processo de formação do residente (SOARES et al., 2013).

Estudos sobre a preceptoria em serviço trazem fatos que reforçam a singularidade dessa atividade, entre estes, a coexistência do aluno-residente e do paciente no mesmo ambiente, o que exige do preceptor exercer um duplo papel, ou seja, além de atender às carências do médico residente, deve atender o paciente, com seus requerimentos, suas necessidades e angústias, o que interfere diretamente no processo, nem sempre permitindo uma abordagem gradativa do assunto a ser discutido ou o acontecer natural de um raciocínio; a necessidade de que o preceptor consiga realizar sua tarefa com competência em um curto espaço de tempo, dada a sobrecarga de atividades existentes nos locais de trabalho; a imprescindibilidade de o preceptor perceber as necessidades de aprendizado do residente de forma consonante com as necessidades do programa de formação; a falta de regulamentação da atividade de preceptoria, que, muitas

vezes, não permite que se reserve um tempo específico para a prática docente no ambiente de trabalho (SHAKE, 2012).

No aspecto relativo à necessidade de atenção ao residente e ao paciente de forma simultânea, Botti (2011) coloca que a introdução da docência no serviço ressignifica a relação com usuários e estabelece novos fluxos organizacionais entre a gestão e a assistência, ressaltando o caráter integrador do preceptor como uma figura de interlocução entre a academia e os serviços de saúde.

Quanto à carência de tempo para a preceptoria, Chemille et al (2009) coloca que estudos sobre o ensino da prática médica ambulatorial têm mostrado inadequações na qualidade e no tempo destinado pelos preceptores aos estudantes. Segundo esse mesmo autor, há anos o mercado de trabalho vem exigindo a formação de profissionais médicos hábeis em realizar diagnósticos e tratamentos em tempo cada vez mais limitado, o que exige empenho por parte dos preceptores na busca de estratégias de ensino que possam se adequar às novas demandas do século 21.

No que diz respeito ao dever de conciliar as necessidades de aprendizado do aluno e do programa, transpondo para a residência médica alguns modelos conceituais da área da graduação, Skare (2012) defende que o aprendizado obtido sofre fortes influências da motivação para tal e que estratégias para despertar essa motivação são influenciadas pelo contexto no qual o aprendizado acontece. Nesse sentido, aponta que estratégias profundas de aprendizado, que incluem uma aproximação integradora ao conhecimento, proporcionam melhores resultados do que uma aproximação superficial (ou reprodutora) baseada na memorização.

Tem-se, portanto, que a preceptoria não pode se dar apenas por vontade de ensinar. Como evidenciado acima, a necessidade de que adoção de estratégias que permitam que a prática da preceptoria ocorra de forma adequada é clara, o que denota a imprescindibilidade do desenvolvimento de competências para prática da preceptoria.

Essa necessidade de formação desses profissionais para a docência em ambiente de prática, que se torna mais evidente na medida em que a ampliação dos programas de residência ocorre, demandou uma série de iniciativas por parte dos coordenadores dos Programas de Residência Médica (PRM), como oferta de cursos e ações locais permanentes dentro do contexto dos PRM em atividade nos municípios (IZECKSOHN et al., 2017; GARCIA et al, 2018).

Algumas iniciativas de âmbito federal (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) foram lançadas no início de 2016 com o intuito de melhorar a capacitação de preceptores em MFC, como o *Plano Nacional de Formação de Preceptores*, que consiste em um curso a distância com dois anos de duração, com bolsa de auxílio mensal, e o *Curso de Formação para os Atuais Preceptores*, sendo esse último semipresencial, com previsão de um ano de duração e bolsa de auxílio mensal. Todas essas iniciativas seguem a política de incentivo para o aumento progressivo do número de vagas em programas de residência médica iniciados em 2014, visando um cenário de oferta plena de vagas para todos os egressos e tornando obrigatória, a partir de então, a necessidade de realização de residência médica para todos os graduandos egressos de faculdades de Medicina (BRASIL, 2015).

Iseckshon et al (2017) relata as experiências de formação em preceptoria de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, nos seus três programas de residência: da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública. Nesse município, os três programas compartilham o planejamento pedagógico e a formação de preceptores, a qual ocorre por meio das oficinas de construção do Currículo por Competências; do Feedback Avaliativo Trimestral (FAT), em que são construídos os projetos pedagógicos dos residentes; e do encontro mensal de preceptores, definido aqui como um espaço de pares para estudo e troca de experiências sobre a prática do ensino e do cuidado. Nesses encontros de preceptoria, são discutidas a rotina da preceptoria; as ferramentas pedagógicas para facilitar o processo ensino-aprendizagem; os residentes com dificuldades de desenvolvimento; e as demandas de formação trazidas pelos preceptores como discussões de temas clínicos, adequação ou atualização de *guidelines* e debates sobre estratégias pedagógicas e avaliativas.

A reflexão resultante desse relato de experiência evidencia uma questão importante de destacar, ao colocar que, no início do programa no Rio de Janeiro, havia grande heterogeneidade de preceptores, que eram oriundos de diversas realidades e que, em sua grande maioria, eram inexperientes em preceptoria. Coloca, também, que as equipes eram sobrecarregadas de pacientes e que, associadas a uma relação de um preceptor para quatro residentes, propiciavam um cenário de muita intranquilidade e desorganização, o que acabava por drenar a energia dos profissionais e fazia com que o planejamento de atividades pedagógicas e de educação continuada fosse constantemente adiado. O cenário descrito nesse relato é comum em muitos programas de residência no Brasil, e a não paralisação perante essas dificuldades evidencia a importância da decisão do Programa de Residência Médica em investir

na formação em preceptoria como impulso essencial para a melhoria da qualidade da preceptoria.

Optou-se, então, por modificar as reuniões de preceptoria da forma como vinham sendo feitas. Os 50 preceptores do programa daquele ano foram divididos em quatro subgrupos, que se encontravam durante um turno por mês para trabalhar temas relevantes à capacitação para a docência. Dessa forma, começaram as oficinas de capacitação de preceptores, que abordaram temas referentes a comunicação clínica, raciocínio clínico, técnicas de *feedback*, propedêutica da preceptoria e avaliação. Essa primeira experiência visava diminuir a heterogeneidade entre os preceptores, bem como propiciar um ambiente protegido para a discussão das competências para a docência. Indiretamente, conseguimos criar um ambiente de troca de experiências mais acolhedor, permitindo que surgisse dentro do grupo uma sensação valorização profissional (ISECKSOHN et al, 2017).

Segundo o autor, a continuidade dessas oficinas trouxe para o programa uma consistência de prática e um engajamento dos preceptores nos temas trabalhados, permitindo uma melhor organização da preceptoria e o fortalecimento do PRMFC no Rio de Janeiro.

Um outro relato de experiência da atividade de preceptoria no Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), publicado em 2018, reforça a necessidade de um trabalho direcionado para a formação em preceptoria para atingir o nível de excelência no desenvolvimento das competências necessárias à formação do especialista em MFC (GARCIA et al, 2018).

Uma terceira experiência exitosa em formação em preceptoria é a da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), que lançou, em 2018, um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para formação de preceptoria em saúde. O curso visa ofertar formatos de comunicação entre educadores e educandos que facilitem o compartilhamento de experiências, bem como acesso a materiais didáticos de formação em preceptoria.

O volume nove da revista da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) apresenta o produto de um projeto voltado para capacitação/desenvolvimento da preceptoria que teve como foco o desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria em residência médica. O projeto foi executado por meio de dois cursos de aperfeiçoamento na modalidade semipresencial, que foram desenvolvidos em parceria com 12 universidades federais, em locais estratégicos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os 12 capítulos, construídos pelos preceptores dessas regiões que prestaram o curso, trazem os diversos aspectos relativos à preceptoria, discutidos com cada grupo, entre os quais a importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência

médica, os desafios para a preceptoria e a necessidade de programas de formação locais para a preceptoria (BENTES et al, 2013; SOUZA et al, 2013; CARVALHO et al, 2013).

A leitura desses estudos, associada à vivência da pesquisadora como preceptora do Programa de Residência em MFC, permitiu evidenciar a carência de formação em preceptoria em muitos estados, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ao mesmo tempo, destaca-se o grande potencial que é alcançado nos Programas de Residência quando se institui um programa organizado e voltado para a aquisição de competências pedagógicas, a exemplo das publicações sobre os PRMFC do Rio de Janeiro e São Paulo. Tais exemplos permitem evidenciar que a qualidade de um programa de residência médica está diretamente relacionada à qualidade de sua preceptoria, fortalecendo, assim, a necessidade de discutir formação em preceptoria e a imprescindibilidade de desenvolver estratégias para a superação de desafios e fortalecer os PRMFC localmente.

3.5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Ceará teve início no município de Fortaleza em 2006 e surgiu a partir da necessidade de formação de profissionais especializados para atuação na Estratégia de Saúde da Família, que, à época, tornava-se modelo estruturante da rede de serviços para a Atenção Básica à Saúde nesse município. A proposta era inovadora, tendo em vista que, dos 69 Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade existentes à época, aproximadamente 70% concentravam-se no Sudeste e Sul, além de ofertarem poucas vagas anualmente, dada a baixa procura dos médicos por essa especialidade. Em seu primeiro ano de funcionamento, o PRMFC Fortaleza ofertou 76 vagas de residência, das quais 51 foram preenchidas (67%) (RIBEIRO, 2009).

A construção do Projeto Pedagógico do Programa baseou-se na resolução 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica. Neste, encontram-se destacados aspectos relativos a formação em Residência de Medicina de Família e Comunidade, cujo programa tem duração de 2 anos.

Ao longo de sua formação, o residente deve cumprir 70% de sua carga-horária em atividades em serviço nas Unidades de Saúde, 10% de carga-horária teórica e 20% de carga-horária em estágios na atenção secundária e terciária. O residente também tem direito a trinta

dias de férias por ano de residência e a trinta dias de rodízio em estágio eletivo no segundo ano de residência.

A residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) é centrada no Estágio Longitudinal em Atenção Primária, que é o espaço primordial de trabalho e no qual ocorre a maior parte da residência. Na primeira semana de residência, cada aluno é lotado em uma Unidade de Saúde na qual desenvolverá suas atividades ao longo dos anos de residência. Nas Unidades de Saúde, os residentes serão orientados por Médico de Família e Comunidade, visando o desenvolvimento processo de ensino e aprendizagem compartilhado, baseado nas necessidades de saúde da população. O preceptor orientará as atividades a serem desenvolvidas pelo residente na UAPS durante a residência, entre estas: consultas médicas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, discussões de casos, leitura de artigos, seminários, atividades coletivas, matriciamento, entre outras.

Além das atividades nas Unidades de Saúde, o residente também dispõe de rodízios em ambulatórios de especialidades e na atenção terciária, além de atividades teóricas que aprimoram suas habilidades e conhecimentos sobre as várias etapas do ciclo vital, sobre os problemas mais frequentes apresentados nos atendimentos.

Assim, o residente segue uma semana-padrão pactuada com a coordenação do programa e que contemple turnos para realização de atividades ambulatoriais nas Unidades de Saúde (32h), atividades teóricas (6h), rodízio em ambulatórios de especialidades e nas redes de atenção terciária (12h), todos orientados por preceptores com expertise na área.

Com relação as avaliações, estas são realizadas trimestralmente a partir de instrumento de avaliação atitudinal específico. Semestralmente, o residente é avaliado também com a realização de provas teóricas e práticas. A prova teórica aborda os temas discutidos nas aulas teóricas semanais do semestre. Na prova prática, o preceptor acompanha um atendimento realizado pelo residente e avalia um conjunto de aspectos listados em instrumento específico (Mini-cex).

Em 2012, a Escola de Saúde Pública do Ceará passou a integrar o programa que, atualmente, é chamado integrado, tendo em vista reunir os programas de três instituições, entre as quais: Universidade Federal do Ceará (UFC), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS Fortaleza).

Em 2014, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade publicou um Currículo por Competências que devem orientar a formação do residente em Medicina de Família e Comunidade. Esse currículo vem orientando o desenvolvimento dos processos de

ensino e aprendizagem no programa até o presente momento, sendo necessário, no entanto, o desenvolvimento de um currículo de competências próprio, orientado pelas necessidades locais, bem como os objetivos de aprendizagem para alcance dessas competências, as estratégias pedagógicas, bem como de avaliação que permitam verificar o alcance de cada competência.

Em 2016, o programa contava com 100 vagas cadastradas, 50 para residentes do primeiro ano e 50 para residentes do segundo ano, das quais duas foram ocupadas com residentes do segundo ano e 11 com residentes do primeiro ano. O programa contava, também, com 16 preceptores, sendo 13 especialistas em Medicina de Família e Comunidade, dois especialistas em Pediatria e um especialista em Ginecologia/Obstetrícia.

Em 2017, em uma nova perspectiva de valorização da Atenção Primária em Saúde, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade expandiu-se para o município de Caucaia, passando a contar com novos cenários de prática e novos preceptores, os quais foram incumbidos de auxiliar na formação dos residentes nos campos de prática na Atenção Primária em Saúde no município. O número de vagas ofertadas passou para 114, sendo 57 para residentes do primeiro ano e 57 para residentes do segundo ano.

Tendo em vista tratar-se da mais recente expansão do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade UFC-SMS-ESP-CE e de ser campo de atuação desta pesquisadora, que é também preceptora do Programa de Residência, o presente estudo desenvolveu-se no município de Caucaia.

4. MÉTODO

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de pesquisa-ação, para a qual foi adotado o conceito proposto por Michel Thiollent, tendo sido operacionalizado em quatro etapas: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação.

Segundo o referido autor, a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2001).

A escolha por esse tipo de pesquisa se deu primeiramente em decorrência da implicação direta da pesquisadora com o universo da preceptoría em Medicina de Família e Comunidade no município de Caucaia, onde atua desde 2017. Além de destacar o aspecto relativo ao envolvimento da pesquisadora no processo, salienta-se o destaque que se buscou dar aos participantes da pesquisa nesse processo, tendo em vista seu envolvimento no problema que se pretendeu solucionar ao longo desse processo.

Segundo Thiollent (2011), na pesquisa-ação, os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas, exigindo uma relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada.

Assim, neste trabalho, atuou-se em conjunto com os demais preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, tendo estes desempenhado função de sujeitos ao longo do processo, com o objetivo de promover ações que permitiram atuar sobre a realidade vigente, na qual se observou uma carência de uma formação em preceptoría.

4.2. CONTEXTO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Caucaia, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, no Ceará. Com um contingente populacional de 353.932 habitantes e densidade demográfica de 264,91 hab./km², o município se divide em seis distritos sanitários: Sede, Praia, Sertão I (BR222), Sertão II (BR-020 e Metrópole), Jurema I e Jurema II, sendo

composto por 47 Unidades Básicas de Saúde, com 78 equipes de Saúde da Família, cinco equipes de Saúde Indígena, 42 equipes de Saúde Bucal, sendo cinco ESB da área indígena, 476 ACS e seis equipes de NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

Em 2017 o município passou a ofertar vagas no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Das dez vagas disponibilizadas para residentes e das cinco vagas para preceptores no município, todas foram preenchidas. Em 2019, Caucaia formou sua primeira turma de residentes, contando com nove egressos e uma desistência. Em 2020, formou a segunda turma de residentes, contando com dois egressos.

Atualmente, a Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Caucaia ocorre em cinco Unidades de Saúde, que ficam localizadas nos bairros Parque Leblom, Itambé, Araturi, Planalto e novo São Miguel e conta com a atuação de sete preceptores, que acompanham catorze residentes, sendo seis residentes do segundo ano e oito residentes do primeiro ano. No processo de escolha das Unidades de Saúde que receberão residentes, o município lista os locais em que necessita de maior suporte profissional, em seguida os coordenadores do programa visitam a Unidade de modo a avaliar se esta conta com requisitos estruturais mínimos que suportem os residentes e preceptores. Após avaliação e aceite, o município aloca os preceptores em Equipe de Saúde da UBS e a vaga passa então a ser disponibilizada para alocação pelos residentes no início do ano letivo do programa.

A experiência da Residência Médica no município vem contribuindo na melhoria da qualidade da Atenção Primária no município, como podemos evidenciar na publicação de Ferreira, et al (2019), que explicita os avanços no município com o advento do programa, entre os quais: organização da fila de encaminhamentos para os outros níveis de atenção, elaboração de protocolos de encaminhamentos e solicitação de exames na APS e instituição de um programa de educação permanente no município. O êxito da instituição do programa de Residência Médica em 2017 fez com que o município passasse a receber também profissionais da residência multiprofissional a partir de 2018. Atualmente, a Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família é desenvolvida em duas Unidades de Saúde que contam também com Residência Médica: nos bairros do Araturi e Planalto. Nesse processo, os residentes desenvolvem atividades conjuntas que visam o desenvolvimento de um conjunto de habilidades, entre os quais o trabalho em equipe multiprofissional. Para tanto, desenvolvem atendimentos conjuntos na Unidade de Saúde, conduzem grupos terapêuticos, como o grupo de saúde mental, bem como acompanham pacientes de forma complementar através de visitas domiciliares.

4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade que atuam no município de Caucaia. O município conta atualmente com sete preceptores médicos, dotados das seguintes características: quatro do sexo masculino e três do sexo feminino, todos com especialização ou titulação em Medicina de Família e Comunidade, a maioria há menos de cinco anos. Quanto a vinculação, um preceptor é vinculado em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio de concurso, e os demais são terceirizados.

Os preceptores recebem uma bolsa-auxílio para a realização da preceptoria mantida pela prefeitura, além do salário relativo ao exercício do cargo de médico da Atenção Primária. Para fazer jus ao salário e a bolsa de preceptoria, devem fazer parte de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, na qual, além da função assistencial, assumem também a função de realizar a atividade de preceptoria dos médicos residentes, com carga horária de 36h semanais. Estão envolvidos, ainda, no desenvolvimento das atividades de educação permanente junto aos profissionais da Atenção Básica no município e na regulação dos encaminhamentos para a atenção especializada do município, com carga horária de 4h semanais.

Por se tratar de produção de interesse do grupo, não foram utilizados critérios de exclusão para esta pesquisa.

4.4. FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Segundo Thiollent (2011), o planejamento de uma pesquisa-ação é bastante flexível, não seguindo uma série de fases rigidamente ordenadas. Para esse autor, o processo deve ter uma característica cíclica, em que, a todo momento, é reavaliado em conjunto com os sujeitos e adaptado em função das circunstâncias e do processo.

Dado o objetivo do presente trabalho, buscou-se identificar, a partir de uma situação inicial, uma noção de “ideal” para que, em seguida, fosse possível verificar o que era necessário a fim de que fosse possível sair da “situação inicial” e alcançar o “ideal”, no caso específico deste estudo, a elaboração do Plano de Ação. Concorde-se, assim, com Thiollent (2011), p. 62, o qual coloca que, na pesquisa-ação, “os problemas colocados são inicialmente de ordem prática”, identificados a partir da análise do que precisa ser resolvido para permitir a passagem da “situação atual” para uma situação desejada, aqui chamada “ideal”.

Tomando como base as ideias deste autor, esta pesquisa foi estruturada em quatro fases: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação. Cada fase foi trabalhada em oficinas, coordenadas pela própria pesquisadora. Estas foram desenvolvidas após consentimento dos participantes da pesquisa e da anuência da Secretaria de Saúde do município. Para atender as fases de diagnóstico, planejamento e avaliação foram realizadas oficinas que atenderam a objetivos orientadores que guiaram as discussões de grupo e originaram o produto de cada encontro. A fase de ação, por sua vez, consistiu em quatro encontros formativos, nos quais se utilizou diferentes estratégias pedagógicas. No total, foram realizadas quatro oficinas (2 oficinas de diagnóstico, 1 oficina de planejamento e 1 oficina de avaliação) e quatro encontros formativos (fase de ação), totalizando oito reuniões com os participantes da pesquisa.

As oficinas e encontros foram programados para ocorrer de forma presencial, em uma sala na Secretaria de Saúde do município de Caucaia. No entanto, devido a pandemia de coronavírus ocorrido durante a realização desta pesquisa, uma parte dos encontros foi realizada de forma remota, por decisão dos participantes, tendo em vista as atividades de preceptoria junto aos residentes de Medicina de Família e Comunidade terem sido mantidas, mesmo durante a pandemia. Desse modo, as fases de diagnóstico, planejamento e o primeiro encontro da fase de ação, ocorridos antes da pandemia, foram realizadas de forma presencial, e os demais encontros das fases de ação e a oficina de avaliação ocorreram a distância, através de webconferência. Para realização das oficinas e encontros remotos, foi utilizada uma ferramenta gratuita disponível na internet denominada “*google meet*”. Todas as oficinas e encontros foram realizados em turno dedicado à realização das reuniões de preceptoria, semanalmente ou quinzenalmente, a depender da disponibilidade do grupo, no período de março a junho de 2020.

A seguir, apresenta-se cada fase e como foi desenvolvida no estudo.

4.4.1. Fase 1 – Diagnóstico

O diagnóstico, ou fase exploratória, consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações (THIOLLENT, 2011).

É importante destacar, nesta fase, que os problemas a serem trabalhados durante a pesquisa e inicialmente definidos na fase de diagnóstico devem estar em consenso entre participantes e pesquisadores. Segundo Thiollent (2011), esse entendimento se faz essencial, tendo em vista definir o grau de envolvimento e participação dos envolvidos.

No entanto, deve-se deixar bem claro que o tema e as questões práticas a serem tratadas devem ser absolutamente endossadas pelos participantes, pois não poderiam participar numa pesquisa sobre temas distantes de suas preocupações (THIOLENT, 2011, p. 60).

Neste estudo, a fase de diagnóstico foi realizada em duas oficinas: (1) diagnóstico participativo de problemas, saberes e práticas dos preceptores, considerando os conhecimentos prévios do grupo; (2) teorização e reflexão sobre o uso das estratégias pedagógicas na prática de preceptoria. A partir das oficinas buscou-se uma aproximação dos participantes com o objeto deste estudo, que objetivou o alcance dos propósitos 1 e 2 apresentados na pesquisa.

A primeira oficina teve duração aproximada de duas horas e foi realizada no dia 5 de março de 2020, em uma sala na Secretaria de Saúde do município. Teve o intuito de criar uma identidade do grupo, prestar os esclarecimentos necessários para o andamento do estudo e compreender como os preceptores realizam a atividade de preceptoria e desenvolvem o as atividades de ensino-aprendizagem junto aos residentes nas Unidades de Saúde.

Na atividade de acolhida, os participantes foram convidados a se apresentar. Logo após, foi construído o pacto de convivência, seguido pelos esclarecimentos aos participantes acerca da pesquisa. Em seguida, foi-lhes apresentado o termo de consentimento de participação no estudo, para que pudessem realizar leitura e assinatura. Posteriormente, procedeu-se a construção de um painel integrado, com o intuito de obter a percepção dos preceptores sobre como se dá a preceptoria e que estratégias pedagógicas utilizam em sua prática. Para tanto, este momento foi conduzido da seguinte forma:

Foram entregues aos participantes tarjetas de cores distintas, azul, verde, amarela e rosa, sendo que cada cor era correspondente a resposta dos participantes a cada uma das frases norteadoras da discussão correspondente, considerando as seguintes:

a) As tarjetas de cor azul eram relacionadas à seguinte frase norteadora:

“Minha prática de preceptoria acontece da seguinte forma ...”.

b) As tarjetas de cor verde referiram-se à frase:

“Adoto na minha prática de preceptoria as seguintes estratégias pedagógicas”

c) As tarjetas de cor amarela referiram-se à frase:

“Para definir as estratégias pedagógicas, adoto os seguintes referenciais teóricos....”

d) As tarjetas de cor rosa, por sua vez, relacionaram-se a:

“O que preciso reforçar na minha prática de preceptoria para tornar o processo de ensino aprendizagem efetivo na residência...”

Cada participante escreveu nas tarjetas que lhes foram distribuídas. Uma vez realizada essa atividade, os preceptores colocaram as tarjetas nos painéis indicados pela pesquisadora.

Ao final dessa oficina o grupo sistematizou o que foi construído em um produto final que consistiu em um painel síntese, o qual foi revisitado no segundo momento da fase de diagnóstico, no sentido de confirmar ou ampliar o descrito inicialmente pelo grupo.

A segunda oficina, que completou a fase de diagnóstico, ocorreu no dia 12 de março de 2020, em uma sala na Secretaria de Saúde de Caucaia, e teve duração aproximada de duas horas. Nesta, os participantes foram acolhidos e convidados a fazerem a leitura de um texto, com o objetivo de promover a sensibilização acerca das estratégias pedagógicas, seguido de discussão.

O texto sugerido para a leitura está a seguir nominado:

“Metodologias ativas na formação em saúde: o lugar, o tempo e a forma de aplicação” (BRAID; GOMES; MACHADO, 2015).

Após a leitura, o grupo revisitou os painéis elaborados na oficina anterior com o objetivo de produzir uma reflexão que conduzisse à identificação de problemas na prática pedagógica da preceptoria do PRMFC, com foco no uso de estratégias pedagógicas.

Através da utilização de tarjetas brancas, cada preceptor colocou os problemas identificados individualmente em um painel no qual foram reunidos os problemas constatados pelo grupo. Os participantes realizaram, então, uma discussão sobre os problemas apresentados, de modo a estabelecer um consenso sobre a sua relevância para a prática de preceptoria e a necessidade de solucioná-los. Elaborou-se, então, o produto dessa oficina que consistiu em um painel-síntese dos problemas em preceptoria.

4.4.2. Fase 2 –Planejamento

A partir do momento em que os pesquisadores e participantes entraram em acordo sobre os objetivos e problemas a serem trabalhados, deu-se início à fase seguinte da pesquisa-ação, que foi a de planejamento (ou seminários). O papel dessa fase consistiu em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo (THIOLLENT, 2011).

Nesta fase, que ocorreu no dia 17 de março de 2020 e teve duração aproximada de duas horas, os problemas identificados na fase anterior foram categorizados e priorizados. A categorização se deu a partir da associação dos problemas identificados segundo um tema relacionado a necessidade de aprendizado. A priorização foi realizada segundo as necessidades de aprendizado que os preceptores, da mais urgente para a menos urgente. Em seguida, os participantes foram orientados a elaborar interpretações para os problemas identificados, buscar soluções e definir propostas de ação, estabelecendo responsáveis e determinando prazos.

Tendo em vista que a formação pedagógica de preceptores deve ter como meta compreender como deve ser desenvolvido um processo de ensino e aprendizagem, por meio da adoção de um modelo educativo que supere a mera transmissão de conhecimento (JESUS; RIBEIRO, 2012), optou-se pela organização de um processo formativo em preceptoria que adotasse uma diversidade de estratégias que atendam a esse propósito. Foi planejado a realização de quatro encontros de formação que discutiriam diferentes temas em preceptoria. Para cada encontro, foram definidas a utilização de diferentes estratégias pedagógicas, de modo a capacitar os preceptores para sua utilização ao longo do processo. Os produtos dessa oficina consistiram em dois quadros de planejamento da fase de ação que continham os problemas, a categorização dos problemas, a priorização, as estratégias pedagógicas, bem como os objetivos de aprendizagem de cada encontro.

4.4.3. Fase 3 – Ação

Para corresponder ao conjunto dos seus objetivos, a pesquisa-ação deve se concretizar em alguma forma de ação planejada, a qual será objeto de análise, deliberação e avaliação (THIOLLENT, 2011).

A ação corresponde ao que precisa ser feito (ou transformado) para realizar a solução a um determinado problema. Existem vários tipos de ação, cujo teor pode ser educativo, comunicativo, técnico, político, cultural etc. O tipo de ação será determinado pelo campo de atuação e da problemática adotada. As implicações de ação aos níveis individuais e coletivos devem ser explicitadas e avaliadas em termos realistas, evitando criar falsas expectativas entre os participantes (THIOLLENT, 2011).

Desse modo, nesta fase, que teve início no dia 24 de março de 2020 e concluiu-se no dia 02 de junho de 2020, o grupo vivenciou o processo planejado para a resolução dos problemas discutidos na fase anterior.

Como anteriormente apresentado, devido à pandemia de coronavírus no país, que teve início durante a realização da fase de ação dessa pesquisa, foi necessária uma readequação dos encontros de formação, que passaram a ser realizados, a partir desse ponto, de forma remota, por meio de webconferência. A ferramenta escolhida para a realização das webconferências foi o *google meet*, por afinidade dos participantes com essa tecnologia.

Foram realizados quatro encontros formativos em que se discutiu, além das estratégias pedagógicas, a abordagem centrada no residente, o currículo por competências e as estratégias de avaliação dos residentes. Todos os temas, bem como as estratégias pedagógicas na formação,

foram definidos pelo grupo de preceptores a partir das necessidades identificadas ao longo dos encontros anteriores.

Os encontros foram planejados de forma a serem utilizadas diferentes estratégias pedagógicas as quais permitiriam, ao grupo, tanto apreender aspectos relativos ao tema que era discutido quanto a utilização da estratégia adotada. Entre as estratégias pedagógicas escolhidas pelo grupo figuraram a exposição dialogada, a discussão de situações-problema e o vídeo seguido de discussão. O quadro a seguir resume os encontros formativos, segundo tema, estratégias pedagógicas, objetivos de aprendizagem e carga-horária de cada encontro.

Quadro 6 – Encontros Formativos da fase de ação, Caucaia-Ceará, 2020.

Tema	Estratégias Pedagógicas	Objetivos de Aprendizagem	Carga-Horária
Estratégias pedagógicas	Exposição dialogada	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as discussões de grupo enquanto estratégia pedagógica em preceptoria - Conhecer as características das principais estratégias de discussão em grupo: seminários, oficinas, discussões em pequenos grupos 	2h
Método Clínico Centrado no Residente	Discussão de situações-problema	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a discussão de situações-problema enquanto estratégia pedagógica em preceptoria - Compreender as etapas do Método clínico centrado no residente 	2h
Currículo por Competências da Residência em MFC	Exposição dialogada	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a exposição dialogada enquanto estratégia pedagógica em preceptoria - Apresentar experiências nacionais e internacionais de elaboração e utilização do currículo por competências em MFC 	2h
Avaliação de residentes	Discussão a partir de vídeo	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a discussão de casos práticos em vídeo enquanto estratégia pedagógica em preceptoria - Apresentar as etapas do <i>feedback</i> enquanto estratégia de avaliação dos residentes em MFC 	2h

Fonte: dados de pesquisa.

4.4.4. Fase 4 - Avaliação

Segundo Kafka (2007), esta etapa do processo de pesquisa-ação apresenta dois objetivos principais: verificar os resultados das ações no contexto organizacional da pesquisa e suas

consequências a curto e médio prazo e extrair ensinamentos úteis para continuar a experiência e aplicá-la em estudos futuros. Assim, na fase de avaliação do presente trabalho, buscou-se avaliar o processo de construção e implementação das ações formativas a partir da pesquisa-ação, atendendo ao quinto, e último, objetivo específico proposto.

Para o desenvolvimento desta etapa, foi seguida a proposta de Thiollent (1997 apud KRAFTA, 2007), o qual evidencia alguns aspectos gerais que devem ser alvo de avaliação e que se encontram apresentados no quadro a seguir:

Quadro 7 – Aspectos a serem observados na fase de avaliação da pesquisa-ação, adaptação Krafta, 2007.

ASPECTOS	ESPECIFICAÇÃO
Pontos estratégicos	Clareza de objetivos, identificação e resolução de problemas e negociação dos objetivos com membros da coordenação
Capacidade de mobilização	Aceitação da iniciativa por diversas áreas da organização e engajamento de um número significativo de pessoas
Capacidade de propostas	Adequação, relevância e viabilidade das propostas apresentadas e habilidade dos grupos neste encaminhamento
Continuidade do projeto	Harmonia no decorrer do tempo
Participação	Efetividade na participação entre diversos níveis hierárquicos)
Qualidade do trabalho em equipe	Habilidade no gerenciamento das relações e qualidade nas relações interpessoais
Efetividade das atividades de formação	Efeito global de autoconhecimento da instituição e capacidade de aprendizagem
Conhecimento e informação	Adequação dos instrumentos de pesquisa, consistência e validade dos resultados alcançados, qualidade dos relatórios, possibilidade de publicação em revistas científicas e comparações com outros estudos
Comunicação	Possibilidade de criação de mecanismos internos, assembleias e reuniões com participantes, adequação

	à linguagem utilizada na cultura organizacional e adequação aos canais de difusão
Atividade de Apoio	Qualidade, rapidez e eficácia no processamento de dados e na produção de material de divulgação e capacidade de obter apoio de técnicos em informática

Fonte: KRAFTA (2007).

Para o presente estudo, observou-se aspectos relativos aos pontos estratégicos, capacidade de mobilização, capacidade de propostas, participação, efetividade das atividades de formação e comunicação. Abaixo, encontra-se detalhado o roteiro de perguntas norteadoras dessa fase da pesquisa:

- a) Como você avalia o processo de identificação dos problemas e a proposição de soluções?
- b) Como você avalia a mobilização e efetividade da participação de preceptores, coordenação e Secretaria de Saúde para participação/auxílio ao longo do processo?
- c) Como você avalia a adequação, a relevância e a viabilidade das propostas apresentadas?
- d) Como você avalia o efeito global de autoconhecimento do grupo e capacidade de aprendizagem desenvolvida ao longo do processo?
- e) Como você avalia a consistência e validade dos resultados alcançados e a possibilidade de publicação em revistas científicas e em outros meios de divulgação?

O roteiro com as perguntas norteadoras foi apresentado aos participantes, os quais, em grupo, foram convidados a apresentar suas considerações a respeito do processo de formação, tópico a tópico. Dessa forma, procedeu-se discussão em grupo sobre aspectos que consideraram como potencialidades e fragilidades durante o processo, sugestões de melhoria para a realização de estudos futuros, bem como considerações sobre como a ação vem contribuindo para um processo de mudança na prática da preceptoria. O produto dessa oficina consistiu em um compilado das respostas as perguntas do roteiro.

4.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados apresentados nesse estudo foram descritos segundo as fases da pesquisa-ação (diagnóstico, planejamento, ação e avaliação). Para a discussão, o material proveniente de cada tópico foi organizado a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Segundo essa autora, a análise de conteúdo trata-se de um conjunto de instrumentos de cunho metodológico que se aplicam a discursos diversificados, objetivando a análise e exploração do conteúdo. Permite, portanto, a realização de inferências que buscam esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que a ela pode provocar.

Bardin (2011) organiza a análise de conteúdo em três etapas, as quais, geralmente, são interdependentes entre si: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Nas primeira e segunda etapas, o material proveniente das oficinas foi transcrito e organizado, compondo o *corpus* da pesquisa. Tendo em vista, nas fases de diagnóstico e planejamento, existir uma maior exploração de diferentes ideias, utilizou-se o programa Iramuteq (*Interface de R pour L'Analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alfa 2, para auxílio na categorização do *corpus* textual, com o objetivo de definir categorias que expressassem o pensamento e a realidade dos sujeitos no contexto do estudo.

O Iramuteq é um *software* gratuito, desenvolvido por Ratinaud, no ano de 2009, e introduzido em pesquisas brasileiras no ano de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2016), que se ancora no ambiente estatístico do Programa R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2011), possibilitando diferentes análises estatísticas sobre *corpus* textuais, como a análise lexicográfica (cálculo de frequência de palavras) e análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude e nuvem de palavras).

Neste estudo, o *corpus* obtido nas fases de diagnóstico e planejamento foi analisado por meio da análise multivariada, denominada Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A CHD é um tipo de análise em que o software agrupa segmentos dos textos (ST), correlacionando-os por semelhança, em um esquema hierárquico de classes de vocabulário com diferentes conteúdos que emergem das palavras que compõem cada classe. Ao pesquisador, é possível, então, nomear essas classes, a partir de sua compreensão teórica acerca do tema, e realizar uma análise destas.

Na CHD o Iramuteq realiza o fracionamento do *corpus* por meio de cálculos estatísticos, originando Segmentos de Texto (ST), que são classificados em função de seus vocabulários, resultando em classes que apresentam vocabulário semelhante entre si na mesma classe e diferente nos ST das outras classes (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Considera-se como sendo um bom aproveitamento de ST o índice de retenção de 70% ou mais. A fim de criar um dicionário de palavras, o programa utiliza o teste qui-quadrado (X^2), que revela a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste for maior que 3,84, representando $p < 0,0001$. Quando o valor do qui-quadrado é menor, revela uma menor relação entre as variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2016).

A partir da análise CHD, as classes emergidas foram nomeadas pela pesquisadora, segundo sua compreensão acerca do tema. Procedeu-se, então, análise dos resultados obtidos por meio de reflexão, intuição e experimentação com o arcabouço teórico adotado no estudo, o que corresponde à terceira etapa da análise de conteúdo de Bardin (2011).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e aprovado segundo o parecer número 3.900.492. O estudo adotou as normas previstas e estabelecidas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e pela Declaração de Helsinque, que estabelecem as normas para os procedimentos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, baseadas em garantia da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

O princípio da autonomia foi observado e, para garanti-lo, foram fornecidos todos os esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa sobre a realização do estudo, sendo assegurada a sua liberdade para contribuir, ou não, com o estudo por intermédio de sua manifestação expressa, conforme prevê o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

No tocante ao princípio da não maleficência, buscou-se, neste estudo, garantir sempre o menor prejuízo aos participantes durante a pesquisa, tendo sido as atividades elaboradas e executadas de forma clara e objetiva, de modo a responder ao escopo do estudo, com os sujeitos esclarecidos previamente e, no caso de dúvidas, procurou-se esclarecê-las a contento.

Os benefícios do estudo podem ser considerados por contribuir para o incentivo da organização de processos de educação permanente para a preceptoria devidamente estruturados nos diversos programas de residência no país e auxiliar na formação de Médicos de Família no Brasil.

Espera-se ter-se contemplado os princípios da justiça e da equidade na medida em que se procedeu tratamento adequado a todos os participantes da pesquisa, de modo imparcial, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, econômicos, entre outros,

interferissem no processo de pesquisa, conforme o que é preconizado pela resolução 466/12. Ainda em atenção ao princípio da justiça, os resultados foram divulgados aos participantes do estudo fase a fase e, após a conclusão do trabalho, estes serão apresentados também à coordenação do programa de Residência, à gestão municipal e à comunidade em geral.

Quanto aos riscos aos quais os participantes estiveram expostos, referiram-se à possibilidade de constrangimento, associado à realização dos encontros, ou das gravações de áudio serem realizadas durante estes. Para minimizar esses riscos, foram esclarecidos os termos da pesquisa, bem como qualquer outra dúvida que o participante tivesse, garantindo-lhe sempre respeito à privacidade e assegurando a confidencialidade do estudo, bem como a não utilização de qualquer informação em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de autoestima.

Os termos de anuência para a realização da pesquisa no âmbito da Secretaria de Saúde, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, encontram-se, respectivamente, nos Apêndices A e B.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão, apresentam-se os resultados e a discussão deste estudo, que se estruturou a partir das fases da pesquisa-ação: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação.

5.1. DIAGNÓSTICO

Foi possível evidenciar, no presente trabalho, a importância da organização estrutural e administrativa das unidades de saúde, da disponibilidade de tempo para realização da atividade docente, bem como de uma formação em docência para os preceptores, que capacite para além da adoção de diferentes estratégias pedagógicas e aborde outras necessidades em preceptoria, entre as quais, a abordagem centrada no residente, o currículo por competências em medicina de família e comunidade e a avaliação do residente.

Destaca-se, na análise CHD realizada pelo programa Iramuteq, que o *corpus* geral desse estudo foi constituído por 11 textos, separados em 162 segmentos de texto, com aproveitamento de 118 ST (72,84%). Emergiram 5780 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 1246 palavras distintas e 663 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: classe 1, com 21 ST (17,8%), classe 2, com 29 ST (24,6%), classe 3, com 21 ST (17,8%), classe 4, com 24 ST (20,3%), classe 5, com 23 ST (19,5%).

Da análise CHD emergiram cinco classes que se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do *corpus* total da análise. O *subcorpus* A, denominado “aspectos organizacionais”, é composto pela classe 2 “organização do serviço” e classe 5 “organização para a prática docente”. Este *subcorpus* relaciona-se ao primeiro objetivo específico, bem como a pergunta feita aos preceptores no primeiro encontro da fase de diagnóstico, que se refere à forma como os preceptores realizam sua prática de preceptoria.

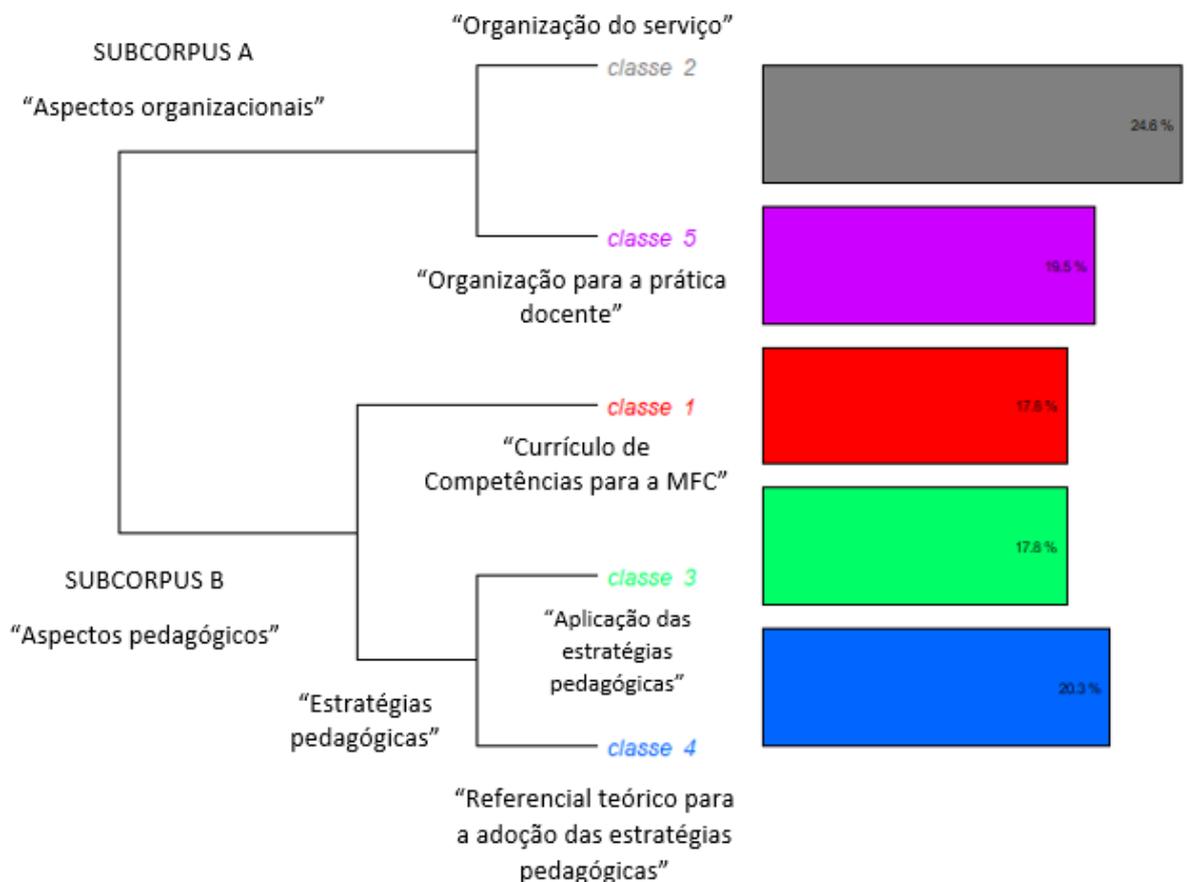
A classe 2 se refere a aspectos relativos à infraestrutura e administração da Unidade de Saúde que influenciam na atividade de atendimento ambulatorial exercida por preceptores e residentes, entre os quais, disponibilidade de sala, organização da agenda, entre outros. A classe 5, por sua vez, se refere a aspectos organizacionais para a prática docente relativos à reserva de momentos específicos para a realização das discussões de caso, seminários, entre outros.

O *subcorpus* B, por sua vez, denominado “aspectos pedagógicos”, relaciona-se ao segundo objetivo específico e aos demais questionamentos realizados aos participantes no primeiro encontro da fase de diagnóstico, em que os preceptores foram indagados sobre as estratégias pedagógicas e os referenciais teóricos que adotam em sua prática de preceptoria,

bem como sobre os aspectos de melhoria que julgavam necessários para proporcionar um processo de ensino e aprendizagem mais efetivo.

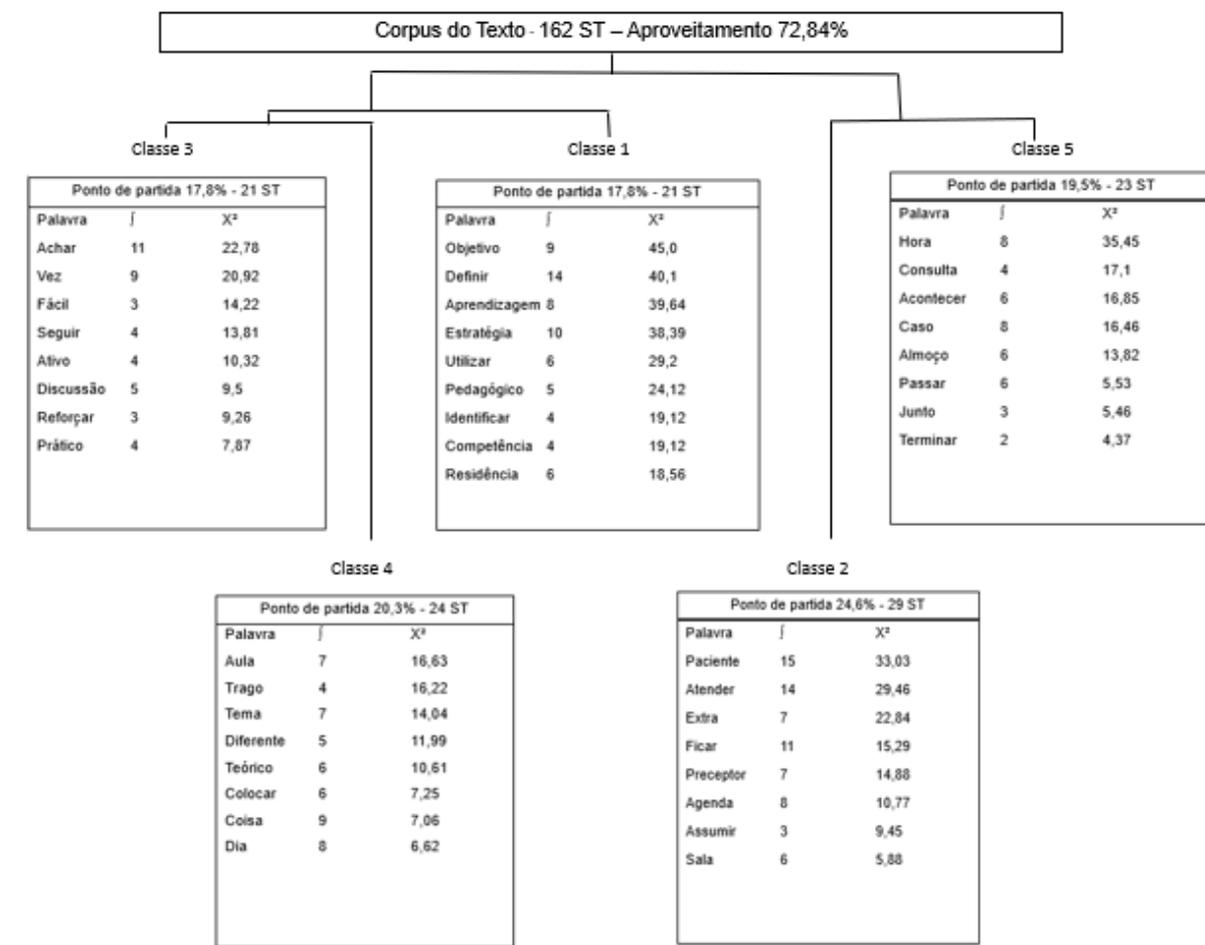
Esse *subcorpus* refere-se aos fatores de cunho didático, considerados pelos preceptores para a prática de preceptoria. É composto pela classe 1, “currículo por competências para a MFC”, e por uma subclasse, denominada “estratégias pedagógicas”, a partir da qual emergem a classe 3 “aplicação das estratégias pedagógicas” e a classe 4 “referencial teórico para a adoção de estratégias pedagógicas”. A figura 1 expressa os *subcorpus* e as classes emergidas após análise do *corpus* do presente trabalho pelo programa Iramuteq.

Figura 1 – Dendograma CHD do *corpus* da pesquisa-ação, Caucaia-Ceará, 2020.



Fonte: adaptado do Iramuteq.

Para uma melhor visualização das classes, elaborou-se um organograma com a lista de palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado. Nele, emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes (figura 2).

Figura 2 – Organograma do *corpus* textual estratificado em classes, Caucaia-Ceará, 2020.

Fonte: dados da pesquisa.

O subcorpus A “aspectos organizacionais” compreende as classes 2 e 5. A classe 2 compreende 24,6% (29 ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras no intervalo entre $x^2 = 5,88$ (sala) e $x^2 = 33,03$ (paciente). Essa classe é composta por palavras como “paciente” ($x^2 = 33,03$), “atender” ($x^2 = 29,46$), “extra” ($x^2 = 22,84$), “ficar” ($x^2 = 15,29$), “preceptor” ($x^2 = 14,88$), “agenda” ($x^2 = 10,77$), “assumir” ($x^2 = 9,45$), “sala” ($x^2 = 5,88$). Na análise realizada, verificou-se que essas palavras presentes nos discursos dos preceptores remetem a aspectos relativos à infraestrutura da unidade de saúde, relacionados principalmente à disponibilidade de salas para atendimento e a aspectos administrativos da unidade de saúde, como organização da agenda de atendimentos, número de atendimentos por dia, tempo disponível para atendimento, entre outros. Trata-se da classe que englobou maior porcentagem de segmentos de texto, o que permite inferir que a organização do serviço é significativa para os participantes dessa pesquisa para permitir a realização da preceptoria adequada. Essa importância pode ser evidenciada na fala do preceptor abaixo descrita.

Nós tentamos atender com três agendas, o preceptor com sua agenda e cada residente também com sua agenda, mas não deu certo, por uma questão de organização. O posto começou a ficar superlotado, não tinha quem separasse os prontuários, não deu certo (a organização) (PRC 03).

Essa interposição entre a organização do serviço e a prática pedagógica em residência médica é esperada, tendo em vista que o programa de residência se trata de uma formação que ocorre em serviço, diferindo de outros tipos de especialização, em que a atividade de formação ocorre em sala de aula. Assim, para que a atividade de preceptoria ocorra de forma adequada, é preciso que o serviço esteja devidamente organizado, com salas de atendimento suficientes e agendamentos em número condizente com o tempo disponível, considerando que a condução da consulta por um residente, o qual se encontra em processo de aprendizagem, enseja um tempo maior de realização.

Tem-se, assim, que elementos relativos à organização do serviço devem ser incluídos nas discussões de preceptoria, de modo que sejam constantemente avaliados e readequados, caso seja necessário, tendo em vista o potencial de interferência na prática docente em residência médica.

Jesus e Ribeiro (2012) corroboram com esse entendimento ao demonstrar que questões contextuais nos quais os preceptores encontram-se envolvidos influenciam diretamente na atividade de preceptoria. Esses autores enfatizam as condições de precarização vividas no ambiente de trabalho do preceptor como prejudiciais ao exercício pleno da atividade de preceptoria e caracterizam, assim, o trabalho do preceptor como um exercício cotidiano de problematizar, nos coletivos do trabalho, questões e necessidades de natureza pedagógica referidas à preceptoria, no intuito de tentar encontrar um equilíbrio.

Izeckshon et al (2017), por sua vez, ao apontar obstáculos para a prática de preceptoria em MFC na Atenção Primária, destaca a interferência de um ambiente com grande sobrecarga de trabalho e com fluxos dos serviços pouco organizados no alcance da longitudinalidade, característica central da APS, e que deve ser apreendida pelos residentes de MFC ao longo de sua formação.

No presente estudo, entre os aspectos organizacionais que se correlacionam com a prática da preceptoria, foram destacadas a disponibilidade de salas para atendimento e a organização da agenda, as quais influenciam no tempo disponível para a realização da preceptoria e escolha das estratégias pedagógicas.

No que diz respeito à disponibilidade de salas para atendimento, segundo relato dos preceptores, em algumas unidades de saúde, existem consultórios em número suficiente, de

modo que cada residente e preceptor dispõem do seu próprio espaço de atendimento. No entanto, em outras unidades de saúde menores, preceptor e residente devem compartilhar o consultório de atendimento. Essa restrição limita o tempo disponível para a prática pedagógica, tendo em vista que, em detrimento do número reduzido de salas, os atendimentos são realizados de forma mais lenta, o que diminui o tempo disponível para realização de algumas atividades, como, por exemplo, discussão de casos.

Esses limites para a realização de atividades de ensino, impostos por problemas estruturais das unidades de saúde, são destacados em vários estudos sobre a prática de preceptoria, entre os quais, o de Trajman et al (2009), em cujo questionário, respondido por 351 profissionais da Atenção Primária sobre a atividade de preceptoria, destaca o espaço físico reduzido (24,5%), entre os principais problemas. Outros obstáculos apontados foram: a carência de recursos (20,7%), a falta de tempo dos profissionais (14,4%) e o despreparo profissional (11,2%).

Carvalho et al (2013), também ressalta a importância de um espaço conveniente à realização das atividades de ensino, ao sugerir, entre as estratégias para melhorar a logística e a formação em serviço, a adoção de um ambiente adequado à docência, que considere as necessidades dos programas para realização dessas ações, estando incluso, nesse contexto, número suficiente de salas para atendimento.

Evidenciados os aspectos frágeis relacionados a um número reduzido de salas de atendimento, comuns a este e a outros estudos acima relacionados, neste trabalho, foi possível destacar, também, na fala dos preceptores, um aspecto forte relacionado à pouca disponibilidade de salas de atendimento, que é o favorecimento de uma maior proximidade entre preceptor e residente, tendo em vista que, na indisponibilidade de salas para cada profissional, o preceptor fica disponível para acompanhar os atendimentos dos residentes, o que contribui para uma prática de preceptoria mais próxima.

Começamos atendendo junto com o preceptor, nós três (preceptor e residentes) na mesma sala, como uma forma de a gente ir alinhando os pensamentos e as condutas (...) aí, mais ou menos no meio do ano, teve uma reforma no posto, e abriram novas salas, aí a gente se dividiu (PRC 03).

Tal afirmação parece relacionar-se à maior necessidade de supervisão do residente, que se sente mais seguro no desenvolvimento de suas atividades, com a presença próxima do preceptor. Assim, mesmo que o atendimento conjunto impacte negativamente no número de atendimentos ao final do dia, tendo em vista que o preceptor e os residentes encontram-se atendendo no mesmo consultório, na medida em que esta organização para o atendimento contribui para a qualificação do residente, aumenta-se a segurança do paciente, tendo em vista

que o preceptor está presente na sala durante todo o atendimento, minimizando a ocorrência de erros médicos.

Ainda no contexto organizacional, Lopes, Bicudo e Zanolli (2017) destacam em seu trabalho que a grande demanda da UBS por atendimento limita o tempo de consultas, configurando-se, também, como um obstáculo para o exercício da preceptoria. Essa demanda por atendimentos e a organização da equipe nesse processo foi igualmente relatada pelos preceptores ao discutirem a organização da agenda das equipes e o modelo de acolhimento à demanda espontânea adotado. A esse conjunto de tecnologias utilizadas na micro gestão da atenção à saúde é dado o nome de gestão da clínica. Esta tem por objetivo prover uma atenção à saúde de qualidade, eficiente, oportuna, equânime, humanizada e que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde (MENDES, 2010).

Padilha et al (2018) define que a gestão da clínica é configurada a partir de elementos estruturantes que não separam gestão, cuidado e educação. Sugere, portanto, um conjunto de princípios de gestão da clínica que envolvam compartilhamento de poder e corresponsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção à saúde. Para tanto, sugere uma abordagem problematizadora que se dê a partir da articulação dos diferentes saberes, do compartilhamento de poder e da transparência e responsabilização com os interesses coletivos. Segundo esse mesmo autor, uma abordagem não problematizadora favoreceria uma organização vertical e pouco contextualizada

Por se tratar de protagonistas do processo de atenção à saúde, a organização da agenda, como um dos elementos que constituem a gestão da clínica, compõe o conjunto de inquietudes que assolam os preceptores ao discutirem a prática de preceptoria. Neste trabalho, os preceptores evidenciam como relevantes na sua prática diária dois aspectos relativos à organização da agenda: o número de agendas da equipe e o número de atendimentos previstos em cada agenda.

No que diz respeito ao número de agendas, os participantes apontam que a organização da agenda de preceptores e residentes se dá, majoritariamente, de forma não compartilhada, ou seja, o preceptor tem uma agenda própria, a qual é diferente da agenda dos residentes. Esse formato de organização, segundo indicam, traz consigo aspectos facilitadores e dificultadores da organização para prática de preceptoria. Segundo relatado pelos participantes, o fato de preceptor e residentes assumirem agendas próprias favorece que o aprendiz assumira responsabilidade no acompanhamento a determinado grupo de pessoas da área adscrita, apesar de limitar o tempo disponível pelo preceptor para realizar a atividade docente junto ao residente. Por outro lado, em determinadas situações em que o residente leve mais tempo para concluir os

atendimentos (o que é muito frequente, principalmente durante o primeiro ano de residência), o preceptor ter uma agenda livre permitiria que esse pudesse auxiliar o residente no atendimento à agenda, evitando, assim, atrasos e uma indisponibilidade de tempo para as discussões de casos realizadas ao final dos atendimentos.

No que remete a organização da agenda para a prática de preceptoria, a literatura defende essa organização conjunta das agendas de preceptor e residente e a disponibilização de um breve intervalo na marcação entre uma consulta e outra, de modo que residente e preceptor tenham tempo para apresentação e discussão dos casos (LOPES et al, 2012; SOUZA et al, 2013). No entanto, a realidade vivenciada nas Unidades de Saúde, onde é grande a demanda por atendimentos, impossibilita essa forma de organização.

O segundo aspecto relacionado à gestão da clínica evidenciado pelos preceptores refere-se ao acolhimento da demanda espontânea. Este diz respeito ao modo de receber, escutar e atender a demanda de usuários que não têm consulta previamente agendada para aquele dia. Existem várias modelagens de acolhimento à demanda espontânea e, por se tratar de situação de ocorrência diária, pode-se dizer que faz parte do dia a dia de trabalho, sendo necessário o envolvimento da equipe na análise e reflexão sobre os modos de atender essa demanda (BRASIL, 2011).

Entre os diversos formatos de acolhimento à demanda espontânea, pode-se citar: o acolhimento pela equipe de referência do usuário, a equipe de acolhimento do dia, o acolhimento misto e o acolhimento coletivo (BRASIL, 2011). Segundo o grupo de preceptores, independente do modelo adotado pela equipe, quanto menos organizada encontra-se a modelagem de acolhimento local, menos tempo resta para ser destinado à prática de preceptoria. Essa situação foi mais evidenciada na fala do PRC 03, que trabalha em uma unidade de saúde rural.

... nós dificilmente voltamos alguém, mesmo que ultrapassem 15, 17, 18 atendimentos em uma manhã... dificilmente nós voltamos alguém, e não existe um limite de demanda livre... (PRC 03).

Segundo esse preceptor, pelo fato de se tratar de uma unidade de saúde rural, com mais dificuldade de acesso à Unidade de Saúde e a outros serviços de atenção, adotam um modelo de acesso mais abrangente, o qual, pelo fato de não limitar número de atendimentos por turno, acaba por limitar o tempo disponível para a prática de preceptoria. “...no começo nós tínhamos muitas aulas teóricas, mas depois ficaram bem mais escassas, porque, como eram muitos (atendimentos) que apareciam, não sobrava tempo...” (PRC 03).

A importância de um número limitado de atendimentos, de modo a permitir a prática da preceptoria de forma adequada, é destacada nos trabalhos de Lopes, Bicudo e Zanolli (2017), os quais evidenciam que uma infraestrutura inadequada para receber estudantes, associada à grande demanda da UBS, limitam o tempo de consultas, configurando-se como um obstáculo para o exercício da preceptoria.

Bentes et al (2013) e de Carvalho et al (2013) também referem a importância de um número limitado de atendimentos, de modo a proporcionar tempo para discussão, explicação e prescrição junto ao residente. Entre os benefícios dessa organização do serviço, destacam a melhoria do aproveitamento do aprendizado e uma melhor qualidade do atendimento prestado.

Ainda no que diz respeito aos aspectos organizacionais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) trata-se de uma estratégia instituída com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária através de orientações na perspectiva da organização das Equipes da Estratégia de Saúde da Família. A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017 (MELO, 2018; MOROSINI et al., 2018).

Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF (MELO, 2018).

Os anos 2000, por sua vez, estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Apesar disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos. Assim, teve início um movimento de mudança da PNAB direcionados para o enfrentamento desses nós críticos, entre estes: o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se, ainda, a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então Ministro da Saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB (MELO, 2018; MOROSINI et al., 2018).

Entre as principais mudanças da nova PNAB esta passa a reconhecer outras formas de organização da AB para além das EqSF; Temos, também, que o número recomendado de pessoas por EqSF, por sua vez, passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de 3.000 pessoas/equipe (como média recomendada) da PNAB anterior, e este limite máximo pode ser ultrapassado, segundo a vulnerabilidade local; O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, podendo passar a ser, portanto, de 1 ACS/equipe; Passa, também, a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF; Foi retirada, ainda, da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação, de modo que, apesar de essa resolução trazer a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, é dada menor ênfase (MELO, 2018; MOROSINI et al., 2018).

Tais características levam diversos autores a caracterizar que a nova PNAB se apresenta como um retrocesso em relação aos avanços anteriormente alcançados nas PNABs anteriores para o fortalecimento do SUS, na medida em que: 1) fragiliza a integralidade do cuidado, tendo em vista que permite outras conformações para as equipes de Saúde da Família; 2) relativiza a necessidade de ACS e de um número máximo de pessoas adscritas conforme vulnerabilidade do local; 3) diferencia as ações e serviços da AB que passam a ser classificadas a partir dos conceitos de ‘padrão essencial’ (ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade) e ‘padrão ampliado’ (estratégicos para atingir altos padrões de acesso e qualidade), mesmo que com escassez de detalhes. Desse modo, ao invés de caminhar-se em direção a uma APS abrangente, dada a escassez de recursos e as possibilidades abertas com a nova PNAB, vai-se ao encontro de uma atenção simplificada e seletiva (MELO, 2018; MOROSINI et al., 2018).

Assim, no que diz respeito a organização do serviço para receber um programa de residência, observa-se a necessidade de uma organização consciente, a despeito dos retrocessos

da nova PNAB, que permitam que o processo de ensino e aprendizagem possa ocorrer da forma mais adequada possível, objetivando um fortalecimento da Atenção Primária a partir de uma formação qualificada. Não é possível, no entanto, sugerir uma estratégia organizacional do serviço padronizada para programas de residência ao adentrar as Unidades de Saúde. É preciso que preceptores e gestão discutam sobre uma organização local que se adapte às necessidades de todos os envolvidos, com vistas a favorecer tanto a atividade de assistência à população da área adstrita quanto o processo de ensino e aprendizagem adequado, sendo importante, para tanto, uma via de diálogo bem estabelecida, tendo em vista que mudanças podem ocorrer durante o processo.

Ainda no subcorpus A do presente trabalho, são destacados aspectos relativos à organização da prática docente para que a preceptoria ocorra de forma adequada. O conjunto de segmentos de texto relativos a esse tópico foi reunido na classe 5 do subcorpus A, denominada no estudo de “organização para a prática docente”.

Esta classe compreende 19,5% (23 ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras no intervalo entre $x^2 = 4,37$ (terminar) e $x^2 = 35,45$ (hora), é composta por palavras como “hora” ($x^2 = 35,45$), “consulta” ($x^2 = 17,1$), “acontecer” ($x^2 = 16,85$), “caso” ($x^2 = 16,46$), “almoço” ($x^2 = 13,82$), “passar” ($x^2 = 5,53$), “junto” ($x^2 = 5,48$), “terminar” ($x^2 = 4,37$). Essas palavras denotam a importância conferida pelos preceptores de existir um momento reservado para a prática de preceptoria em si, para que esta seja considerada como efetiva.

Além do momento após os atendimentos, reservados para a discussão de casos, ao qual se relacionam as palavras “hora”, “almoço”, “terminar”, referem-se também à preceptoria ombro a ombro realizada durante as consultas, em que o preceptor acompanha a consulta realizada pelo residente e discutem juntos o caso. As palavras “consulta”, “passar”, “junto” relacionam-se a estes momentos.

Demonstra-se, aqui, que, apesar de a formação em serviço em que acontece a residência médica se dar durante todo o processo de imersão do residente na equipe de Atenção Primária à Saúde, desde a sua chegada até a saída, percebe-se a importância conferida pelos preceptores em utilizar um momento específico do dia de atendimento para a realização da atividade docente, a fim de que esta seja efetiva. Desse modo, mesmo que precisem se utilizar frequentemente de horários alternativos, como o horário do almoço, os preceptores prezam por esse momento, para que, segundo sua concepção, a preceptoria possa ocorrer de forma efetiva.

Esse processo de adaptação, em que o preceptor reorganiza seu processo de trabalho, de modo a realizar, de forma concomitante, papel de médico assistente e de docente de um grupo

de residentes, é denominado duplo papel do preceptor e aparece nas falas dos participantes a seguir exemplificadas:

...Aí, nessa época, cada residente tinha sua agenda (eram dois), e o preceptor ficava entre um e outro e ia resolvendo as demandas que iam aparecendo. Aí, depois que uma das residentes saiu, eu assumi uma agenda, ele assumiu a outra. Então o preceptor, ele ficava se dividindo com ele mesmo, ele atendia a agenda marcada, de vez em quando saía para resolver as demandas, e ainda me auxiliava... (PRC 03).

Essa alternância entre as atividades de médico assistente de sua população adscrita e de docente de um programa de residência médica exige readequação do profissional para exercer ambas as funções, de forma a manter a segurança do paciente e proporcionar estímulo ao aprendizado do residente, o que exige maturidade e formação do profissional para a preceptoria, de modo a atender essas demandas.

Izeckshon et al (2017) enfatiza que a introdução da docência no serviço ressignifica a relação do preceptor com os usuários e estabelece novos fluxos organizacionais entre a gestão e a assistência, ressaltando o caráter integrador do preceptor como uma figura de interlocução entre a academia e os serviços de saúde.

Bentes et al (2013), por sua vez, destaca, nesse duplo papel exercido pelo preceptor, que essa atuação acaba por demandar do médico um esforço extra, na medida em que exige dele a necessidade de compatibilizar o atendimento com o ensino, tempo para estudo dos temas pertinentes ao programa de RM e atendimento a pacientes quando há a intenção de ensino.

No presente trabalho, essa ressignificação da relação do preceptor/residente com a população e a adaptação do fluxo organizacional da equipe é destacada de forma positiva, à proporção que favorece um maior acesso por parte da população aos serviços, relacionado ao aumento do número de profissionais na equipe:

O preceptor também tem que dar atenção à população. Na verdade, acho que a população recebe bem essa questão do residente, não só porque é mais gente atendendo, mas também porque promove uma acessibilidade maior (PRC 03).

Esse acolhimento por parte da população à equipe de residência é citado no estudo de Lopes, Bicudo e Zanolli (2017), realizado em Campinas (SP), que objetivou avaliar a satisfação dos clientes quanto à assistência prestada pelos médicos preceptores atuantes na Atenção Primária. Seu trabalho evidenciou que mais de 90% dos clientes entrevistados qualificam positivamente o atendimento médico recebido pelos preceptores. Nesse mesmo estudo, buscou avaliar se os médicos preceptores relacionavam a prática da preceptoria como fator contribuinte para a oferta de um atendimento mais qualificado aos seus clientes, tendo obtido resultado

positivo em 80% das entrevistas. Segundo esses preceptores, as categorias que reforçam o resultado obtido com a clientela foram troca de conhecimentos, atualização, sistematização do atendimento, comunicação e tempo de consulta.

Pode-se inferir, portanto, que a preceptoria de residência médica, apesar de exigir do preceptor que exerça uma dupla função enquanto médico assistente e docente, favorece a melhoria da qualidade do atendimento, visto que contribui para que esse profissional mantenha uma atualização constante, preocupação em desenvolver e aplicar os fundamentos para uma boa relação médico-paciente, gestão do tempo e atenção à aplicação aos princípios do SUS, tendo em vista que se configura como exemplo para os residentes que o acompanham.

Chemello, Manfrói e Machado (2009) também destacam a importância do preceptor para a melhoria da qualidade assistencial prestada aos pacientes ao evidenciar em seu estudo que, quando o médico é acompanhado por uma equipe de acadêmicos, ao exercer a função de preceptor, o paciente recebe adicionais 12,4 minutos de atenção pela equipe médica, embora o tempo do preceptor com o paciente seja reduzido, em média, em 30 segundos.

Apesar de todos os benefícios relacionados à prática de preceptoria, no que diz respeito ao duplo papel do preceptor, não se pode deixar de evidenciar o grau de competência, por parte do profissional, necessário para essa prática. Essa responsabilidade no cuidado, tanto das pessoas que acompanham quanto dos residentes, impõe aos programas de residência médica o dever de fornecer treinamentos adequados para o exercício da preceptoria, como parte de uma rede de prevenção de danos e erros, com o objetivo de conferir uma maior segurança ao paciente, o que reforça a importância de um programa de formação permanente em preceptoria.

Ainda na fase de diagnóstico dessa pesquisa, foram discutidos os aspectos pedagógicos da preceptoria em residência de medicina de família e comunidade, a partir dos questionamentos realizados aos participantes relativos às estratégias pedagógicas e aos referenciais teóricos utilizados para escolha dessas estratégias, bem como sobre as necessidades de formação que identificavam com vistas a uma prática de ensino aprendizagem mais efetiva. Esses aspectos ficaram evidenciados no *subcorpus* B da análise do programa Iramuteq, que compreende as classes 3, 4 e 1.

Sobre a atividade de preceptoria, os participantes relataram que essa ocorre a partir da inserção do residente na equipe e da incorporação deste na realização das atividades próprias do médico de família, entre estas: atividade ambulatorial, visitas domiciliares, reuniões de equipe, atividades de grupo, entre outras. O residente acompanha o preceptor ao longo de dois anos, durante os quais se torna corresponsável por um determinado número de pessoas que fazem parte da área adstrita daquela equipe. Além de compartilhar com o preceptor as

atividades do serviço, preceptor e residente desenvolvem um relacionamento a partir do qual se executam atividades pedagógicas que auxiliam o residente na aquisição das competências necessárias para se tornar especialista.

Entre as atividades pedagógicas relacionadas pelos participantes, destacam-se o atendimento conjunto e as discussões de caso, as quais ocorrem durante ou após os atendimentos. A partir das dificuldades apresentadas com relação aos atendimentos realizados naquele turno, são identificadas necessidades de aprendizagem, a partir das quais são escolhidos temas para que o grupo estude e traga para discussão ao longo da semana, através de resumo ou seminário.

A classe 3, que emergiu da análise do programa Iramuteq, é composta por falas que remetem aspectos relacionados à aplicação dessas estratégias pedagógicas, entre estes, os tipos de estratégias que os preceptores utilizam mais frequentemente e o cunho prático da preceptoria, que justifica a escolha por estas estratégias pedagógicas. Compreende 17,8% (21 ST) do *corpus* total analisado. Constituída por palavras no intervalo entre $x^2 = 7,87$ (prático) e $x^2 = 22,78$ (achar). Essa classe é composta por palavras como “achar” ($x^2 = 22,78$), “vez” ($x^2 = 20,92$), “fácil” ($x^2 = 14,22$), “seguir” ($x^2 = 13,81$), “ativo” ($x^2 = 10,32$), “discussão” ($x^2 = 9,5$), “reforçar” ($x^2 = 9,26$), “prático” ($x^2 = 7,87$).

No que diz respeito à discussão de casos, no contexto da residência médica, que se trata de uma modalidade de ensino em que o aprendizado ocorre em serviço, esta estratégia, por relacionar aspectos práticos da atividade clínica a aspectos teóricos que devem ser apreendidos pelos residentes, além de gerar uma reflexão sobre o fazer, configura-se como elemento central da prática de preceptoria. Botti e Rego (2009) apontam que essa é uma das maiores mudanças no ensino médico: examinar a própria prática, acompanhar o processo de ensino e aprendizagem e buscar as necessidades educacionais.

Seguindo esse pensamento, pode-se afirmar que o residente deve desenvolver a capacidade de metacognição com base em suas atividades práticas, refletindo sobre elas e buscando novas competências que ele julgue necessárias para melhorar sua performance como médico. Isso ajuda a diminuir a distância entre a teoria e a prática no ensino durante a residência médica e leva a um aprendizado baseado na competência, no qual atingir os resultados é mais importante que cumprir determinado tempo de treinamento (BOTTI; REGO, 2009).

No presente estudo, apesar de a necessidade de organização para a prática de preceptoria ser clara para os preceptores, estes destacam alguns elementos dificultadores, entre os quais: a demanda assistencial elevada, o acúmulo de funções do preceptor e o tempo escasso para discussão com o residente, que frequentemente é produto dos dois fatores anteriores.

Além da demanda assistencial elevada e do acúmulo de funções, que limitam o tempo para a prática de preceptoria, os participantes destacam, ainda, outro fator limitador do tempo disponível para a realização de discussão em grupo, recorrente na realidade das unidades de saúde rurais, que é o atraso na chegada à unidade de saúde, devido à longa distância entre a sede e a unidade de saúde rural, e a antecedência na saída da unidade ao final da tarde, pelo mesmo motivo. Assim sendo, tanto o tempo disponível para discussão antes quanto após os atendimentos fica prejudicado, de modo que a equipe tem que encontrar outras formas de proceder essas discussões, seja durante o trajeto para a unidade de saúde seja através de meios digitais (*WhatsApp*). Em uma das falas, o preceptor relata a utilização de outra ferramenta digital em sua prática de preceptoria, que é a planilha do *google drive*, a qual funciona como elo de compartilhamento da equipe, em que esta registra os casos pendentes e as condutas adotadas.

No *google drive* a gente tem uma pasta, e a essa pasta têm acesso eu (preceptor), a residente e a enfermeira. Aí, no final do atendimento, a gente tem que alimentar essa planilha. Coloca os pacientes pendentes, a data da última consulta da gestante, a próxima da puericultura e das visitas. Aí pronto, para lembrar qual a data das próximas visitas, é só olhar lá no grupo. Aí tuberculose, hanseníase, também vai tudo para esse arquivo para a gente poder se comunicar entre nós (PRC 04).

Essa utilização de ferramentas digitais para facilitar o acompanhamento dos pacientes e a discussão de casos junto aos residentes, que é destacada por mais de uma vez pelos participantes durante a fase de diagnóstico do presente trabalho, evidencia que, em uma realidade em que diversas atividades precisam ser realizadas em tempo limitado, a utilização desses meios favorece a realização conjunta dessas atividades, mesmo a distância, tornando a equipe mais produtiva.

Souza et al (2013) destaca em seu trabalho que, apesar de a incorporação de novas tecnologias de comunicação e informação na prática de ensino ainda ser considerada um desafio, são diversos os benefícios relacionados ao uso dessas tecnologias, na medida em que permitem economia de tempo, minimização no adiamento da tomada de decisões clínicas e no auxílio do residente no desenvolvimento do seu processo de aprendizagem. Segundo esse mesmo autor, outros benefícios da utilização de tecnologias de comunicação na preceptoria são: aumento da autonomia e responsabilização progressiva dos residentes, os quais passam a assumir gradativamente papel central no cuidado com o paciente.

Nesse contexto de pandemia, a importância da utilização de ferramentas digitais no ensino encontra-se cada vez mais destacada. Em muitos programas de especialização, como no

caso do PRMFC, as atividades de grupos tutoriais passaram a ser realizadas por meio de webconferência (*google meet*). Da mesma forma, a formação em preceptoria em que se realizou parte das atividades da ação relativa a este trabalho também foi realizada a partir da utilização dessa ferramenta, com bom aproveitamento, segundo relato dos participantes desta pesquisa.

Tem-se, assim, que, apesar de serem necessários mais estudos para comprovar a eficácia dessas ferramentas digitais em pesquisa qualitativa, esses dispositivos vêm facilitar a realização de encontros a distância, que não seriam possíveis ocorrerem de outra forma. Assim, encontros presenciais que se façam inviáveis pela disponibilidade de local ou horário podem passar a ser realizados de forma virtual de forma mais usual.

No que diz respeito à realização de atividades em que a disponibilidade de tempo é reduzida, outra estratégia utilizada pelos preceptores para otimizar a discussão dos casos clínicos é a preceptoria em um minuto.

Esse modelo de ensino médico foi desenvolvido para ser usado quando um residente, após avaliar um caso clínico, solicita auxílio de seu preceptor para solução de um ou mais aspectos. O método envolve a elaboração de cinco etapas fundamentais em forma de questionamentos (denominados *microskills*): comprometimento com o caso; busca de evidências concretas; ensino de regras gerais; reforço no que está correto; correção dos potenciais erros (CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009).

A base teórica deste modelo possibilita ao preceptor transmitir a seus alunos, em curto espaço de tempo e de maneira eficaz, valiosas informações médicas, bem como permite conhecer melhor as características do estudante, a medida que o estimula a expressar suas opiniões (CHEMELLO, MANFRÓI; MACHADO, 2009; SOUZA et al, 2013).

Evidencia-se, portanto, que a competência dos preceptores para compartilhar conhecimentos em curto espaço de tempo é tarefa cada vez mais desafiadora. Seja através de estratégias em que momentos de preceptoria são organizados de forma não presencial, com a utilização de ferramentas digitais, seja através da utilização de métodos que possibilitem a discussão de casos em curto período, como é o caso da preceptoria em um minuto, encontrar meios criativos para a realização da prática da preceptoria é essencial.

Segundo os preceptores do programa e autores que estudam o tema, a regulamentação da atividade de preceptoria auxiliaria na resolução dessas dificuldades, tendo em vista que, a partir da definição da função de preceptor e de sua atividade, seria possível minimizar o acúmulo de funções do preceptor e aumentar o tempo disponível para a prática de preceptoria, o que contribuiria para a melhoria da qualidade dos programas de residência em medicina de família e comunidade em geral (SOARES et al, 2013; SANTOS et al, 2013).

Outra sugestão dada pelos participantes para minimizar as dificuldades vivenciadas foi a instituição de reuniões regulares com a preceptoria, as quais facilitariam a troca de experiências com relação à prática docente e a aquisição de novos conhecimentos que permitissem enfrentar de forma mais eficiente os problemas vivenciados no dia a dia da preceptoria. Essa necessidade de compartilhamento de experiências pode ser evidenciada na fala do preceptor abaixo descrita:

...ter também nas reuniões de preceptoria a oportunidade de trocar ideias e ver se os colegas também estão utilizando as mesmas estratégias, como estão fazendo, por exemplo, a gente já escuta um colega falando, outro, aí a gente já vai abrindo possibilidades para trabalhar melhor. Acho que é mais ou menos isso (PREC 02).

Essa dificuldade em disponibilizar tempo para participação em encontros longitudinais de preceptoria é também relatada em outros estudos como dificultadora da prática pelo preceptor (SOUZA, et al, 2013; LOPES, BICUDO, ZANOLLI, 2017). No contexto da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade dos municípios de Fortaleza e Caucaia, percebe-se fortemente a influência do componente associado à gestão para a liberação do profissional preceptor com o intuito da participação nessas reuniões de preceptoria. Como já discutido anteriormente, o duplo papel exercido pelo profissional no contexto da preceptoria da residência de médico assistente docente faz com que a necessidade de ter o profissional assistente presente na Unidade de Saúde impeça a participação deste nos encontros de preceptoria.

Essa dificuldade de participação nos encontros de preceptoria dificulta o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar o programa de residência como um todo, inclusive na construção coletiva do currículo por competências para a residência em medicina de família e comunidade local, tendo em vista que os preceptores não têm carga horária disponível para realização dessa atividade.

No município de Caucaia, desde a inclusão do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, em 2017, constata-se que, pelo fato de o programa auxiliar no balizamento da reestruturação da atenção primária no município, há efetiva compreensão da gestão acerca da atividade de preceptoria, de modo que não são impostas dificuldades à participação dos preceptores em reuniões de preceptoria. Esse fato, inclusive, foi uma das razões que motivaram a pesquisadora a escolher como participantes da pesquisa o grupo de preceptores de Caucaia, tendo em vista a possibilidade de adesão do grupo nas atividades propostas durante todo o processo.

Essa possibilidade de participação dos preceptores nos encontros de preceptoria foi vista pelos participantes do grupo como relevante para a sua motivação no desenvolvimento da prática diária de preceptoria, tendo em vista sentirem-se reconhecidos em sua atividade profissional e estimulados a continuarem refletindo e promovendo melhorias em seu processo de trabalho.

Esse sentimento de valorização do trabalho do preceptor percebido nos momentos de formação encontra-se também presente em outros trabalhos (JESUS; RIBEIRO, 2012; SOUZA, 2013), em que se destacam as atividades de discussão e reflexão proporcionadas pelos encontros, além do compartilhamento de técnicas e métodos que utilizam.

A partir do exposto, pode-se inferir, portanto, que, apesar da não regulamentação da atividade de preceptoria, do pouco tempo disponível para a prática docente, da restrição de espaço físico, bem como da limitação no conhecimento das diferentes estratégias pedagógicas, relacionadas à falta de uma formação em preceptoria adequada, o desejo de realizar a atividade de preceptoria de forma adequada e que auxilie na formação de um profissional capacitado move os preceptores diariamente.

Nesse sentido, a adoção de diferentes estratégias pedagógicas, para além dos seminários e da discussão de casos, objetiva alcançar o residente de forma lúdica e manter o seu interesse constante, de modo que mantenha o desejo de continuar aprendendo, ao longo dos dois anos de residência, sem cair em uma rotina. A declaração abaixo exemplifica a utilização de uma estratégia de ensino diferente que o preceptor busca adotar para favorecer o engajamento do residente.

Uma estratégia um pouco mais dinâmica que venho tentando desenvolver hoje é a estratégia do quiz. Acho que deu para estimular mais, mas acho que é bom conhecer outras metodologias (PREC 04).

Assim, a necessidade de aprofundar a competência na utilização de diferentes estratégias pedagógicas é expressa pelo grupo tanto na fase de diagnóstico, ao relatarem aspectos que gostariam de melhorar em sua prática de preceptoria, quanto na fase de planejamento, ao destacarem como problema a ser solucionado o desconhecimento sobre as diferentes estratégias pedagógicas.

Outra coisa que coloquei foi com relação aos seminários, pois tenho dúvida se utilizamos a metodologia de forma adequada. A gente estabelece o tema a partir dos casos discutidos, e o residente prepara uma aula sobre o tema, será que é isso mesmo? (PRC 04).

No conjunto de estratégias que o grupo referiu que gostaria de aprofundar seus conhecimentos, encontraram-se os seminários, a discussão em pequenos grupos e as oficinas.

Outra estratégia referida entre os desejos de foco de aprofundamento foi a estratégia grupal, tendo em vista que a residência em medicina de família e comunidade, além do aspecto assistencial ambulatorial, deve envolver também a comunidade, sendo esta ferramenta essencial para o desenvolvimento dessa competência.

Com relação às estratégias grupais, Anastasiou e Alves (2004) afirmam que a aprendizagem é um ato social, necessitando de um mediador como facilitador do processo. Desse modo, habilidades de trabalho grupais, devidamente desenvolvidas, auxiliam no desabrochar da inteligência relacional, sendo fundamental, nesse processo, a interação, o compartilhamento, o respeito à singularidade e a habilidade de lidar com o outro em sua totalidade. Tem-se, portanto, que a utilização dessa estratégia favorece o desenvolvimento de habilidades relacionais e atitudinais importantes no processo de desenvolvimento de competências na especialidade.

Ao relacionar o uso de diferentes estratégias pedagógicas à formação que a residência médica busca proporcionar, Botti e Rego (2010) afirmam que aprender assume o significado de “ganhar um modo de agir”, isto é, a aprendizagem só ocorre quando, após assimilar algo, se consegue agir de acordo com o que foi aprendido. Aprender, nessa concepção, é um processo ativo que se desenvolve a partir da seleção de reações apropriadas, que depois são fixadas.

Nesse sentido, se o objetivo do docente é conduzir o aluno por um caminho em que este se torne competente em sua especialidade, é essencial que o preceptor percorra caminhos que o auxiliem na compreensão das diferentes estratégias pedagógicas. Para tanto, a utilização de referenciais teóricos para escolha de diferentes estratégias pedagógicas se faz essencial.

Com relação ao aspecto teórico relativo às estratégias pedagógicas, emergiu a classe 4 do subcorpus B do presente trabalho. Compreende 20,3% (24 ST) do *corpus* total analisado. Constituída por palavras no intervalo entre $x^2 = 6,62$ (dia) e $x^2 = 16,63$ (aula), essa classe é composta por palavras como “aula” ($x^2 = 16,63$), “trago” ($x^2 = 16,22$), “tema” ($x^2 = 14,04$), “diferente” ($x^2 = 11,99$), “teórico” ($x^2 = 10,61$), “colocar” ($x^2 = 7,25$), “coisa” ($x^2 = 7,06$), “dia” ($x^2 = 6,62$).

Essas palavras referem-se à carência evidenciada pelos preceptores de definir estratégias pedagógicas mais adequadas, de acordo com a necessidade de aprendizagem apresentada pelos residentes durante as discussões de casos clínicos.

...acho que temos que reforçar, na conversa com os colegas, ideias para referenciais teóricos novos, acho que um pequeno texto já traz uma ideia de como fazer algo diferente, o que seria um ponto de reforço na preceptoria (PRC 02).

Para favorecer essa escolha, faz-se necessário que o preceptor adote um referencial teórico sobre o tema das estratégias pedagógicas, o que motivou a nomeação desta classe. No presente estudo, observou-se a dificuldade dos preceptores em definir os referenciais teóricos que utilizam para escolha das estratégias pedagógicas, apesar de relatarem claramente foco problematizador que buscam aplicar nas discussões com os residentes. Apenas um preceptor relatou utilizar Paulo Freire como referencial para adoção de suas estratégias pedagógicas, tendo os demais focado em referenciais de base clínica, como fica evidenciado pela fala do preceptor abaixo relatada:

...realizamos “aulinhas” (seminários), duas ou três vezes na semana, sobre as dúvidas do dia anterior e as referências teóricas que eu utilizo, sempre coloco na lousa. As fontes geralmente são o tratado de MFC, os cadernos de atenção básica, o *Uptodate*... (PRC 01).

Segundo Rocha e Ribeiro (2012), no cenário atual em que o conhecimento não é mais privilégio de universidades e professores, o papel do professor repassador de informações encontra-se bastante ameaçado. É preciso que este passe a se ver como partícipe da construção do conhecimento, que não é estanque, mas dinâmico.

Na fala do preceptor acima descrita, pode-se considerar que ainda restam resquícios de uma compreensão de que o preceptor é o detentor do conhecimento e deve repassá-lo aos alunos. Nesse sentido, é cada vez mais importante a necessidade de uma formação permanente dos profissionais para a docência, de modo a permitir uma adequação desse profissional ao cenário atual.

No que diz respeito as condições de efetivação das estratégias pedagógicas, Anastasiou e Alves (2004) destacam que as tendências docentes ainda se encontram muito centradas na prática expositiva, o que proporciona certo domínio desta e maior facilidade para sua utilização. O mesmo não ocorre com as demais estratégias, as quais exigem cuidados, diretividade e conduções específicas e, portanto, uma formação direcionada para sua utilização.

Segundo Carvalho et al (2013), um dos primeiros desafios para a incorporação do uso de metodologias ativas na residência é a disposição dos docentes para absorção desses métodos. De acordo com esse autor, comumente, professores/tutores provêm de escolas tradicionais, acreditando ser esta a única forma de ensino médico. Nesse sentido, também destaca a importância de o profissional tornar-se acessível a estas metodologias e dedicar tempo para aprender e assimilar suas nuances, de modo a incorporá-las em sua prática, tendo em vista o importante papel do preceptor na formação dos residentes e a maior possibilidade de gerar uma aprendizagem significativa a partir da utilização dessas metodologias.

Nessa perspectiva, Anastasiou e Alves (2004) destacam que todo conteúdo possui em sua lógica interna uma forma que lhe é própria e que precisa ser captada e apropriada para sua efetiva compreensão. Para assimilar o conteúdo, é necessário utilizar processos mentais e operações do pensamento. Na metodologia tradicional, a principal operação exercitada é a memorização, que, hoje, se revela insuficiente para dar conta do profissional de que a realidade necessita. Na metodologia ativa, por sua vez, o docente deve propor ações que desafiem ou possibilitem o desenvolvimento das operações mentais. Para tanto, faz-se necessário que o preceptor, que desenvolve papel importante nesse processo como facilitador do aprendiz, se utilize de diferentes estratégias pedagógicas que permitam o alcance das competências desejadas.

No que diz respeito às práticas problematizadoras, Miccas e Batista (2014) afirmam que estas têm por base a aprendizagem deslocada para o ambiente de serviço, concebendo a ação-reflexão-ação como foco norteador. A problematização encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que atribuirão significado às aprendizagens e levar em conta as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam.

Nesse sentido, a abordagem problematizadora trata-se de uma estratégia bastante efetiva, tendo em vista que, a partir de situações reais de trabalho, conhecimentos teóricos, práticos e contextualizados, são abordados em toda sua complexidade, fornecendo respaldo na prática de forma contínua e articulada (MICCAS; BATISTA, 2014).

A preceptoria em residência médica, por se tratar de uma modalidade de ensino em serviço, é bastante propícia à utilização da abordagem problematizadora, tendo em vista que usa situações reais para motivar o aprendiz. No presente estudo, os preceptores se utilizam frequentemente dos casos atendidos durante o dia como mote para reflexões, discussões e definição das necessidades de aprendiz, as quais devem motivar a aquisição de competências pelos residentes.

...no final do dia, nós discutimos os casos que geraram dúvidas ou os casos que não geraram dúvidas, mas que trazem algo de interessante a ser discutido, e, a partir destes, formulamos os objetivos de aprendizagem... (PRC 02).

A partir do exposto, pode-se inferir que a falta de referenciais teóricos em estratégias pedagógicas evidenciada no grupo pode estar associada à falta de uma formação permanente em preceptoria. No entanto, por mais que os participantes tenham apresentado dificuldade em relacioná-los na fase de diagnóstico dessa pesquisa, pelo relato sobre suas atividades de

preceptoria desenvolvidas no dia a dia, é possível extrair o aspecto problematizador que guia a escolha e realização das atividades pedagógicas desenvolvidas.

A última tarjeta utilizada no primeiro encontro da fase de diagnóstico buscou elucidar, junto aos preceptores, aspectos que o grupo identificava que precisavam reforçar, no intuito de tornar mais efetivo o processo de ensino e aprendizagem. Entre as necessidades identificadas pelos praticantes, figurou a imprescindibilidade de organizar melhor os assuntos discutidos junto aos residentes. A ausência de um currículo por competências em medicina de família e comunidade que contenha objetivos de aprendizagem definidos e que guiem o aprendiz ao longo do programa, nesse sentido, dificulta a condução do processo educacional pelo preceptor.

A partir dessa necessidade referida pelo grupo, emergiu a classe 1 do *Subcorpus* B, na análise do programa Iramuteq. Essa classe compreende 17,8% (21 ST) do *corpus* total analisado. Constituída por palavras no intervalo entre $x^2 = 18,56$ (residência) e $x^2 = 45,0$ (objetivo), é composta por palavras como “objetivo” ($x^2 = 45,0$), “definir” ($x^2 = 40,1$), “aprendizagem” ($x^2 = 39,64$), “estratégia” ($x^2 = 38,94$), “utilizar” ($x^2 = 29,2$), “pedagógico” ($x^2 = 24,12$), “competência” ($x^2 = 19,12$), “residência” ($x^2 = 14,54$). Essas palavras denotam aspectos relativos à organização do programa de residência para definição das competências e dos objetivos de aprendizagem que permita a escolha de diferentes estratégias pedagógicas, de acordo com o objetivo que se pretende alcançar. A ausência desse currículo por competência local constituiu-se como um dos fatores preponderantes na escolha das estratégias pedagógicas a serem adotadas, o que justifica o aparecimento desse aspecto como uma classe dentro do subcorpus B. A fala a seguir exemplifica essa carência:

...melhor organização do conteúdo a ser discutido, porque os temas são muito variados, um dia a gente vê osteoartrose, no outro dia a gente tá falando já de tontura, no outro dia [...] são temas aleatórios, não tem uma sequência lógica para seguir e nem um guia que lhe oriente, de modo que você perceba se discutiu tudo que era importante sobre um tema. É uma coisa que tem que adequar [...] porque realmente a gente fica na dúvida se passamos tudo, essa adequação seria realmente interessante (PRC 01).

No que diz respeito a essa necessidade de organização dos conteúdos, Viana et al (2013) afirma que todo programa de residência médica deve ter um planejamento, que deve ser construído/discutido previamente pelos preceptores com base nas especificidades de cada programa, bem como apresentado e discutido, também previamente, com os residentes.

Esse planejamento pode ser compreendido como o currículo baseado em competências, ou seja, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se espera que o residente desenvolva para tornar-se competente em sua especialidade. A existência dessas competências e dos objetivos de aprendizagem necessários de serem apreendidos, visando o alcance dessas

competências, contribui de forma imprescindível para a escolha das estratégias pedagógicas a serem utilizadas pelos preceptores em sua prática.

Esse entendimento é reforçado por trabalhos, como o de Anastasiou e Alves (2004), em que abordam que o estudo e a análise das estratégias de ensino e aprendizagem estão diretamente relacionados a uma série de determinantes, entre os quais: um projeto pedagógico institucional, que defina a visão de profissional que se pretende formar; e uma organização curricular com a utilização de objetivos interdisciplinares, por meio de módulos, eixos, problemas, entre outros.

Desse modo, torna-se claro que a existência de um programa de aprendizagem correspondente ao módulo, fase ou curso é essencial, pois a escolha de estratégias pedagógicas está diretamente relacionada à clareza sobre aonde se pretende chegar, naquele momento, com o processo de ensino (ANASTASIOU; ALVES, 2004). Constata-se, portanto, que a ausência de um currículo por competências com objetivos de aprendizagem bem definidos dificulta a escolha de uso entre as diferentes estratégias pedagógicas.

Ainda segundo esses autores, quando o professor participa de um colegiado que construiu coletivamente o Projeto Pedagógico, a definição de estratégias de ensino-aprendizagem evolui rapidamente, pois, nesse contexto, as condições concretas de trabalho são habitualmente postas em discussão, facilitando a superação de uma série de dificuldades em relação às condições físicas, aos recursos materiais, ambientais e humanos e à organização administrativa com fins pedagógicos (ANASTASIOU; ALVES, 2004).

Evidencia-se, assim, a motivação que levou os participantes dessa pesquisa a identificarem, entre os problemas relacionados à prática pedagógica em preceptoria, a ausência de um conjunto de competências a serem contemplados pelos residentes durante o curso, e que figurou na fase de ação dessa pesquisa, constituindo-se tema de discussão de um dos encontros formativos planejados pelo grupo.

Após a contribuição de cada preceptor acerca dos tópicos sugeridos para discussão no painel, foi possível elaborar uma síntese do que foi relatado pelos participantes ao longo do primeiro encontro da fase de diagnóstico. Esta encontra-se apresentada na figura abaixo:

Figura 3– Síntese do relato dos participantes no primeiro encontro da fase de diagnóstico.

Caucaia-Ceará, 2020.

Minha prática de preceptoria acontece da seguinte forma...	Adoto na minha prática de preceptoria as seguintes Estratégias pedagógicas...	Para definir as estratégias pedagógicas adoto os seguintes referenciais teóricos...	O que preciso reforçar na minha prática de preceptoria para tornar mais efetivo o processo de ensino-aprendizagem na residência...
<ul style="list-style-type: none"> • Organização da agenda de modo a permitir discussão de casos com os residentes durante ou após os atendimentos • Preceptoria passiva e preceptoria ativa • Discussão de casos • Seminários • Preceptoria em um minuto • Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de casos • Seminários • Discussão de artigos • Produtos • Preceptoria em um minuto • Observação de consultas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratado de MFC • Duncan • Cadernos de atenção básica • <u>Uptodate</u> • Paulo freire • <u>Material Medgrupo</u> • <u>Whitebook</u> • Cursos UNASUS • Google acadêmico • <u>Mdsaude</u> • Artigos SBMFC • Currículo de competências RMFC-SBMFC • Material da especialização em preceptoria de RMFC 	<ul style="list-style-type: none"> • Reservar mais tempo para as discussões junto aos residentes • Conhecer outras estratégias pedagógicas • Discussão com os residentes sobre preferências no processo ensino-aprendizado

Fonte: dados da pesquisa.

A partir dessa síntese, evidencia-se que, além da necessidade de conhecer outras estratégias pedagógicas, tendo em vista que se utilizam mais frequentemente de discussão de casos e seminários, os preceptores destacam aspectos que influenciam diretamente na escolha destas estratégias, entre os quais, tempo disponível para a realização da preceptoria e ausência de objetivos de aprendizagem bem definidos. A carência de referenciais teóricos para a adoção de diferentes estratégias pedagógicas também fica evidente no painel, tendo em vista o grupo ter citado, em grande parte, referências para estudo de temas clínicos, não de estratégias pedagógicas. O quadro abaixo explicita o conjunto de problemas consensuados pelo grupo ao final da fase de diagnóstico:

Quadro 8 – Necessidades de aprendizagem na prática de preceptoria para tornar mais efetivo o processo ensino-aprendizagem. Caucaia, 2020.

Deficiência no conhecimento e na utilização de diferentes estratégias pedagógicas
Dificuldade de adotar estratégias pedagógicas e de avaliação em relação ao tempo disponível para a preceptoria
Necessidade de incluir o residente na tomada de decisão sobre as estratégias de ensino aprendizagem a serem utilizadas
Necessidade de utilizar estratégias que favoreçam a troca de opinião entre preceptor e residente, de modo que o preceptor não tome todas as decisões

Ausência de um currículo com competências e objetivos de aprendizagem a serem contemplados pelo residente durante o curso que favoreçam a utilização de diversas estratégias pedagógicas
Estratégias de avaliação desarticuladas dos objetivos de aprendizagem e das estratégias pedagógicas

Fonte: dados de pesquisa.

Antes de finalizar a fase de diagnóstico, foi solicitado que os preceptores compartilhassem suas impressões sobre o momento que haviam vivenciado. Nas falas, relataram que se tratou de momento de bastante aprendizado, tendo em vista a rica troca de experiências que puderam realizar, o que contribuiu para uma reflexão sobre o modo como desenvolvem a prática de preceptoria. Destacaram também, como importante, o reconhecimento da atividade que realizam enquanto preceptores, tendo em vista o cuidado com que foi conduzido o momento.

Salientou-se, ainda, que a vivência possibilitou que vissem a diferença na organização das agendas adotadas por cada preceptor e nos aspectos relativos às estratégias que utilizam para lidar melhor com o duplo papel que exercem enquanto médicos assistentes e docentes. A possibilidade de compartilhar decisões e dividir responsabilidades com o residente na assistência, segundo colocaram, contribuiu para minimizar a sobrecarga do preceptor e favorecer positivamente o tempo disponível para a prática de preceptoria.

Pode-se, concluir, ao final desta fase, que possibilidades de formação com base na problematização e na reflexão crítica sobre a prática são bastante úteis, na medida em que se percebe que estas têm poder de conferir uma maior segurança sobre as ações desenvolvidas pelos preceptores e que a complexidade das ações com que lidam diariamente são compartilhadas pelo grupo, conferindo certo alento ao grupo.

5.2. PLANEJAMENTO

Essa etapa foi orientada pela fase de diagnóstico, em que foram identificadas pelos participantes as principais necessidades em preceptoria. Segundo Thiollent (2011), na pesquisa, os problemas colocados são, inicialmente, de ordem prática. Atuar sobre essas necessidades é o que permitirá sair de uma situação atual para uma situação ideal. Para que a

ação seja definida, é preciso fazer uma análise desses problemas, de modo a definir a melhor forma de abordagem.

Nesta pesquisa, a situação atual identificada pelo grupo na fase de diagnóstico evidenciou: deficiência no conhecimento e utilização de diferentes estratégias pedagógicas; dificuldade de adotar estratégias pedagógicas e de avaliação em relação ao tempo disponível para a preceptoria; necessidade de incluir o residente na tomada de decisão sobre as estratégias de ensino aprendizagem a serem utilizadas; necessidade de utilizar estratégias que favoreçam a troca de opinião entre preceptor e residente, de modo que o preceptor não tome todas as decisões; ausência de um currículo por competências e objetivos de aprendizagem a serem contemplados pelo residente durante o curso que favoreçam a utilização de diversas estratégias pedagógicas e técnicas de avaliação desarticuladas dos objetivos de aprendizagem e das estratégias pedagógicas.

A análise dos problemas apresentados permitiu categorizá-los em quatro temas, os quais se interligavam pela dimensão das estratégias pedagógicas, a saber: estratégias pedagógicas; currículo por competências; método clínico centrado no residente e avaliação.

A ausência de um programa de formação permanente em preceptoria em Medicina de Família e Comunidade na realidade do estudo, que contemplasse esses aspectos mencionados, bem como o fato de os participantes desse estudo serem majoritariamente profissionais com atuação na função há menos de dois anos, tornam evidente a necessidade de um processo formativo que absorva os novos docentes e justifica a imprescindibilidade de ampliar o foco do estudo apresentada pelos preceptores.

Tendo em vista que a pesquisa-ação visa fornecer aos participantes meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas em que vivem através de uma ação transformadora, optou-se por desenvolver uma ação que consistiria na realização de um processo formativo que dirimisse essas necessidades. Assim, definiu-se que seriam realizados, a princípio, quatro encontros formativos, a partir dos quais poderiam ser identificados outros encontros, de acordo com a necessidade do grupo.

Segundo Koerich et al (2009), a pesquisa-ação permite associar ao processo de investigação a possibilidade de aprendizagem a partir do envolvimento criativo e consciente, tanto do pesquisador quanto dos demais participantes. Desse modo, fica afirmada sua importância como instrumento, ao mesmo tempo, de educação, investigação e mudança, podendo ser utilizada na área da saúde por diversos grupos: profissionais, gestores, estudantes, comunidades e instituições.

Confirma-se, assim, que a pesquisa-ação, ao possibilitar uma transformação da realidade a partir de um processo de reflexão sobre a práxis, que se dá a partir do envolvimento dos sujeitos que integram essa realidade a ser transformada, apresenta-se como útil na área da saúde, tendo em vista tratar-se de campo em que o interagir e o fazer encontram-se enraizados.

No presente trabalho, os temas a serem abordados, os quais encontram-se diretamente relacionados à prática da preceptoria vivenciada pelos participantes, foram discutidos sob diferentes estratégias pedagógicas, as quais foram definidas pelos participantes durante a fase de planejamento.

Essa reflexão sobre as estratégias pedagógicas a serem discutidas na formação, e que foi parte do planejamento desta pesquisa, permitiu ao grupo um aprofundamento na utilização de diferentes estratégias, tornando evidente o caráter educativo da pesquisa, tanto no que diz respeito ao tema de preceptoria escolhido quanto na estratégia pedagógica selecionada. A implicação direta dos participantes, que é característica da pesquisa-ação, favoreceu o envolvimento dos participantes, que se engajaram ativamente em todas as fases do processo. O quadro abaixo sintetiza o planejamento proposto pelo grupo:

Quadro 9 –Problemas, categorização, priorização e estratégias pedagógicas para a formação na preceptoria. Caucaia, 2020.

PROBLEMAS	CATEGORIZAÇÃO	PRIORIZAÇÃO	ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS
Ausência de um currículo com competências e objetivos de aprendizagem a serem contemplados pelo residente durante o curso que favoreçam a utilização de diversas estratégias pedagógicas	Currículo por competências	3	Miniexposição dialogada sobre objetivos de aprendizagem
Deficiência no conhecimento e na utilização de diferentes estratégias pedagógicas	Estratégias de ensino-aprendizagem	1	Miniexposição dialogada sobre estratégias de ensino-aprendizagem
Dificuldade de perceber as fragilidades dos residentes Necessidade de incluir o residente na tomada de decisão sobre as estratégias de ensino aprendizagem a serem utilizadas Necessidade de utilizar estratégias que favoreçam	Método clínico centrado no residente	2	Discussão de situações-problema

a troca de opinião entre preceptor e residente, de modo que o preceptor não tome todas as decisões			
Estratégias de avaliação desarticuladas dos objetivos de aprendizagem e das estratégias pedagógicas Dificuldade de adotar estratégias de avaliação em relação ao tempo disponível para preceptoria	Avaliação	4	Apresentação de vídeo seguida de discussão

Fonte: dados de pesquisa.

Para o primeiro encontro de formação de preceptores, planejou-se discutir sobre as estratégias pedagógicas. A escolha por esse tema adveio da compreensão do grupo de que o exercício do papel docente na residência médica exige capacitação específica, a qual não está relacionada apenas ao bom desempenho no exercício da medicina. Concorde-se, assim, com Rocha e Ribeiro (2012), que afirmam que o preceptor deve dominar formas de promover a aprendizagem, com metodologias ativas e uso da tecnologia da informação e comunicação, bem como ter domínio de ambientes virtuais e coletivos de aprendizagem. Para tanto, faz-se necessária uma formação específica para a docência, a qual perpassa o domínio sobre as diferentes estratégias pedagógicas.

Para que a formação seja desenvolvida de forma adequada, além de definir o tema, é importante usar uma estratégia educacional junto aos docentes que favoreça uma perspectiva emancipadora e que contenha uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho (ROCHA; RIBEIRO, 2012). Assim, como parte do processo de planejamento, definiu-se, como estratégia pedagógica a ser utilizada no primeiro encontro, a exposição dialogada.

De acordo com Anastasiou e Alves (2004), a aula expositiva dialogada constitui uma superação da aula expositiva tradicional, tendo em vista realizar-se de modo em que se desenvolve uma relação entre professor e aluno no enfrentamento do conteúdo. Assim, a escolha por essa estratégia pedagógica deve-se ao fato de que os preceptores se identificam como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem, porém a carência de conhecimento sobre as diferentes estratégias de ensino-aprendizagem impossibilitou que adotassem um protagonismo maior nesse processo inicial de aquisição de conhecimento acerca do tema.

Para o segundo momento da ação, planejou-se discutir sobre o método clínico centrado no residente. A necessidade de uma formação relativa a esse tema se deu em função do desejo

de incluí-los no processo decisório acerca das condutas clínicas e na escolha das estratégias pedagógicas no processo de ensino e aprendizagem.

(...) seria bom perguntar para o residente o que ele acha, se está sendo o suficiente, porque eu uso as estratégias que eu conheço. Seria bom discutir com o residente sobre as preferências de aprendizado dele, porque cada um aprende de forma diferente. Então, se eu fizer só seminário, por exemplo, não atinge o jeito de aprender dos dois (...). A gente também fala muito rápido, temos que escutar mais... (PRC 01)

Essa preocupação em utilizar uma abordagem que favoreça o envolvimento e o interesse do aluno também é evidenciada no trabalho de Rocha e Ribeiro (2012), que apresentam a experiência de instituição de uma formação em preceptoria do internato em medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Neste trabalho, os preceptores referiam-se ao desejo de instituir uma nova abordagem de ensino que pudesse influenciar na melhoria do aprendizado dos alunos. Segundo os autores, a adoção de uma abordagem que favoreça a reflexão do aluno e a percepção da necessidade da busca contínua por conhecimento requer uma preparação dos seus formadores, devendo, portanto, fazer parte dos objetivos do curso de formação em preceptoria.

Desse modo, como forma de apreender as nuances de uma abordagem centrada no aluno, que favoreça a adoção de uma visão crítica, reflexiva e participativa, no presente trabalho, os preceptores trouxeram a necessidade de discutir, no seu processo formativo, a abordagem centrada no residente.

Como estratégia pedagógica a ser utilizada durante a formação que discutiria o método clínico centrado no residente, os preceptores optaram que fosse realizada uma discussão de situações-problema. Nessa estratégia, propõe-se o enfrentamento de uma situação nova, o que exige pensamento reflexivo, crítico e criativo a partir dos dados expressos na descrição do problema. Essa estratégia mantém o grupo mobilizado e dedicado à aplicação dos conhecimentos construídos na direção da solução, uma vez que está diretamente interessado na solução para o problema (ANASTASIOU; ALVES, 2004).

Ao refletir sobre a escolha dessa estratégia para esse momento da formação, é possível apreender que se trata de uma estratégia frequentemente utilizada pelos preceptores em sua prática, a qual envolve discussão de casos diária, justificando a necessidade de um aprofundamento nessa estratégia. Segundo Anastasiou e Alves (2004), existem currículos totalmente organizados em torno da resolução de situações-problema (PBL), evidenciando também a importância da escolha dessa estratégia para discussão.

Para o terceiro momento da fase de ação, planejou-se discussão sobre o currículo por competências para a residência em medicina de família e comunidade. O encontro contou com a participação de um dos coordenadores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Ceará, em virtude da sua expertise sobre o tema. A necessidade por incluir esse tema na formação adveio da ausência de um currículo por competências e, conseqüentemente, de objetivos de aprendizagem bem definidos, na escolha da estratégia pedagógica mais adequada.

Segundo Souza (2010), o currículo é essencial para compreender como se dará a prática pedagógica. Trata-se de um documento no qual estão expressos os conteúdos e as formas de desenvolvê-los. A Educação Baseada por Competências, por sua vez, é um tipo de abordagem sobre o processo de ensino e aprendizagem. O currículo por competências reivindica uma lógica diferente dos modelos tradicionais de educação disciplinar e orienta uma formação modular, que parte de situações concretas, composto por competências.

O ensino por competências considera os conhecimentos como recursos a serem mobilizados, trabalha por problemas, enseja a utilização de estratégias de ensino variadas, cujo processo decisório na definição de que estratégia utilizar deve considerar o aluno, e avalia de modo formativo (PERRENOUD, 1999).

No âmbito prático, segundo Rocha e Ribeiro (2012), o trabalho dos educadores deve ter objetivos claramente definidos, além de indicar o profissional que pretende formar e de que estratégias os docentes devem se apropriar para atingir as propostas idealizadas. Esses objetivos, bem como as estratégias pedagógicas a serem adotadas, devem constar no currículo por competências do programa de residência.

O currículo por competências em Medicina de Família e Comunidade pode ser uniformizado, como é o caso da Inglaterra, ou instituído localmente dentro do programa de residência, como é o caso do Brasil e da Espanha. No Brasil, o currículo por competências de programas de residência em MFC no Rio de Janeiro e São Paulo já foram definidos. No Ceará, foi construído um currículo com as macro competências do Programa em 2014, porém, devido à necessidade de instituir um grupo de trabalho para dar continuidade ao plano e à pouca disponibilidade dos profissionais para tanto, o projeto foi interrompido.

Tendo em vista que a falta desse direcionamento pode prejudicar a formação desejada, o terceiro encontro da fase de ação buscou problematizar a ausência de um currículo por competências local e sua influência na práxis de preceptoria. Foi escolhida pelo grupo como estratégia pedagógica para realização do encontro, também, a exposição dialogada, dada a necessidade apresentada pelos preceptores de conhecer como é desenvolvido e aplicado o

currículo por competências em outros programas, de modo a iniciar uma reflexão sobre a construção de uma matriz de competências própria. A fala do preceptor a seguir exemplifica essa escolha:

Então, o que eu imaginei: que a gente poderia, nesse primeiro momento, ter uma aula mais expositiva, para que a gente possa ver nas competências dos outros programas o que eles definem como mais prevalente nas populações (PRC 04).

Para o quarto momento da ação, planejou-se discutir um caso prático apresentado em vídeo sobre o tema avaliação, que adveio da necessidade do grupo de instituir práticas avaliativas mais frequentes e que se utilizassem de uma abordagem adequada junto aos residentes. Segundo Ribeiro et al (2008), uma das atribuições mais difíceis da docência é a avaliação por competências, sendo essencial, para tanto, que o profissional de saúde receba uma formação para realizá-la. Como dificuldade, o grupo explicitou a necessidade de adotar estratégias de avaliação condizentes com os objetivos de aprendizagem e com as estratégias pedagógicas adotadas. Outras dificuldades apresentadas com relação ao tema foram com relação ao tempo disponível para realizar uma avaliação, tendo em vista as atividades ocorrerem durante o turno de atendimento, visto que, muitas vezes, não sobra tempo para realizar uma avaliação formativa. Com relação ao tipo de avaliação a ser realizado em situações em que se dispõe de pouco tempo, o *feedback* é a técnica de avaliação formativa mais utilizado. Esse encontro contou com a participação de um professor convidado, membro do colegiado de coordenação do programa de residência em MFC.

A decisão pelo formato do encontro foi feita pelo grupo de preceptores também na fase de planejamento e corroborou com a necessidade apresentada de aprender a partir de um exemplo prático, como é possível externar pela fala a seguir:

Para mim, o melhor jeito de eu aprender é ver outras pessoas fazendo. E aí, simulação de casos é a melhor. Porque aí você vai avaliar os problemas que ele não observou, aprender a dar uns *feedbacks*, seguido de discussão. Porque, às vezes, a gente vê um feedback, acha que foi muito legal, mas aí depois surgem aspectos que fazem a gente perceber que aquele *feedback* poderia melhorar (PRC 01).

Segundo Carvalho et al (2010), nos adultos, a aprendizagem é orientada para a resolução de problemas e tarefas que se confrontam com a vida cotidiana, o que desaconselha uma lógica centrada nos conteúdos, uma vez que este grupo está disposto a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreenda a sua utilidade.

No que diz respeito à aprendizagem orientada para a resolução de problemas, Bordenave e Pereira (2015) enfatizam que tem início a partir de uma necessidade apresentada pelo

aprendiz. A solução desse problema pode ser conseguida através de estudo, observação ou experiência, o que torna possível que o aluno aprenda um novo princípio combinando princípios já aprendidos.

No caso do aprendizado por vídeos, a teoria de Meyer de aprendizagem multimídia postula que as pessoas aprendem melhor quando as imagens são combinadas com palavras em um ambiente de aprendizagem eletrônica. Tal estratégia torna o aprendizado mais dinâmico e participativo, aumentando a motivação e a satisfação do aprendiz com o processo de ensino e aprendizagem (ARRUDA et al, 2012).

O planejamento do quarto encontro formativo finalizou o encontro, tendo-se seguido para a fase de ação, a qual será apresentada a seguir.

5.3. AÇÃO

5.3.1. Primeiro momento da ação – estratégias pedagógicas

O primeiro encontro da fase de ação focou na discussão sobre as diferentes estratégias pedagógicas. Este foi conduzido pela pesquisadora e contou com a participação de um professor convidado que auxiliou na discussão sobre o tema. Para a construção do material utilizado na formação, utilizou-se como referências autores consagrados no tema das estratégias pedagógicas, entre os quais Bordenave e Pereira (2015) e Anastasiou e Alves (2004).

A exposição dialogada teve início com uma reflexão sobre como manter o residente motivado, sendo essencial, para tanto: planejamento constante, avaliação das práticas usadas, e diversificação das mesmas, utilização de métodos e recursos variados, buscando proporcionar aprendizagens a todos os alunos, assim como valorizar e respeitar os ritmos de aprendizagem de cada um. É importante destacar, nesse momento que, para realização dessas atividades, faz-se essencial que o preceptor esteja imbuído das competências relativas ao fazer pedagógico e, ao mesmo tempo, estimulado para a prática docente. Sem esse estímulo, observa-se que a atividade docente é suplantada pela rotina de trabalho, sendo, por vezes, negligenciada.

Tendo em vista tratar-se de uma atividade de formação em serviço, na qual residentes e preceptores compartilharam o dia a dia de trabalho ao longo dos dois anos de formação, é inerente a esse contato frequente que a dupla entre em uma rotina. Desse modo, se não houver estímulo para a prática docente, pode-se dar início a um processo de acomodação dos envolvidos, o que acaba por prejudicar a prática docente, a qual já enfrenta tantos desafios, como os citados pelos participantes durante a fase de diagnóstico dessa pesquisa.

As publicações relacionadas à prática de preceptoria normalmente destacam a atividade docente na residência como favorecedora de um processo de construção de conhecimento ativo e significativo, cujo desejo de aprender é renovado pela simples presença do estudante no serviço (LIMA; ROZENDO, 2015), porém nem sempre destacam a importância de o preceptor ser instigado ao longo do processo para que possa manter essa prática constante (CARVALHO et al, 2013). Esse estímulo advém tanto do aluno quanto da gestão da atenção primária do município e da coordenação do programa de residência.

No que se refere ao aluno, é importante que este dedique empenho na prática diária, associada ao desejo de aprender e melhorar seu desempenho. Para tanto, faz-se necessário que o programa de residência garanta uma carga-horária adequada, que não sobrecarregue o residente, para que ele esteja atento às atividades extracurriculares que desempenha, cuja discussão não faz parte do escopo desse trabalho. No que diz respeito à gestão da atenção primária do município, percebe-se que um coordenador atento às necessidades dos preceptores e residentes, dedicado a minimizar elementos dificultadores da prática docente, encoraja a prática docente.

No que se refere à coordenação do curso, um contato próximo com os preceptores, possibilitado por encontros frequentes, que denotem interesse pelo fazer em preceptoria e estimulem novas práticas, minimizaria o risco dessa acomodação. Confirma-se, assim, que uma reflexão constante sobre a prática, como a proporcionada por uma formação permanente em preceptoria, que discuta a utilização de diferentes estratégias pedagógicas, contribuiria para mitigar esse problema.

A adoção de diferentes estratégias pedagógicas, que favoreçam o compartilhamento do conhecimento de forma ativa, faz-se importante na medida em que contribui para estimular preceptor e residente no processo de ensino e aprendizagem. No presente trabalho, os participantes relataram que se utilizam frequentemente de estratégias que envolvam discussão de casos complexos, por se tratar da estratégia a qual foram mais expostos durante sua formação enquanto residentes.

Segundo Bordenave e Pereira (2015), no processo de escolha entre as diferentes estratégias pedagógicas, um conjunto de elementos deve ser considerado, entre os quais, os objetivos educacionais que se pretende alcançar; a experiência didática do professor; a etapa no processo de ensino; o tempo disponível; a estrutura do assunto e tipo de aprendizagem envolvido; os tipos de alunos e a aceitação e experiência dos alunos. Para tanto, é necessário que o preceptor seja conhecedor desses elementos, de modo a fazer essa escolha de forma adequada para cada situação. Nesse primeiro encontro de formação em preceptoria, além de

discutir as diferentes estratégias pedagógicas, buscou-se proporcionar aproximações com os elementos relativos à escolha dessas técnicas de ensino.

Tendo em vista tratar-se da principal estratégia utilizada pelo grupo, optou-se por aprofundar a formação nas estratégias de discussão em grupos, entre as quais encontram-se: a discussão em pequenos grupos, os seminários e as oficinas.

Segundo Bordenave e Pereira (2018), as discussões em grupo são consideradas as mais eficazes para substituir a exposição tradicional, tendo em vista ensinar aos estudantes a possibilidade de formular princípios e sugerir aplicações, além de tornar o conhecimento de cada um próprio do grupo através da intensificação da informação.

Na residência em MFC, a discussão em pequenos grupos é favorecida tanto pela exposição frequente dos residentes a casos complexos que atendem diariamente quanto pelo quantitativo de alunos que se encontram em formação nas unidades de saúde. No município de Caucaia, em duas das cinco Unidades de Saúde que recebem residentes, trabalham dois preceptores na Unidade, com um quantitativo de residentes que varia entre três e cinco por Unidade de Saúde, além de alunos do internato em Medicina de Família e Comunidade. No grupo formado, é favorecida a troca de vivências e opiniões que contribuem de forma positiva para o aprendizado do coletivo.

Sobre a estratégia de discussão em pequenos grupos, essa consiste em uma técnica de divisão de uma grande quantidade de alunos em vários grupos pequenos, visando aumentar a participação individual e a expressão de mais pontos de vista, gerando a possibilidade de maior compartilhamento e o surgimento de mais ideias. Apresentou-se, por fim, os diversos formatos em que podem ser organizadas as discussões em pequenos grupos (grupos simples com tarefa única; grupos simples com tarefa diversa; grupos com interação horizontal-vertical) (BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

As oficinas, por sua vez, foram caracterizadas como uma estratégia do fazer pedagógico em que os espaços de construção e reconstrução do conhecimento são as principais ênfases (ANASTASIOU; ALVES, 2004). Reforçou-se o aspecto prático relacionado a essa estratégia e, em seguida, discutiu-se o processo de elaboração de uma oficina, no qual deve estar bem definida a motivação para a realização da oficina, os participantes, a carga-horária disponível, os objetivos que se pretende alcançar ao longo da oficina e o material necessário.

Por fim, procedeu-se a discussão sobre seminários, os quais, segundo Anastasiou e Alves (2004), consistem em um grupo de pessoas que se reúnem com o objetivo de estudar um tema sob a direção de um professor. Destaca-se, nessa definição, o fato de os alunos serem agentes ativos da própria aprendizagem durante esse processo. Apresentou-se, então, o modo

como se organizam os seminários, em cujas etapas o professor apresenta o tema e justifica sua importância, demonstrando a existência de problemas que constituem um desafio; ajuda os participantes, em grupo ou individualmente, a selecionar subtemas específicos para os trabalhos de pesquisa; confecciona um calendário para as apresentações dos trabalhos; dirige a sessão de críticas ao final de cada apresentação e faz comentários sobre a exposição.

Após a exposição dialogada, deu-se início a discussão sobre o tema. Entre os aspectos que os preceptores consideraram positivos, mencionaram o fato de terem sido abordados na exposição os elementos que devem ser considerados para a escolha de uma estratégia pedagógica no processo de ensino e aprendizagem. Foram também considerados importantes pelo grupo os exemplos que vieram associados a cada estratégia apresentada.

No que diz respeito à técnica de discussão em pequenos grupos, ressaltaram, ainda, o papel de facilitador, que deve ser dado ao preceptor durante a atividade, bem como as diferentes estratégias que este pode utilizar para iniciar a discussão. Quanto à técnica do seminário, por sua vez, o grupo manifestou satisfação ao evidenciar que vinha aplicando a técnica de maneira adequada.

Como encaminhamento, pactuou-se que o grupo aplicaria de forma prática os conhecimentos compartilhados no encontro. Assim, finalizou-se o primeiro encontro de formação com os preceptores.

5.3.2. Segundo momento da ação – abordagem centrada no residente

Essa formação foi conduzida pela pesquisadora e teve como referenciais teóricos Stewart (2017), pesquisadora da Universidade de Ontário, no Canadá, que desenvolveu o método clínico centrado na pessoa e o método clínico centrado no residente; e o manual da oficina para capacitar preceptores em Medicina de Família e Comunidade elaborado por Lopes (2009).

Para introduzir o tema, procedeu-se uma breve apresentação sobre as estratégias para conhecer o residente e incluí-lo na equipe. Como forma de favorecer a apresentação dos residentes, sugeriu-se a aplicação da técnica páginas da vida, em que cada residente, além de dizer seu nome, adiciona alguns fatos que o caracterizam, como apelido, o porquê da escolha do nome, idade, naturalidade, aspectos que contribuíram para a escolha pela especialidade, hobbies, entre outros. Na dinâmica de introduzir o residente na equipe, além de conhecê-lo, destacou-se a importância de estabelecer um contrato didático de ensino, em que preceptor e

residentes definem em conjunto os aspectos norteadores do programa e pactuam como vai ser desenvolvida a residência nos próximos dois anos (LOPES, 2009).

Tendo em vista a proximidade com que se relacionarão preceptor e residente ao longo dos dois anos da especialização, estabelecer esse contato inicial faz-se essencial, pois permite ao preceptor identificar características do residente, bem como preferências pessoais e interesses, de modo a facilitar a abordagem durante o processo de ensino e aprendizagem.

O contrato didático de ensinância, por sua vez, trata-se de um conjunto de regras que regem as responsabilidades daqueles envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem. Constitui-se momento importante a ser realizado no início da residência, pois revela ao residente nuances do seguimento que se dará durante o programa. Assim, nesse momento, o preceptor discute com o residente como se dará sua inserção no serviço, as atividades que deverá realizar e que estratégias de ensino e aprendizagem são mais frequentemente utilizadas no dia a dia da residência. Espera-se, também, que o residente compartilhe, nesse momento, com o preceptor alguma preferência de aprendizagem e outros aspectos que julgue relevantes (LOPES, 2009).

Apesar de figurar frequentemente em manuais de preceptoria nacionais (UFSC, 2014; SBMFC, 2020), o contrato de ensinância é pouco abordado em artigos que discutem o tema da preceptoria em residência médica. Para os participantes dessa pesquisa, tratava-se de um elemento novo na abordagem inicial ao residente, o qual consideraram como útil para estabelecer a pactuação inicial com os residentes, com potencial para tornar mais claro, tanto para o residente quanto para o preceptor, como se daria o processo de ensino e aprendizagem.

Ao longo dos dois anos de residência, são várias as situações vivenciadas por preceptor e residente, as quais ensejam uma abordagem adequada. Assim, objetivando dar início à discussão sobre aspectos relacionados à abordagem centrada no residente, optou-se por discutir um conjunto de situações-problema.

Foram discutidas sete situações-problema, nas quais o preceptor precisava auxiliar o residente em diversas situações, entre as quais: definir objetivos de aprendizagem; compreender aspectos relativos a características próprias do residente ou ao contexto em que o residente está inserido, os quais pudessem interferir no processo de ensino e aprendizagem e na interação residente-pessoa que busca atendimento; e compreender aspectos relativos à sobrecarga do residente. Após a apresentação de cada caso, questionava-se qual seria o manejo adequado a ser adotado pelo preceptor. A partir da contribuição dos participantes acerca da forma como realizariam o manejo de cada situação, era apresentado o desfecho do caso e, em seguida, procedia-se uma pequena explanação acerca do passo a passo do método clínico centrado no

residente. As situações-problema foram adaptadas do Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade (LOPES, 2009), e encontram-se explicitadas no quadro a seguir:

Quadro 10 – Situações-problema discutidas no encontro relativo ao Método Clínico Centrado no Residente, adaptação Lopes, 2009.

Etapa do Método Clínico Centrado no Residente	Situação-problema
Explorando as necessidades de aprendizado e aspirações	Josué, R1 MFC, vem discutir o seguinte caso com seu preceptor: Foi chamado para uma visita domiciliar ao Sr. Carlos, que estava atendendo no ambulatório. A esposa do Sr. Carlos ao realizar o contato adiantou que o motivo era o Sr. Carlos ter estado internado devido a infarto agudo do miocárdio, que teve uma semana após ter consultado pela última vez com Josué. Josué está preocupado e quer orientação do preceptor, pois deseja colocar seu foco de aprendizado no manejo farmacológico dos fatores de risco cardíacos, pois está determinado a prestar um ótimo Cuidado para o problema cardíaco do Sr. Carlos e considera ter falhado em reconhecê-los na última consulta.
Entendendo o residente como um todo	<p>Ronaldo, residente de primeiro ano, queria ser jogador de vôlei e tinha um futuro promissor. Uma lesão no joelho em acidente de carro encerrou sua carreira prematuramente e fez com que se interessasse pela medicina. Queria fazer cirurgia, mas descobriu ser alérgico ao látex, e direcionou-se para a MFC. Ronaldo era sempre firme, decidido e gostava de estar com a razão. Defendia seus diagnósticos e decisões terapêuticas de forma combativa, com dificuldades para manter-se aberto a sugestões dos colegas e preceptores e nestas ocasiões aumentava sua defesa, repercutindo no Cuidado das pessoas que atendia.</p> <p>Esta é a terceira queixa de pessoas atendidas pelo novo residente André. Todas têm o mesmo tema: as pessoas queixavam-se de que André parecia distante e pouco cuidadoso. Isto causa surpresa ao preceptor, pois André tinha sido um dos melhores alunos do curso na graduação, e nas discussões de caso demonstrava estar sempre atualizado nas últimas recomendações de tratamento baseadas em evidência. Além disso,</p>

	parecia genuinamente preocupado com as pessoas. Ao conversar com o André Been, ele ficou confuso a respeito disto e expressou surpresa – ele gostava de medicina de família e várias pessoas antes tinham expressado apreciação pelo seu interesse e disponibilidade, não tendo uma explicação por alguns estarem felizes com o seu cuidado e outros estarem se queixando.
Elaborando um projeto comum	Roger Silva, um residente do primeiro ano de medicina de família, vem sendo presença infrequente nos seminários de saúde mental. Ele argumenta que “- a maior parte desta coisa é apenas bom senso e preciso de mais tempo para aprender insuficiência cardíaca e DPOC”. E não comparece, apesar das advertências.
Utilizando o conhecimento prévio	Nelson Martin, um residente de segundo ano de medicina de família, veio ao seu supervisor com questões acerca da pessoa que atendeu: uma mulher atraente de 27 anos, com sintomas vagos. Após fazer algumas perguntas, o preceptor rapidamente compreendeu que Nelson não explorara possíveis fontes psicológicas para seus problemas
Fortalecendo a relação preceptor-residente	Fiona, residente de primeiro ano, realizou seus meses iniciais sem problemas, mas a partir de determinado momento passou a ter dificuldades e aparentava instabilidade emocional, e demonstrava ansiedade e apreensão. Ao ser questionada pelo preceptor, relata estar com dificuldades com um caso de uma adolescente com quadro de bulimia
Sendo realista	Júlia, R1, estava frequentemente atrasada ao final de seu ambulatório. Pessoas e equipe foram queixar-se, e o preceptor agendou encontro para discutir com ela. Júlia atribuiu o problema ao “overbooking

Fonte: adaptado de Lopes (2009).

De acordo com Botti (2009), entre os papéis do preceptor está o de auxiliar o residente no desenvolvimento de atributos relacionais, posturas e atitudes que definem o profissionalismo médico. Coloca, assim, que a residência deve ser um momento de formação, que engloba o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, no qual preceptor e residente façam de sua ação diária como médico, educador e aprendiz um processo educacional.

Tem-se, assim, que o método clínico centrado no residente se trata de uma base conceitual para o ensino paralela ao método clínico centrado na pessoa, que foi desenvolvido a

partir da mudança nos papéis de aprendizes e professores na educação médica que se observou ao longo dos anos. Segundo Stewart (2017), essa experiência que os residentes têm no relacionamento com seus preceptores os ajuda a entender seus relacionamentos com as pessoas, contribuindo para o desenvolvimento do componente relacional do residente enquanto profissional.

Segundo Ribeiro e Amaral (2008), é extremamente eficaz ensinar através do exemplo, de modo que se torne claro que há mais no campo da saúde do que apenas diagnóstico e tratamento. Ajudar os estudantes a aprender como dar atenção ao que a pessoa quer conversar e reconhecer que escutar pode ser mais terapêutico do que qualquer intervenção biomédica também é essencial no ensino do método clínico centrado na pessoa. Estimular os alunos a refletir e compartilhar suas experiências e descobrir como aprender a partir destas, também, é essencial, visto que fornecem auxílio emocional e funcionam como meios para a aprendizagem ao longo de toda a vida.

Assim, o método clínico centrado no educando é composto por quatro componentes interativos: avaliando necessidades: explorando as lacunas e metas; entendendo o educando como uma pessoa inteira; elaborando um plano conjunto de manejo para a aprendizagem; intensificando a relação entre educando e professor (STEWART et al, 2017).

O primeiro componente do método clínico centrado no educando é a avaliação das necessidades, ou seja, uma análise do que os educandos precisam ou querem saber em comparação com o que já sabem. Nessa abordagem, professores e alunos colaboram na definição dos objetivos de aprendizagem. É importante lembrar que, para que se possa formular objetivos factíveis, é necessário que se estabeleça um plano comum entre os requisitos básicos de competência exigidos e os interesses do aluno (RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART et al, 2017).

O segundo componente do método evidencia a necessidade de compreender o aluno como um todo, para que se possa determinar as reais necessidades de aprendizagem. Desse modo, professores precisam ter conhecimento das origens e da formação dos educandos, suas histórias de vida, seu desenvolvimento pessoal e cognitivo e seu ambiente de aprendizagem (STEWART et al, 2017).

O terceiro componente do método clínico centrado no educando tem como propósito central a elaboração de um plano conjunto. Para tanto, é preciso que se chegue a um entendimento comum sobre as prioridades da aprendizagem, superando conflitos entre o que o aluno quer aprender e o que o professor quer ensinar, que se elabore um planejamento conjunto

de como essas metas serão atingidas e que se esclareçam os papéis e as responsabilidades do professor e do educando (STEWART et al., 2017).

O último componente foca na natureza relacional do bom ensino. Trata-se de melhorar a relação entre professor e educando. Segundo Stewart et al (2017), as relações entre professor e educandos têm um impacto enorme na qualidade do ensino e da aprendizagem, o que denota a importância de se desenvolver uma boa relação preceptor-residente ao longo dos dois anos de curso. Outro ponto importante já mencionado é a forma como os professores se relacionam com seus educandos, que influenciará a forma como cada educando interagirá com as pessoas, e isso é primordial para seu desenvolvimento como agente de cura efetivo. Desse modo, a autorreflexão ganha espaço, pois contribui para a compreensão das relações com as pessoas e para o desenvolvimento do método clínico centrado na pessoa.

Na discussão das situações-problema e da apresentação dos componentes do método, foi possível perceber que os preceptores tinham algum domínio sobre o manejo adequado de situações que envolvem o residente, sendo capazes de desenvolver o processo de ensino e aprendizagem a contento. Segundo os preceptores, esse manejo foi apreendido no Curso de Formação de Preceptores em Residência Médica, desenvolvido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), em São Paulo. Esse curso, realizado em formato de Ensino a Distância (EAD), consiste em uma das iniciativas nacionais para fortalecer a organização da preceptoria em residência médica. Apesar de ser um passo inicial na busca pela formação em preceptoria, esse curso não substitui a importância de um curso de preceptoria local, em que haja proximidade entre coordenação e preceptor, de modo que este possa sanar as necessidades do docente. Outro aspecto possível de evidenciar foi a influência de vivências anteriores na realização da preceptoria junto aos residentes, a qual fica evidenciada quando um dos participantes coloca “...na verdade, eu copieei da tua preceptoria para fazer a minha. Eu faço a mesma coisa” (PRC 01).

Essas práticas sem a devida formação são passíveis de erros, de modo que é necessário que o preceptor se aproprie de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais exigem dedicação para o aprendizado, o que não pode ocorrer apenas pelas experiências de formações anteriores do preceptor.

Após discussão das situações-problema, procedeu-se a elaboração de uma espécie de resumo junto ao grupo, contendo os elementos-chave acerca do método clínico centrado no residente. A abordagem dada ao encontro foi considerada pelos preceptores como bem estruturada, e a discussão por meio de situações-problema permitiu extrair do exercício

profissional diário dos preceptores a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução.

Destacou-se também a importância da atuação do preceptor em integrar os conceitos e valores técnicos e práticos, ajudando o residente a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. E, ainda, que, pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os residentes, o preceptor tem, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes, o que reforça seu protagonismo na formação do especialista em medicina de família e comunidade.

Com relação ao formato em que a discussão foi realizada, que foi a webconferência, o grupo evidenciou a comodidade da realização do encontro a distância, a qual poderá contribuir positivamente para o desenvolvimento de uma formação remota integrada entre os preceptores do PRMFC de Fortaleza e os preceptores do PRMFC de Caucaia.

A avaliação do encontro finalizou o segundo momento de formação.

5.3.3. Terceiro momento da ação – currículo baseado em competências

O terceiro momento da fase de ação consistiu na discussão sobre o currículo por competências para a residência em medicina de família e comunidade e surgiu a partir da necessidade evidenciada pelo grupo em inteirar-se de um documento do programa local que contivesse as competências a serem desenvolvidas pelos residentes ao longo do programa de residência, bem como dos objetivos de aprendizagem para alcançar essas competências, sugestões de estratégias pedagógicas a serem utilizadas e ferramentas de avaliação do residente. Segundo os preceptores, a existência desse documento facilitaria o desenvolvimento de uma preceptoria mais adequada, com escolha de estratégias pedagógicas condizentes, voltadas tanto para as necessidades do residente quanto para as necessidades do programa.

O PRMFC de Caucaia parte do PRMFC UFC-ESP-CE-SMS e possui com conjunto de macro competências a serem desenvolvidas pelo residente ao longo do período de 2 anos, elaborado em 2014. Este foi um dos primeiros programas nacionais a construir um currículo por competências, porém, devido à indisponibilidade dos preceptores em dar continuidade à elaboração do manual, cujas etapas seguintes consistiam em definir as competências a serem desenvolvidas, bem como objetivos de aprendizagem, estratégias de avaliação e abordagem metodológica, o trabalho foi suspenso. Desde então, foi suplantado por outros programas, como

o do Rio de Janeiro e de São Paulo (ISECKSHON et al, 2017; MACHADO et al, 2018). que já adotam o currículo por competências em sua prática.

Segundo Dallan (2000), ao planejar uma proposta curricular por competências, é necessário: ter claro o conceito de competências; refletir como os alunos poderão desenvolver essas competências; definir qual o perfil de profissional que se pretende formar; definir qual o tipo de organização curricular que se pretende adotar e ter claro que a interligação do conhecimento é uma das estratégias que favorece o desenvolvimento de competências.

Competência pode ser compreendida como a capacidade para realizar tarefas ou atuar frente a situações diversas de forma eficaz, em determinado contexto, por meio da mobilização de componentes atitudinais, procedimentais e conceituais de maneira inter-relacionada (ZABALA; ARNOU, 2014). Destaca-se, nessa definição, o verbo mobilizar, através do qual é possível inferir que o professor não vai fazer pelo aluno, mas, sim, motivar, instigar e chamar à ação aquele que aprende.

De acordo com Bomfim (2015), o currículo por competências configura um plano pedagógico e institucional para orientar de forma sistemática o aprendizado dos alunos. Deve ter como função primordial demonstrar as intenções e o plano de ação do projeto educacional, com informações sobre os conteúdos e objetivos (o que ensinar?), sobre a ordenação e sequência dos conteúdos e objetivos (quando ensinar?) e a maneira de estruturar as atividades para alcançar os objetivos propostos em relação aos conteúdos selecionados (como ensinar?), além de como avaliar.

Essa definição se relaciona diretamente com a necessidade apresentada pelos preceptores nas fases de diagnóstico e planejamento, traduzida na ausência de um plano que oriente a formação dos residentes, que contivesse informações relevantes sobre o que ensinar, quando ensinar, como ensinar e como avaliar, além da necessidade de conhecer como é adotado o currículo por competências em outros programas de residência no mundo.

Desse modo, durante a exposição dialogada que foi realizada nesse encontro, foram apresentadas experiências de países como Canadá, Reino Unido e Espanha na elaboração do currículo por competências para a residência em Medicina de Família e Comunidade. Posteriormente, procedeu-se a apresentação das experiências de elaboração do currículo no Brasil, a partir de trabalhos que traziam as experiências de elaboração do currículo no Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro (BOMFIM, 2015; ISECKSHON et al, 2017; MACHADO et al, 2018).

A partir das experiências apresentadas, foi possível evidenciar que poucos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade locais têm currículos bem definidos, com

destaque aos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Coincidentemente, esses programas de residência em Medicina de Família e Comunidade são os pioneiros no país, com início na década de 40 (BOTTEI, 2009; ROCHA, 2017). Tal evidência nos permite inferir que, possivelmente, por se tratarem de programas de residência mais antigos, encontram-se mais bem estruturados, dispondo de tempo para refletir sobre a importância de um currículo por competências local como elemento essencial para o desenvolvimento da preceptoria.

Ao mesmo tempo em que se observa o pioneirismo de programas de residência das regiões Sul e Sudeste, constata-se que estados das regiões Norte e Nordeste, por sua vez, ainda evidenciam essa necessidade de construção de um currículo do programa a ser construído com a participação dos preceptores. Essa necessidade também aparece nesses estudos, associada à carência explicitada pelo preceptor em conhecer os objetivos de aprendizagem e os processos de ensino-aprendizagem-avaliação do programa (BENTES et al, 2013; SOUZA et al, 2013).

Evidenciou-se nesse encontro a necessidade de dar continuidade ao trabalho, iniciado em 2014, de construção das macro competências do PRMFC Fortaleza e proceder a elaboração de uma matriz de competências local, na qual se proceda determinação dos componentes, definição dos níveis de desempenho e avaliação das competências. Esse esforço coletivo, se efetivado, tem o potencial de favorecer a organização do programa de residência local, facilitando o desenvolvimento da preceptoria para todos os envolvidos.

5.3.4. Quarto momento da ação – estratégias de avaliação dos residentes

O quarto momento da ação consistiu em uma discussão de um caso prático mostrado em vídeo sobre o tema avaliação dos residentes. Como forma de iniciar o debate, foram destacados alguns aspectos que normalmente geram dúvidas nos preceptores ao discutir avaliação em residência médica, entre os quais, o conteúdo a ser avaliado, a forma como este deve ser avaliado e com que frequência será avaliado.

A existência de uma matriz de competências local que contenha objetivos de aprendizagem e estratégias pedagógicas e de avaliação contribui para minimizar essas dúvidas, tendo em vista orientar o aprendizado, bem como permitir avaliação da validade do método de ensino-aprendizagem e dos instrumentos de avaliação (BEN et al, 2017).

Entre as dúvidas apresentadas pelo grupo, as quais contribuíram para que esse tema fosse incluído na formação, figuraram questionamentos sobre o modo de realização do *feedback*, importante técnica de avaliação formativa realizada pelos preceptores do programa,

bem como sobre o tempo a ser dedicado para realização desta e a frequência de realização. Evidencia-se, mais uma vez, a fragilidade do grupo no fazer pedagógico, a qual se objetivou dirimir durante a formação em preceptoria apresentada nesse trabalho.

Para esse encontro, o grupo optou por assistir a um vídeo de uma avaliação e, em seguida, discutir. O vídeo apresentado foi desenvolvido por alunos do curso de enfermagem da FAMETRO e encontra-se disponível no canal do *Youtube*, no link a seguir: <https://youtu.be/TCeAA-88Zkg>. No vídeo, uma residente realiza uma consulta de puericultura e, a seguir, a preceptora avalia a consulta junto à residente através da utilização da técnica do *feedback*, em que destaca pontos positivos, aspectos gerais que a residente deve observar ao realizar consultas semelhantes e pontos a melhorar. Após assistir o vídeo, cada preceptor foi convidado a explicitar suas impressões a respeito da técnica de feedback no contexto do vídeo.

O *feedback* refere-se à informação dada ao aluno, que descreve e discute seu desempenho em determinada situação ou atividade. Essa estratégia de avaliação ressalta as dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, incentivando a mudança. Também aponta os comportamentos adequados, motivando o indivíduo a repetir o acerto. Essa estratégia melhora os resultados da aprendizagem, uma vez que oferece a base para uma reflexão crítica, auxilia os alunos a corrigirem seus erros, reforça comportamentos desejáveis e mostra como o aluno pode melhorar (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

Como anteriormente apresentado, a preceptoria em um minuto trata-se de uma técnica de *feedback* bastante utilizada no ensino médico que possibilita ao preceptor transmitir aos seus alunos, em curto espaço de tempo e de maneira eficaz, informações a respeito de um assunto (CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009).

Com relação à utilização dessa estratégia, os principais pontos destacados pelo grupo foram o realce dado durante a sua aplicação, tanto aos aspectos positivos quanto aos negativos da consulta, o que facilita o aceite por parte do residente da avaliação realizada pelo preceptor e a importância de um *feedback* sucinto e bem direcionado, evitando divagações desnecessárias e facilitando a apreensão por parte dos residente dos pontos mais importantes a serem melhorados.

Esse destaque aos pontos positivos que se apresenta como parte do *feedback* é uma forma de reconhecer atitudes corretas adotadas pelo profissional avaliado durante a consulta, de modo a manter o residente motivado a continuar aprendendo e a melhorar cada vez mais sua abordagem.

No presente trabalho, ao destacarem aspectos em que achavam necessário melhorar, os preceptores evidenciaram desejo de enfatizar mais os aspectos positivos da consulta realizada pelos residentes e de serem menos diretivos na determinação das condutas a serem tomadas.

Assim, para que o residente possa aprender a partir do *feedback*, é importante que este seja fornecido de forma assertiva, construtiva e positiva, colaborando para que o aluno reflita criticamente e elabore um plano de melhoria da sua consulta (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

Para tanto, faz-se essencial que o preceptor domine a técnica do *feedback*, a qual exige habilidade, compreensão do processo, criação de um ambiente propício e de uma relação de confiança, de modo a evitar uma sensação de desapontamento ou frustração no residente.

No que diz respeito às dificuldades para a utilização do *feedback*, estudos destacam que as múltiplas tarefas devidas ao preceptor na prática clínica limitam o tempo dedicado à avaliação do residente. Outros aspectos destacados foram a falta de treinamento, o desejo de não ofender e a vontade de manter a autoestima dos alunos (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007; BORGES et al, 2014).

No presente estudo, esses aspectos também se configuraram como preocupantes para o grupo de preceptores, justificando o desejo pela inclusão desse tema na formação que vivenciaram.

Além da técnica *feedback*, outros pontos discutidos durante o encontro foram a importância de medir de forma periódica o desempenho do estudante para um ensino eficiente e a necessidade de utilizar outros instrumentos de avaliação de acordo com o objetivo que se pretende alcançar.

Com relação à utilização periódica da avaliação como forma de medir o desempenho do estudante, Luckesi (2011) coloca que, no processo de aprender a avaliar, é importante que se aprenda também a realizá-la de forma regular, de modo que se transforme em prática cotidiana. Essa regularidade tem o objetivo de acompanhar o processo de aprendizagem, diagnosticando-o, com o objetivo de auxiliar o aluno no processo de desenvolvimento da competência almejada.

A avaliação pode ser compreendida de duas formas, entre as quais destacam-se a avaliação formativa e a somativa. Ainda segundo Luckesi (2011), a avaliação formativa pressupõe que o ato de avaliar deve estar presente durante todo o processo ensino-aprendizagem e pode ser medido a partir da quantidade e da qualidade da aprendizagem que está ocorrendo. Esta deve ser feita de maneira periódica e, caso identificada alguma dificuldade no alcance daquela competência, o aluno é orientado a estudar mais, praticar mais, entre outros, a fim de

melhorar seu desempenho. A partir do momento em que atinge, naquele grupo de objetivos, um domínio satisfatório, é encorajado a prosseguir.

A avaliação somativa, por sua vez, trata-se de uma avaliação realizada de maneira pontual, geralmente ao final de um módulo ou curso. Tem por objetivo avaliar se o aluno assimilou os conteúdos fornecidos durante determinado período. Também apresenta caráter classificatório e certificativo, ou seja, o aluno deverá atingir determinada pontuação para ser aprovado (BORGES et al, 2014). Segundo Bordenave e Pereira (2015), esta pode ser compreendida, ainda, como uma verificação de todas as avaliações formativas de certo tema, para avaliar se todos os comportamentos que se esperava foram atingidos.

Borges et al (2014) afirmam que um dos componentes principais da avaliação formativa é o *feedback*, sendo esta técnica responsável por regular o processo de ensino e aprendizagem, ao fornecer, continuamente, informações para que o estudante perceba o quão distante ou próximo está dos objetivos almejados.

Tal constatação evidencia a importância da escolha do *feedback* como tema do quarto encontro da formação em preceptoria, tendo em vista tratar-se de uma técnica de avaliação efetiva em melhorar o aprendizado do aluno, resultando em favorecimento do desenvolvimento das competências necessárias para tornar-se um especialista na área que pretende.

O segundo aspecto destacado ao final do encontro foi relacionado à necessidade de utilizar outros instrumentos de avaliação de acordo com o objetivo que se pretende alcançar. Essa necessidade ensejou a apresentação de outras estratégias de avaliação utilizadas no programa de residência em Medicina de Família do município, entre as quais: o mini-ciex, o long-case, o instrumento de avaliação formativa, os fóruns e o portfólio.

Segundo Bordenave e Pereira (2015), a necessidade de unir o tipo de avaliação ao objetivo que se pretende atingir surge a partir da indispensabilidade de se evidenciar se os objetivos fixados foram alcançados e em que grau foram alcançados. Dessa forma, faz-se importante que o preceptor tenha uma visão clara e precisa dos objetivos que pretende alcançar, não só para que oriente a aprendizagem com segurança, mas também para que se possa utilizar instrumentos de medida que realmente meçam aquilo que estabeleceu como meta e que almejou durante a direção da aprendizagem dos alunos.

Ao final do encontro, os preceptores avaliaram o momento, tendo o grupo destacado, mais uma vez, a importância da troca de experiências proporcionada pela formação em preceptoria. Outro ponto evidenciado foi a utilização da ferramenta do vídeo no processo de ensino e aprendizagem, que permitiu ao grupo, a partir da elucidação de uma situação prática, absorver exemplos de como podem realizar a atividade em suas respectivas unidades de saúde.

Desse modo, além de aprender sobre o tema da avaliação, a utilização dos vídeos se constitui também como possibilidade de estratégia pedagógica a ser adotada pelos preceptores junto aos residentes ao desenvolver seu processo de ensino e aprendizagem.

O quarto encontro de formação em preceptoria concluiu a fase de ação dessa pesquisa, seguindo então para a última fase da pesquisa-ação, que foi a de avaliação.

5.4. AVALIAÇÃO

A quarta etapa desta pesquisa foi a fase de avaliação. Neste encontro, objetivou-se obter do grupo um olhar sobre o vivido nas fases anteriores, as aprendizagens e possíveis mudanças na prática desses preceptores advindas da pesquisa-ação. Ao iniciar o momento, foi feito um resgate das etapas já vivenciadas, de modo que os preceptores pudessem rememorar os encontros. O quadro a seguir resume cada fase da pesquisa-ação desenvolvida segundo os referenciais teóricos adotados, bem como a carga horária média dos encontros.

Quadro 11 – Fases da pesquisa-ação com referencial teórico e carga-horária, Caucaia-Ceará, 2020.

Fase da pesquisa-ação	Referencial teórico	Carga-horária
Diagnóstico 1ª oficina	Thiollent (2011)	2h
Diagnóstico 2ª oficina	Thiollent (2011) Braid; Gomes; Machado (2015)	2h
Planejamento 3ª oficina	Thiollent (2011)	2h
Ação 1º encontro formativo	Anastasiou e Alves (2004) Bordenave e Pereira (2015)	2h
Ação 2º encontro formativo	Lopes (2009) Stewart (2017)	2h
Ação 3º encontro formativo	Bomfim (2015)	2h
Ação 4º encontro formativo	Zeferino; Domingues e Amaral (2007); Chemello; Manfroi e Machado (2009); Luckesi (2011)	2h

Avaliação	Krafta (2007)	2h
4ª oficina	Thiollent (2011)	

Fonte: dados de pesquisa.

Após esse passo introdutório, deu-se início ao momento seguinte da fase de avaliação da pesquisa-ação, que objetivou escutar dos participantes suas impressões acerca do período vivenciado. Este momento foi guiado por um roteiro com perguntas norteadoras que buscaram favorecer a interação e participação do grupo.

Segundo Krafta et al (2007), a avaliação da pesquisa-ação constitui-se de etapa fundamental no processo e apresenta como objetivos principais verificar os resultados das ações no contexto organizacional da pesquisa e suas consequências a curto e médio prazo.

Abdalla (2005), ao refletir sobre a pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente, aponta que o grande desafio deste tipo de pesquisa é mostrar ao grupo participante os meios de se tornarem capazes de responder com maior competência aos problemas vivenciados, para que, de forma coerente, possam experimentar soluções no caminho para uma atuação transformadora.

No presente trabalho, os preceptores afirmaram que a troca de experiências vivenciada ao longo dos encontros contribuiu para ampliar a percepção sobre os problemas enfrentados e identificar diferentes formas de lidar com essas dificuldades, segundo evidenciado pela fala a seguir:

Esses momentos de troca foram importantes, porque tanto eu visualizei o que o outro estava fazendo e busquei uma forma de complementar a minha prática como também eu entendi que, naqueles momentos, a gente teria opções de continuar aprofundando os temas discutidos...eu senti como se fosse uma coisa que é possível de acontecer, que a gente terá a chance de aprimorar cada vez mais o que a gente já estava fazendo (PRC 05).

O acolhimento dos participantes proporcionado na pesquisa, bem como o fato de estarem reunidos em grupo de seis preceptores, foi também relacionado como fator que influenciou positivamente, tendo em vista que experiências anteriores em reuniões com grandes grupos de preceptores diminuiu a adesão à troca de experiências, por considerarem que seu problema poderia não ser relevante para o grupo naquele momento.

E eu acho que, assim, a gente tem vontade de ter essa troca, mas você se encontra às vezes em um grupo grande, e esse grupo grande tem outros assuntos a discutir e, às vezes, aquele detalhe que está incomodando no seu dia a dia você não coloca, porque você acha que é uma coisa só sua, que não diz respeito naquele momento. E, nesse grupo menor, eu senti que a gente tem mais chance de compartilhar, ter uma troca e acolher o outro... (PRC 05).

O benefício das reuniões de preceptoria em pequenos grupos também é evidenciado por Izecksohn et al (2017), ao trazer a experiência do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro, em que, como parte do planejamento da expansão do programa, optaram por modificar as reuniões de preceptoria da forma como vinham sendo feitas e dividir o grupo de 50 preceptores em quatro subgrupos, que se reuniam uma vez por mês para trabalhar temas relevantes à capacitação para a docência.

Outro aspecto destacado pelo grupo como importante durante o processo foi o apoio da gestão, o qual favoreceu a participação do grupo nos encontros de formação. A falta de apoio da gestão na atividade de preceptoria em residência médica é destacada em vários trabalhos como elemento dificultador da prática, visto que essa falta de incentivo acaba por desmotivar o preceptor a melhorar sua atuação (CARVALHO et al, 2013; SOARES et al, 2013). Uma proposta de solução destacada é a regulamentação da atividade de preceptoria vinculada aos programas de residência médica, que permitiria vincular uma parte da carga horária destinada às atividades do profissional como carga horária efetiva entre os preceptores que atuassem junto as instituições.

Por fim, os preceptores relacionam como importante a continuidade a ser dada ao processo de formação em preceptoria, tendo em vista sua capacidade de motivar, enriquecer e atualizar o grupo com relação às melhores práticas. Esse incentivo à manutenção da formação permanente em preceptoria, além de auxiliar na motivação do grupo, segundo Soares et al (2013), contribuiria para solucionar diversos problemas ligados ao processo de ensino e aprendizagem em preceptoria, entre os quais, o pouco conhecimento pedagógico dos preceptores, a baixa habilidade técnica em preceptoria e a falta de padronização de condutas entre os preceptores.

Evidencia-se, assim, que a pesquisa-ação permite aos participantes apreender a realidade, refletir sobre esta e desenvolver estratégias que contribuam para a mudança, constituindo-se como estratégia transformadora.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, através da pesquisa-ação, buscou conduzir um grupo de preceptores com atuação no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Caucaia na estruturação de uma formação em preceptoria que culminasse com o desenvolvimento de atributos relacionados à prática pedagógica.

Ao longo dessa pesquisa, ao proporcionar uma reflexão sobre cotidiano de trabalho, foi possível evidenciar a ausência de um processo de formação permanente, o qual foi estruturado a partir da identificação das necessidades em formação em preceptoria, com o objetivo de instrumentalizar o grupo para o exercício da função de preceptor de forma organizada e estruturada.

Por meio de oito encontros organizados nas fases da pesquisa-ação (diagnóstico, planejamento, ação e avaliação) foi desenvolvido um processo que identificou as dificuldades do grupo e estruturou a realização de uma formação que as minimizasse. Assim, foram planejados encontros de formação, nos quais se utilizou diferentes estratégias pedagógicas, que visaram estimular a participação do grupo e contribuir para seu empoderamento com relação às técnicas existentes para o desenvolvimento da prática docente.

Evidencia-se, a partir da ação desenvolvida, um potencial de transformação das práticas em preceptoria possibilitada pela formação. Esse processo que ensejou reflexões sobre a prática permitiu, ainda, a troca de experiências, bem como compartilhamento de dúvidas, anseios e boas práticas, os quais contribuíram para valorizar o trabalho desenvolvido pelo grupo no exercício da preceptoria e estimular a adoção de diferentes práticas. Foram compartilhadas, ainda, diversas mudanças já implementadas pelos preceptores, no que diz respeito à organização dos processos de trabalho para a prática de preceptoria e utilização de diferentes estratégias.

Ressalta-se, aqui, a implicação da pesquisadora no processo que é atributo da pesquisa-ação e que favoreceu uma melhor compreensão de aspectos relativos à prática de preceptoria apresentados pelos participantes, tendo em vista se constituírem também elementos da prática da pesquisadora, preceptora do PRMFC Caucaia. A vivência dessa realidade semelhante favoreceu o vínculo entre pesquisadora e participantes e um maior engajamento desses atores, cuja realidade se buscou modificar ao longo da pesquisa.

Outro destaque durante o percurso do estudo, foi a pandemia do coronavírus, a qual incitou uma mudança na estruturação das atividades de formação planejadas pelo grupo, de modo a permitir que pudessem ser realizadas a distância. Esse processo, por mais que se

constituísse de desafio, tornou possível o vislumbre de um conjunto de possibilidades com relação à formação em preceptoria de forma remota.

A partir do exposto, recomenda-se a continuidade do processo de formação local em preceptoria orientado por problemas da prática diária, que funcionem como elementos norteadores do processo de ensino e aprendizagem em docência. Essa perspectiva de uma formação permanente, orientada e desenvolvida pelo próprio grupo de preceptores, que, empoderados sobre as possibilidades de atuação sobre sua realidade, passam a se ver não mais como elementos passivos no processo de formação, mas como agentes ativos na construção de uma formação local em preceptoria, configura-se como uma das principais contribuições desse trabalho para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de Caucaia.

Desse modo, é possível conceber a pesquisa-ação como instrumento útil na análise e no desenvolvimento da prática docente, tendo em vista tratar-se de um processo que permite apreender a realidade, refletir sobre esta e gerar transformações duradouras, decorrentes do envolvimento ativo dos participantes na realidade a ser transformada. No presente trabalho, essa implicação dos participantes, de forma consciente, favoreceu o desenvolvimento de uma ação transformadora ao grupo, tornando-o capaz de responder com maior competência aos problemas vivenciados na prática da preceptoria.

Esta possibilidade acerca da pesquisa-ação para a formação de preceptores está apresentada neste estudo na forma de manuscrito (Apêndice D), o qual foi submetido à chamada para publicação de texto científico em livro temático do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE – volume 2, na modalidade e-book, aguardando parecer para publicação.

Entre as perspectivas identificadas ao longo do processo consta também a elaboração de um manual de preceptoria com orientações para o desenvolvimento de atividades de educação permanente junto a preceptores, como instrumento potencializador para uma prática pedagógica efetiva.

Evidencia-se, ainda, como cenário para estudos futuros, o desenvolvimento de uma pesquisa que verifique a transformação das práticas de preceptoria a partir da pesquisa-ação aplicada.

Espera-se, com esse trabalho, ensejar o desenvolvimento de outros projetos com o tema da formação em preceptoria que possam se utilizar da pesquisa-ação como instrumento de aprendizagem, tendo em vista seu potencial transformador da prática, dado o envolvimento e a implicação dos participantes ao longo do processo. Almeja-se, com isso, produzir um despertar

para processos de formação em preceptoria nos diversos programas de residência no Brasil, com especial destaque para as regiões Norte e Nordeste, os quais venham fortalecer a atenção básica.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, M. F. B. A pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, p. 383-400. set., 2005.
- ALENCAR, M. A. **Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise de suas potencialidades e propostas pedagógicas**. 2018. 140f. Tese (mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos para ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 10a ed, Joinville: Univille, 2012, 155 p.
- ARRUDA, F. T. et al. Elaboração de vídeos médicos educacionais para treinamento de habilidades de estudantes do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.3, p. 431-435, set. 2012.
- AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, jun. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: edições 70, 2011, 229 p.
- BEN, A. J. et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n. 12, v. 39, p. 1-16, jan.-dez, 2017.
- BENTES, A. et al. Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 32-38, outubro. 2013.
- BORDENAVE, J.D. PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015. 356 p.
- BORGES, M.C. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 324-331, mar. 2014.
- BOTTI, S. H. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. 2009. 104f. Tese (doutorado em Ciências na área da Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- BOTTI, S. H. O.; REGO S. T. A. Docente-clínico: O complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.65-85, jan.-mar. 2011.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 132140, mar. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Secretaria de Editoração e Publicações, 2014. 113 p.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 - **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências**. Diário Oficial, Brasília, 5 de set. 1977.

BRASIL. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. **Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica**. Diário Oficial, Brasília, 15 de set. 2011.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 - **Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências**. Diário Oficial, Brasília, 1981.

BRASIL. Lei N. 12871, de 22 de outubro de 2013 - **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Diário Oficial, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.618. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Diário Oficial da União, 1 out. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 21 set. de 2017.

BRAID, L.M.C.; GOMES, D.R.G.M.; MACHADO, M.F.A.S. Metodologias ativas na formação em saúde: o lugar, o tempo e a forma de aplicação. In: **Curso de metodologias ativas desenvolvidas para docentes do centro de ciências da saúde**. Fortaleza: UNIFOR, 2015.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. 2016.

CARVALHO, A. C. C., et al. Estratégias de valorização e capacitação pedagógica do preceptor da residência médica. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 14-22, outubro. 2013.

CARVALHO, J. A. C., et al. Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 78-90, abril. 2010.

CAVALCANTI, A. T. A. Curso de formação didático-pedagógica para preceptores: uma estratégia da educação permanente como instrumento de mudança para os programas de residência. In: **Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede**. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 664-669, out.-dez. 2009.

COSME, F. S. M. N.; VALENTE, G. S. C. The development of competencies for nursing preceptorship in the primary health care environment: a descriptive exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 12, p. 602-04, oct. 2013.

DALLAN, E. M. C. Competências e habilidades (ferramentas): como planejar por competências. **Nova escola: a revista do professor**. São Paulo, set. 2000.

FERNANDES C. R., et al. Currículo baseado em competências na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 36, v. 1, p. 129-136; jan.-mar. 2012.

FERREIRA, R. Y. S. Contribuições da Residência Médica para a qualificação da Atenção Primária no município de Caucaia: Programa de Educação Permanente pautado pela territorialização e diagnóstico situacional em Caucaia-Ceará. In: BARBOSA, M. I. S. MOREIRA, F. J. F. **Educação Permanente em Saúde como ferramenta de gestão para Atenção Primária do SUS: A experiência do município de Caucaia**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2019.

GARCIA, A. P. et al. Preceptorial na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n.13, v.40, p. 1-8. Jan-dez, 2018.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2017.

JESUS, J. C. M., RIBEIRO, V. M. B. Uma Avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 36, v. 2, p. 153 – 161, abr.-jun. 2012.

KRAFTA, L. **Gestão da informação como base da ação comercial de uma pequena empresa de TI**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PPGA/EA/UFRGS. 2007.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório publicações e trabalhos científicos**. 7ª edição. São Paulo: atlas, 2009. 225 p.

LOPES, J. M. C. et al. **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade**. 1ª edição. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. 184 p.

LOPES, C. M. C., BICUDO, A. M., ZANOLLI, M. L. Qualificação como médico Preceptor e a Satisfação de Seus Clientes quanto à assistência recebida na UBS de origem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n.1, p. 145-151, jan.- mar. 2017.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições**. 22ª edição. São Paulo: Cortez editora, 2011.

MACHADO L. B. M. et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-16, jan-dez., 2018.

MARANHÃO, R. R. **Análise do escopo de práticas dos médicos na estratégia saúde da família em Fortaleza-Ceará**, 2019. 140f. Tese (mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, 2019.

MCWHINNEY, I. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 472 p.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 464–471, jul.-set., 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago., 2010.

MICCAS, F. L., BATISTA, S. H. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 170-185, fev., 2014.

MILLS J. E., FRANCIS K. L., BONNER A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Remote Health**, Austrália, n.5, v.3, p. 410, agosto. 2015.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro. HUSCITEC-ABRASCO, 1992. 408 p.

MIRANDA, D. L. et al. O ensino e a assistência: valorização e reconhecimento da preceptorial na residência médica no maranhão. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-52, outubro. 2013.

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.

MOROSINI, M.V.G.C., FONSECA, A. F., LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, jan-mar. 2018.

PADILHA, R. Q. et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4249-4257, dez., 2018.

PERRONOU, P. H. **Construir as Competências desde a Escola**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999. 101p.

PRADO, M. L. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, mar. 2012.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2011.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em capital do Nordeste**. 2009. 207f. Tese (mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

RIBEIRO, V. M. B. Formação pedagógica dos formadores dos profissionais de saúde: a preceptoria dos internatos em questão. Rio de Janeiro: pró-reitoria de extensão da UFRJ; 2008.

ROCHA, C. H.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, jul.-set. 2012.

ROCHA, V. X. M. **Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014**. 2017. 178f. Tese (mestrado em Saúde Coletiva). Apresentada a Universidade Católica de Santos, São Paulo, 2017.

SANTOS, A. C. et al. Competências da Preceptoria na Residência Médica. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 14-22, outubro. 2013.

SBMFC. **Recomendações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2020.

SCHEFFER, M. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. 286p.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do médico residente**. Curitiba, v. 14, n.2, abr.-jun. 2012.

SILVA, G. B. FELICETTI, V. L. Habilidades e competências na prática docente. **Educação Por Escrito**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 17-29, jan.-jun. 2014.

SOARES, A. C. P. et al. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia ocidental. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 14-22, outubro. 2013.

SOUZA, Z. R.; BIELLA, J. **Currículo Baseado em Competências**. Natal: SESI, 2010.

SOUZA et al. Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 77-85, outubro. 2013.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2017. 376 p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1996. 136p.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 33, v. 1, p. 24 – 32, jan.-mar. 2009.

VASCONCELOS, R. N. C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, n. 39, v. 4, p. 630 – 638, out.-dez. 2015.

VIANA, A. M. et al. Como Promover o Reconhecimento da Função de Preceptor da Residência Médica? Como Promover uma Boa Formação para os Nossos Residentes? Estratégias de Enfrentamento – Sínteses dos Grupos Aprendendo a Ensinar e Mosaico. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 24-30, agosto. 2013.

ZABALA, A. ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Penso, 2014. 230p.

ZEFERINO, A. M. B., DOMINGUES, R. C. L., AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-179. 2007.

APÊNDICE 1

Termo de anuência prévia para a realização da pesquisa

À SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA,

Encaminhamos em anexo o Projeto de Pesquisa intitulado “*Formação de preceptores em residência de Medicina de Família e Comunidade: uma pesquisa ação*”, que tem por objetivo: “*Desenvolver um processo formativo junto a preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade com foco para o uso de estratégias pedagógicas*”.

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S.^a autorização para acesso às dependências da Secretaria de Saúde do município de Caucaia, para realização dos encontros que possibilitarão o desenvolvimento da pesquisa.

Comprometermo-nos a dar retorno da pesquisa ao serviço e, por interesse da gestão, apresentar nas instâncias da Secretaria de Saúde, bem como fornecer uma cópia do trabalho concluído em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura _____ Data _____

Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

Pesquisadora responsável: Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz Ceará

Endereço: Rua Naturalista Feijó, 490, apto 405B. Fortaleza-CE, CEP 60.326-220

Telefone para contato: (85)997587317; Email: rafaelaysferreira@gmail.com

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) por Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira para participar da pesquisa intitulada “FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA PESQUISA-AÇÃO”. O objetivo deste estudo é desenvolver um processo formativo junto a preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade, com foco para o uso de estratégias pedagógicas. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de minimizar a carência na formação em preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, tendo em vista o importante papel do preceptor no preparo de médicos especialistas em APS.

Sua contribuição nesta pesquisa-ação consistirá em participar de encontros, com duração prevista de duas horas cada, que serão realizados durante as reuniões de preceptoria de Caucaia, quinzenalmente. Você foi selecionado por ser preceptor(a) deste programa e não deve participar contra a sua vontade. A qualquer momento, poderá recusar a continuar no processo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira por participar desta pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os riscos relacionados com sua participação são decorrentes de possíveis constrangimentos que podem ser ocasionados pelas perguntas realizadas pela pesquisadora ou pela gravação de áudio durante os encontros. Entretanto, você tem o direito de não se manifestar em qualquer momento da pesquisa ou de se recusar a continuar participando, sem isso ocasionar qualquer prejuízo para você. Os benefícios relacionados com sua participação consistirão em colaborar para a elaboração de um plano de ação para a formação de preceptores em Medicina de Família e Comunidade do Ceará, com foco para o uso de estratégias pedagógicas. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação: analisaremos as informações como um todo, não isoladamente, e resumiremos a informar que se trata do grupo de preceptores do Programa de Residência Integrada em Medicina de Família e Comunidade UFC-ESP-CE-SMS

com atuação no município de Caucaia. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Se você tiver alguma consideração, ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável (Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira, Rua Naturalista Feijó, 490, apto 405 bloco B – Monte Castelo, fone: (85)997587317) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, localizado na Av. Antônio Justa 3161 - Meireles, fone:3101-1406 (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Recebi uma via deste Termo de Consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do(a) participante

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira
Pesquisadora responsável

APÊNDICE 3

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/ CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA PESQUISA-AÇÃO

Pesquisador: Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29064720.4.0000.5037

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.900.462

Apresentação do Projeto:

Projeto de Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. O presente estudo insere-se na perspectiva da pesquisa exploratória, desenvolvida na modalidade da pesquisa-ação, para a qual será adotado o referencial de Michel Thiolent. Será realizado no município de Caucaia, no período de março a junho de 2020. Os participantes da pesquisa serão os seis preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade que atuam no referido município. Esta pesquisa será estruturada em quatro fases: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação. Cada fase será trabalhada em encontros grupais, a serem coordenados pela própria pesquisadora. Cada encontro atenderá a um objetivo orientador das discussões no grupo e serão gravados e posteriormente transcritos, traduzindo-se no corpus de análise para este estudo. Os encontros acontecerão em uma sala, na Secretaria de Saúde do município de Caucaia, em turno dedicado à realização das reuniões de preceptorias, e serão realizados quinzenalmente. Será utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Desenvolver processo formativo junto a preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade com foco para o uso de estratégias pedagógicas.

Endereço: Av. Antonio José, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer: 3.080.402

Específicos: Compreender como os preceptores realizam a preceptoria da Residência em Medicina de Família e Comunidade; Verificar como ocorre o processo de ensino e aprendizagem com foco para o uso de estratégias pedagógicas na preceptoria; Construir um plano de ação com foco na formação de preceptores para o uso de estratégias pedagógicas; Avaliar o processo de construção e implementação das ações formativas a partir da pesquisa-ação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos possíveis riscos, identifica-se a possibilidade de constrangimento associado à realização dos encontros ou das gravações de áudio a serem realizadas durante estes. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora esclarecerá os termos da pesquisa, bem como qualquer outra dúvida que o participante tenha, garantindo-lhe sempre respeito à privacidade e assegurando a confidencialidade do estudo, bem como a não utilização de nenhuma informação em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de auto-estima.

Benefícios: O estudo poderá contribuir para o incentivo da organização de processos de educação permanente para a preceptoria, devidamente estruturados nos diversos programas de residência no país, e auxiliar na formação de Médicos de Família no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante tendo em vista a necessidade de discutir formação em preceptoria e a imprescindibilidade de desenvolver estratégias para a superação de desafios e fortalecer os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta: Folha de Rosto assinada pelo Diretor da Fiocruz/Ceará; Termo de Anuência institucional assinado pela Coordenadora da Atenção Básica do Município de Caucaia; TCLE e demais documentos solicitados pelo CEP.

Recomendações:

Sem recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto para execução.

Considerações Finais e critério do CEP:

Apresentar relatório no final da pesquisa.

Endereço: Av. Antonio João, 3161

Bairro: Miraflores

CEP: 60.105-090

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE**



Confiração do Parecer: 3.093.402

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1485421.pdf	13/02/2020 19:09:37		Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	13/02/2020 19:08:20	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Rafaela.pdf	13/02/2020 19:03:29	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Outros	CURRICULO.pdf	10/01/2020 19:45:10	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/01/2020 19:43:14	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	CEP/PROJETO10JAN2020.docx	10/01/2020 19:39:48	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/01/2020 19:39:32	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SOLICITACAOPRECIACAO.pdf	10/01/2020 19:38:27	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOANUENCIAINSTITUCIONAL.pdf	10/01/2020 19:37:15	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOUTILIZACAODOSDADOS.pdf	10/01/2020 19:36:58	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/01/2020 19:35:59	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/01/2020 19:35:22	Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Antônio José, 3161

Bairro: Mértens

CEP: 60.105-030

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3101-1406

Fax: (85)3101-1406

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Processo: 3.090.402

FORTALEZA, 05 de Março de 2020

Assinado por:
JOSÉ OSMAR VA SCONCELOS FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Antonio Justa, 3101

Bairro: Miraflores

CEP: 60.105-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1406

Fax: (85)3101-1406

E-mail: esp@esp.ce.gov.br

APÊNDICE 4

Manuscrito da pesquisa-ação

PESQUISA-AÇÃO NA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira¹

Maria Rosilene Cândido Moreira²

Alice Maria Correia Pequeno³

Vanira Matos Pessoa⁴

Sharmênia de Araújo Soares Nuto⁵

Maria de Fátima Antero Sousa Machado⁶

INTRODUÇÃO

¹Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE Fiocruz Ceará, Brasil. Email: rafaelaysferreira@gmail.com. Preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESPCE. Preceptora do Internato em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Ceará - UFC - e Universidade Estadual do Ceará – UECE. Supervisora do Programa Mais Médicos pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESPCE.

²Professora adjunta da Universidade Federal do Cariri, Barbalha, Ceará, Brasil. E-mail: rosilene.moreira@ufca.edu.br. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/Nucleadora URCA). Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, Saúde do trabalhador e Processos formativos em saúde.

³Docente da Escola de Saúde Pública do Ceará e dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde (CMEPES) e Saúde da Família (RENASF)-UECE, Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: alicepequeno@gmail.com.

⁴Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE). Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE e RENASFEusébio, Ceará, Brasil. E-mail: vanira.pessoa@fiocruz.br. Pesquisadora em Saúde Pública.

⁵ Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE); Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família –PROFSAÚDE e RENASF.Eusébio, Ceará, Brasil. E-mail: shanuto@gmail.com.

⁶Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE e RENASF. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Eusébio, CE, Brasil. fatimaantero@uol.com.br. Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ensino na Saúde.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa que guarda estreita associação com uma ação e objetiva resolver um problema coletivo, a partir da cooperação entre pesquisadores e participantes representativos do problema. Um dos seus principais objetivos é dar aos pesquisadores e sujeitos meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas que enfrentam, a partir de uma ação transformadora.

Dessa forma, surge como alternativa ao padrão de pesquisa convencional, tendo em vista priorizar a busca pela compreensão e interação entre pesquisadores e sujeitos, objetivando solucionar a situação investigada através de uma ação planejada (Thiollent, 2011).

Por permitir associar ao processo de investigação a possibilidade de aprendizagem a partir do envolvimento consciente, tanto do pesquisador como dos demais participantes, evidencia-se sua importância na área da saúde como instrumento de educação, investigação e mudança, podendo ser utilizada com diversos grupos: profissionais, gestores, estudantes e população em geral, tanto nas comunidades quanto em instituições (Koerich *et al.*, 2009).

No que diz respeito ao cotidiano das práticas em saúde, a Residência Médica constitui modalidade de ensino em serviço que tem como objetivo o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação (Vasconcelos & Ruiz, 2015). Na Residência em Medicina de Família e Comunidade, o residente se insere em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família e será orientado por um preceptor, que o acompanhará no desenvolvimento dos processos de trabalho por um período de dois anos, após o qual almeja-se que se torne competente na especialidade, apto para o exercício da função enquanto especialista (Botti, 2009).

Por se desenvolver em um contexto de prática, para que a Residência se dê de modo satisfatório, é preciso uma organização de forma equilibrada entre os serviços de saúde e o processo formativo, de modo que o profissional possa tornar-se competente em sua especialidade, ao mesmo tempo em que se insere no cotidiano de uma equipe de saúde. Para tanto, o preceptor, profissional responsável pela formação do residente, figura como elemento essencial, devendo este ser dotado de competência para a prática docente.

A carência de conteúdos de formação para a prática docente nos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade instigou o desenvolvimento de um projeto de pesquisa-intervenção intitulado “Formação de Preceptores em Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma pesquisa-ação”, no qual a pesquisa-ação foi utilizada como ferramenta fomentadora de um processo de mudança na formação para a prática da preceptoria.

Nesse sentido, e com o intuito de relatar a experiência do uso da pesquisa-ação no processo formativo de um grupo de preceptores em Medicina de Família e Comunidade, delineou-se o presente artigo.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, em que se apresenta a utilização da pesquisa-ação como ferramenta de estruturação de um programa de formação docente em preceptoria de Medicina de Família e Comunidade. Por se tratar de estudo relacionado à melhoria da qualidade da formação de preceptores, este artigo seguiu as Diretrizes Squire 2.0 (Ogrincet *al.*, 2016) em sua elaboração.

O estudo foi desenvolvido no período de fevereiro a junho de 2020 e compõe a dissertação intitulada “Formação de Preceptores em Residência em Medicina de

Família e Comunidade: uma pesquisa-ação”, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE e a linha de pesquisa Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional.

O cenário da investigação-ação consistiu no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Caucaia, cidade da região metropolitana de Fortaleza, estado do Ceará, junto ao grupo de preceptores atuantes nesse município, que perfazem atualmente um conjunto de sete profissionais, todos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

No que diz respeito à organização da pesquisa-ação, compreende-se que seu planejamento é bastante flexível, não seguindo uma série de fases rigidamente ordenadas (Thiollent, 2011). No entanto, apesar de não seguir etapas pré-definidas, esse processo deve ter uma característica cíclica, em que a todo momento é reavaliado em conjunto com os sujeitos e adaptadas em função das circunstâncias e do processo.

Na pesquisa-ação que foi desenvolvida, optou-se por estruturá-la em quatro fases: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação. Esta estrutura apresenta-se em formato processual, com as possibilidades interventivas dispostas numa perspectiva relacional constante, conforme ilustrado na Figura 1. Cada fase foi trabalhada em encontros grupais, coordenados pela própria pesquisadora.

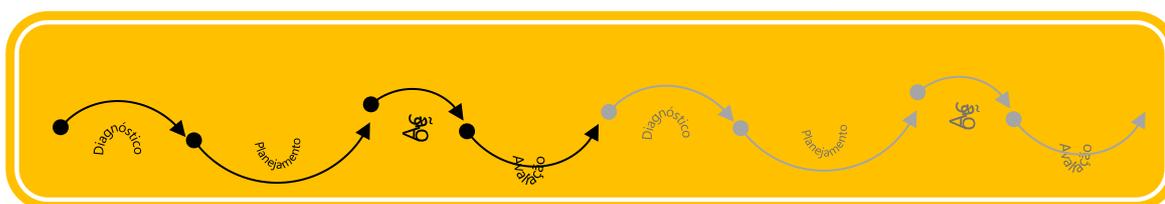


Figura 1. Estrutura de quatro fases da pesquisa-ação.
Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Todos os encontros foram realizados em turno dedicado à realização das reuniões de preceptoria, semanalmente ou quinzenalmente, conforme havia a disponibilidade do grupo.

Ressalta-se que esses encontros foram programados para ocorrer de forma presencial, em um ambiente da Secretaria de Saúde do município de Caucaia. No entanto, devido à pandemia da COVID-19, uma parte deles foi realizada de forma remota. Desse modo, as fases de diagnóstico, planejamento e o primeiro encontro da fase de ação, ocorridos antes da implementação das medidas governamentais de isolamento social, foram realizados de forma presencial, e os demais encontros das fases de ação e de avaliação ocorreram à distância, através de webconferência, via Google Meet.

Estas atividades foram desenvolvidas após consentimento dos participantes da pesquisa e anuência da Secretaria de Saúde do município. Cada encontro atendeu a um objetivo orientador das discussões no grupo. As impressões oriundas do uso da pesquisa-ação constituíram o material relatado neste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fase 1 – diagnóstico

Na fase de diagnóstico, ou fase exploratória, buscou-se uma aproximação dos participantes com o objeto de estudo. Destaca-se, aqui, que os problemas de ordem prática evidenciados pelos participantes na fase de diagnóstico superaram a ideia de pesquisa inicial da pesquisadora. Assim, no que dizia respeito ao objeto do estudo inicialmente definido foi necessário ajuste do foco de acordo com as necessidades apresentadas pelos participantes.

Essa necessidade de adequação a ser estabelecida entre as expectativas dos participantes e as da equipe caracteriza a pesquisa-ação. Essa necessidade de haver um entendimento entre pesquisador e participantes está relacionada a autonomia dada aos participantes na definição do problema, planejamento e execução na pesquisa-ação.

Essa autonomia favorece maior envolvimento dos participantes, os quais tornam-se livres para promover a mudança que necessitam, tornando-a mais real, a partir de uma ação planejada, uma vez que a pesquisa-ação só é melhor desenvolvida se for acolhida pelo grupo e realizada de forma colaborativa (Sales & Reis, 2017).

Ainda nesse sentido, ao refletir sobre a pesquisa-ação como recurso de delineamento colaborativo, adota-se uma estratégia na qual, a partir de um problema inicial, busca-se promover uma mudança que favorece o desdobramento para uma situação ideal, vislumbrada pelos participantes da pesquisa. Na pesquisa-ação, as pessoas implicadas no problema sob observação desempenham papel ativo no equacionamento dos problemas. Essa ação pode ser desenvolvida em diversos contextos, entre estes, o sindical, o técnico ou o educacional (Thiollent, 2011), que constituiu o cenário do presente trabalho.

Nesse sentido, a pesquisa-ação pode ser compreendida como uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos atores envolvidos no grupo participante, com o intuito de melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas, como também o seu entendimento do contexto e de situações onde essa vivência acontece (Elia & Sampaio, 2001).

Dado esse papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas, é razoável que haja uma relação entre pesquisadores e pessoas da

situação investigada (Thiollent, 2011). Esse relacionamento pré-existente facilita a introdução do pesquisador no universo de pesquisa e uma melhor compreensão dos problemas postos e soluções pretendidas, colaborando para o seu desenvolvimento.

Fase 2 – planejamento

Tendo em vista que a formação pedagógica de preceptores deve ter como meta compreender como deve ser desenvolvido um processo de ensino e aprendizagem, por meio da adoção de um modelo educativo que supere a mera transmissão de conhecimento (Jesus & Ribeiro, 2012), optou-se pela organização de um processo formativo em preceptoria que adotasse uma diversidade de estratégias que atendam a esse propósito.

Sob outro olhar, a pesquisa-ação está situada entre as metodologias participativas, por seu caráter reflexivo, dialógico, dinâmico e interdisciplinar (Toledo, Giatti, & Jacobi, 2014). Assim, a partir de uma reflexão coletiva empreendida pelos participantes, foi possível planejar uma formação que atendesse as necessidades do grupo, desde a definição do tema, a decisão sobre as metodologias que seriam instituídas na formação, até a decisão sobre o formato de realização dos encontros, que foram adaptados para serem realizados à distância com a anuência do grupo, em decorrência do período de pandemia do coronavírus vivenciado.

Considerando que estratégias mobilizadoras da aprendizagem são influenciadas pelo contexto no qual o aprendizado acontece (Bordenave, 2014), a realização da formação em preceptoria por meios digitais permitiu vislumbrar um conjunto de outras estratégias educacionais a fim de substituir os momentos presenciais, tendo em vista que uma das grandes dificuldades vivenciadas pelos

preceptores consistia na liberação das suas atividades assistenciais para participação em processos de formação para a docência.

No que diz respeito a incorporação de novas tecnologias de comunicação e informação no ensino, verifica-se que, apesar de essa prática ainda ser considerada um desafio, são diversos os benefícios relacionados ao uso dessas ferramentas, na medida em que permitem economia de tempo, minimização no adiamento da tomada de decisões e no auxílio no desenvolvimento do processo de aprendizagem (Souza *et al.*, 2013).

Destaca-se novamente o potencial transformador do caráter colaborativo que se instaura na pesquisa-ação, o qual permitiu evidenciar possibilidades que foram além do previamente planejado. Na medida em que soluciona problemas de interesse do grupo, a pesquisa-ação pode ser considerada como um tipo de investigação-ação (Picheth, Cassandre & Thiollent, 2016), processo que segue um ciclo em que a prática é aprimorada pela oscilação sistemática entre o agir por meio dela e o investigar a respeito.

Fases 3 e 4 – ação e avaliação

Os encontros relativos à ação e avaliação foram realizados de forma remota. A ação se constituiu de quatro encontros formativos que discutiram o conjunto de necessidades em preceptoria definidos pelo grupo. A fase de avaliação, por sua vez, buscou revisitar o processo de construção e implementação das ações formativas a partir da pesquisa-ação, sempre resultando em novas perspectivas de ação e avaliação que, em diversos momentos, se inter cruzam (Ibiapina, 2016).

Ao proporcionar uma análise sobre cotidiano de trabalho, foi possível evidenciar a ausência de um processo de formação continuada, o qual foi estruturado

a partir da identificação das necessidades em formação em preceptoria, com o objetivo de instrumentalizar o grupo para o exercício da função de preceptor de forma organizada e estruturada.

Ao refletir sobre a pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente, aponta-se que o grande desafio deste tipo de pesquisa é mostrar ao grupo participante os meios de se tornarem capazes de responder com maior competência aos problemas vivenciados, para que, de forma coerente, possam experimentar soluções no caminho para uma atuação transformadora (Abdalla, 2005).

Esse despertar de proatividade junto aos participantes é evidenciado na interação humana que a pesquisa-ação é capaz de proporcionar (Pessoa *et al.*, 2013), sendo esta fundamental para motivar o grupo a transpor aspectos inicialmente desarticulados da realidade, mas que se tornam coesos a partir da troca de experiências realizada durante os encontros.

Experiência semelhante foi vivenciada ao longo da pesquisa-ação cuja reflexão sobre a trajetória aqui se realiza. Assim, tem-se que o trabalho desenvolvido durante essa pesquisa-ação junto a docentes da saúde, contribuiu para facilitar a visualização dos problemas enfrentados pelo grupo e a troca de experiências durante os encontros possibilitou identificarem formas de lidar com essas dificuldades, de modo que, ao longo do processo, os preceptores desenvolveram meios de atuar frente a situações diversas relacionadas a preceptoria de forma mais eficaz.

Como possibilidades evidenciadas pela pesquisa-ação, vislumbrou-se que processos de formação baseados na problematização e na reflexão crítica sobre a prática são bastante úteis, na medida em que estas têm poder de conferir uma maior autonomia para sujeitos, que passam a ser agentes de transformação da própria prática.

Evidenciou, ainda, como potencialidade a continuidade do processo pedagógico, na medida em que os participantes se apropriam da forma como podem utilizar-se da reflexão sobre os problemas do dia-a-dia como elementos norteadores de seu processo ensino-aprendizagem.

Na pesquisa-ação desenvolvida, essa perspectiva de uma formação continuada a ser orientada e desenvolvida pelo próprio grupo de preceptores, que, empoderados sobre as possibilidades de atuação sobre sua realidade, passam a se ver não mais como elementos passivos no processo de formação, mas como agentes ativos na construção de uma formação local em preceptoria, configurou-se como uma das principais contribuições da pesquisa-ação para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município estudado.

Para além da formação em preceptoria em si, outras possibilidades foram evidenciadas ao longo da pesquisa-ação, entre as quais, a possibilidade de instituir uma formação em preceptoria a distância, com potencial de aumentar ainda mais o envolvimento e participação dos preceptores do programa de residência, até então fragilizado pela dificuldade em manter encontros presenciais regulares.

Embora tendo sido realizada em um único Programa de Residência em MFC, o que se configura como uma limitação deste estudo, evidencia-se o potencial da pesquisa-ação em promover mudanças no contexto, a qual se constitui uma aprendizagem, a partir de uma abordagem que relaciona problemas reais e a capacidade de gerar transformação de indivíduos e grupos implicados nesse processo (Pessoa *et al.*, 2013).

Dessa forma, no presente trabalho, a partir da reflexão dos participantes sobre seu fazer em preceptoria, foi possível evidenciar um conjunto de necessidades de aprendizado, os quais, a partir de uma ação planejada, permitiram o desenvolvimento

de um processo formativo que favoreceu uma transformação em sua prática da preceptoria.

CONCLUSÃO

A pesquisa-ação vem ganhando atenção em vários meios, dado seu importante papel na aprendizagem dos pesquisadores e grupos implicados em situações problemáticas. No ensino na saúde, a partir da compreensão e questionamento da prática, contribui para a reflexão dos profissionais enquanto agentes educacionais. Dessa forma, a pesquisa-ação vem facilitar o alcance de soluções aos problemas reais para os quais procedimentos convencionais pouco têm contribuído.

Neste estudo foi possível conceber a pesquisa-ação como instrumento útil na análise e desenvolvimento da prática docente, tendo em vista tratar-se de um processo que permite apreender a realidade, refletir sobre esta e gerar transformações duradouras, decorrentes do envolvimento ativo dos participantes na realidade a ser transformada. Tem-se, assim, que a implicação dos sujeitos de forma consciente, favoreceu o desenvolvimento de uma ação transformadora ao grupo que vivenciou o processo, tornando-o capaz de responder com maior competência aos problemas vivenciados na prática da preceptoria.

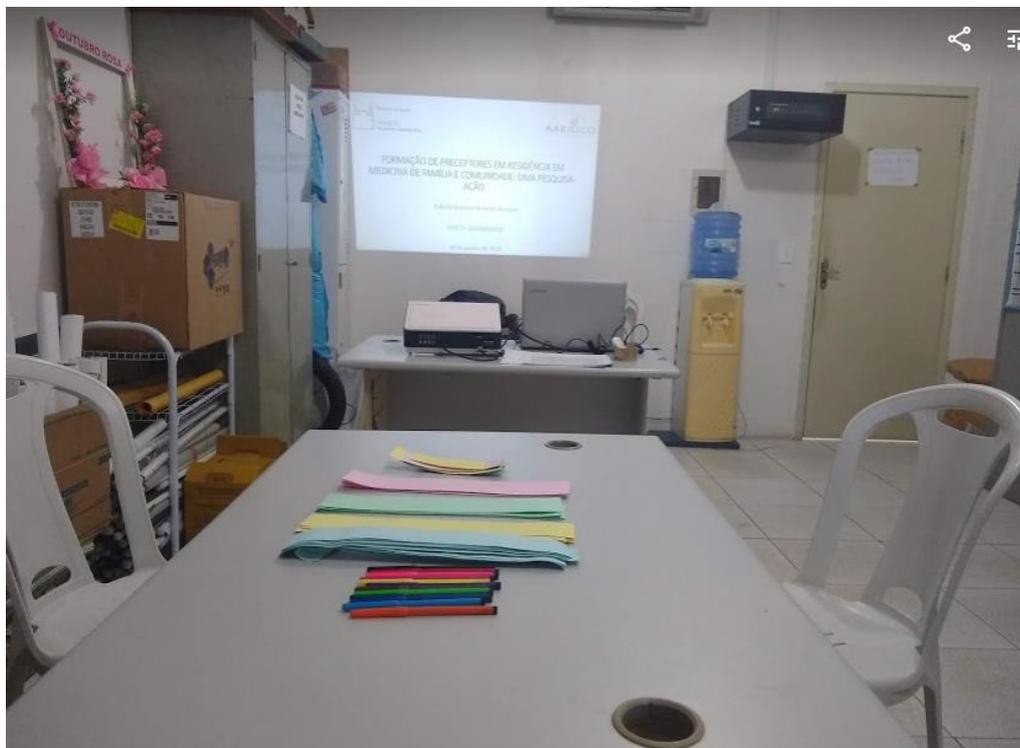
Espera-se, com esse trabalho, ensejar o desenvolvimento de outros projetos com o tema da formação em preceptoria que possam se utilizar da pesquisa-ação como estratégia metodológica, tendo em vista seu potencial transformador da prática, dado o envolvimento e implicação dos participantes ao longo do processo, que caracterizam essa metodologia. Almeja-se com isso, possibilitar a estruturação de processos de formação continuada em preceptoria nos diversos programas de residência no Brasil, com especial destaque as regiões norte e nordeste, em uma série

que culmine com o fortalecimento da APS como um todo, a partir de uma formação de profissionais especialistas de qualidade.

ANEXO

Fotografias

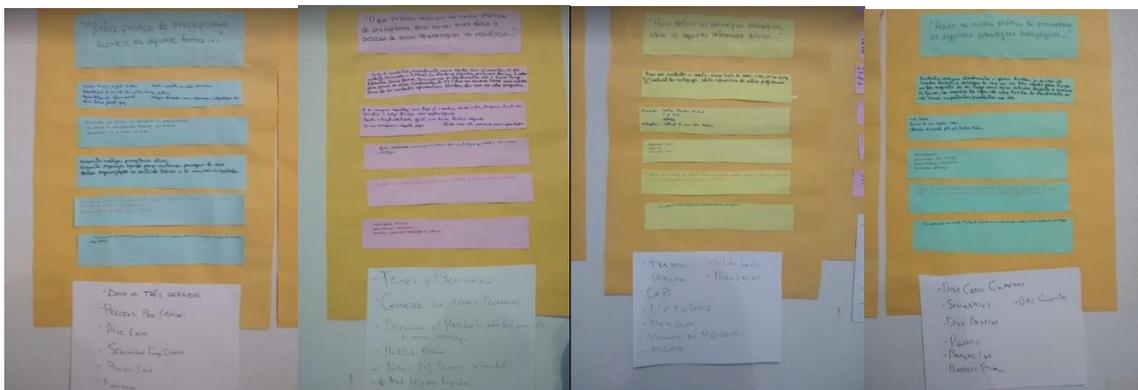
Fotografia 1 – Preparação para o primeiro encontro da pesquisa-ação



Fotografia 2 – Primeiro momento da fase de diagnóstico



Fotografia 3 – Painel elaborado ao final do primeiro encontro da fase de diagnóstico



Fotografia 4 – Segundo encontro da fase de diagnóstico



Fotografia 5 – Fase de planejamento

