

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Tainara Brites de Freitas

Experiências da preceptoria no SUS em tempos de COVID-19

Rio de Janeiro

2022

Tainara Brites de Freitas

Experiências da preceptoria no SUS em tempos de COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Correa Matta.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Preceptorship experiences in the Brazilian Health System during the COVID-19 pandemic

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

F866e Freitas, Tainara Brites de
Experiências da preceptoría no SUS em tempos de COVID-19 /
Tainara Brites de Freitas. -- 2022.
84 f.; il. color.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de
Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 70-74.

1. Educação Continuada. 2. COVID-19. 3. Preceptoría. 4.
Residência Multiprofissional. 5. Discurso do Sujeito Coletivo. I.
Título.

CDD - 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Responsável pela Biblioteca de Saúde Pública: GLAUCE - CRB-7-5642

Tainara Brites de Freitas

Experiências da preceptoría no SUS em tempos de COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Aprovada em: 12 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Janaína Santos Nascimento
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Lilian Miranda
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho foi inspirado nas vivências como professora substituta no hospital universitário da UFRJ, local no qual me formei, fiz laços e muitos amigos.

Foram suporte nessa jornada minha família, esposo, amigos e parceiras de trabalho. Agradeço imensamente cada um que contribuiu com minha passagem, aguentaram minhas angústias e alegrias diárias. Além de compartilharem seus saberes e vivências nesse campo até então desconhecido por mim.

Seria impossível continuar esse agradecimento sem mencionar a Janaína e Thainá que me acolheram e compartilharam seus conhecimentos. Além delas, agradeço às residentes, Juliana, Beatriz, Ana e Thamires, que foram parte importante desse processo no qual me vi como preceptora em um contexto pandêmico. Todas as incertezas, aventuras, cafés e reuniões foram compartilhadas com muitas risadas e companheirismo.

Ao meu orientador, Gustavo, fica meu agradecimento pela paciência, escuta atenta e orientação durante essa trajetória. Aos professores da ENSP agradeço a reinvenção do ensino remoto e dedico essa escrita como retorno a todo ensinamento transmitido nesses dois anos.

Por fim, a minha família que me deu suporte emocional, físico e contribuiu ativamente para que eu me mantivesse aqui durante esse processo.

Agradeço e dedico esse trabalho a todos vocês!

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

(CORALINA, 2007)

RESUMO

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) representam uma estratégia para repensar o processo de formação de profissionais de saúde por meio da integração de práticas e saberes das profissões envolvidas. Tem como objetivo primordial a formação em serviço que ocorre a partir da interação com os preceptores e tutores de cada área. A preceptoria proporciona um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde se realiza. A iniciativa das RMS tem como pressuposto uma formação pautada na educação permanente em saúde (EPS) que visa substituir a lógica biologicista por um modo de pensar e conhecer capaz de apreender os objetos em seu contexto e sua complexidade. A EPS é norteadora para as práticas das RMS, pois reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e práticas cooperativas, colaborativas e integradas. As RMS, uma vez inseridas no SUS, e diante do cenário pandêmico vivido pelo país desde 2020, também assumem papel no enfrentamento na linha de frente nos hospitais. Assim, esse trabalho teve como objetivo analisar a percepção sobre a atividade de preceptoria quanto aos desafios e perspectivas no período pandêmico. Buscou-se identificar as mudanças na atividade de preceptor, assim como os desafios e as estratégias adotadas para o enfrentamento durante o período. O estudo teve caráter exploratório qualitativo e foi realizado com profissionais da saúde que exercem funções de preceptoria e com a coordenadora do programa de residência multiprofissional de um hospital universitário no Rio de Janeiro, Brasil. A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada analisada a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Houve um total de nove entrevistados. A partir das entrevistas foram identificados dez DSCs. Os preceptores narraram a atividade de preceptoria durante o período pandêmico como um momento em que ocorreu reflexão quanto as práticas e adaptações necessárias para manutenção da residência. O período foi descrito como caótico, de guerra, em que as dificuldades em lidar com os medos e incertezas se sobressaltaram. Durante a pandemia foi necessário criar estratégias imediatas, como escalas entre a equipe, reuniões remotas, diminuição da carga horária teórica e prática, e suspensão das atividades multiprofissionais. Ainda que com ressalvas e sendo organizado de forma particular em cada área, foram estratégias que possibilitaram manter a continuidade das atividades e o vínculo dos residentes com o serviço. Embora seja possível observar práticas exitosas, é importante destacar que não houve relatos de estratégias institucionais. Assim, percebe-se o distanciamento com as práticas da EPS, uma vez que as ações

foram feitas de forma restrita e centrada em cada área. Uma reflexão acerca do processo vivenciado em 2020/2021, a partir da ótica dos preceptores, possibilita a divulgação das práticas daqueles que vivenciaram o campo nesse período. Resgatar esses relatos pode contribuir para a organização das residências e estruturar caminhos para o enfrentamento de novas emergências sanitárias.

Palavras-chave: preceptoria; residência multiprofissional; educação permanente em saúde; Covid-19; discurso do sujeito coletivo.

ABSTRACT

The Multi-professional Residencies in Health (RMS) represent a strategy to rethink the process of training health professionals through the integration of practices and the knowledge involved. Its primary objective is in-service training that takes place through interaction with preceptors and tutors in each area. Preceptorship provides a teaching-learning process based on a theoretical and practical perspective on the context and reality that occurs. The RMS initiative is based on Continuous Health Education (PHE) that aims to replace biological logic with a way of thinking and knowing capable of apprehend objects in their context and complexity. The EPS is a guide for the practices of RMS, as it recognizes the workplace as a place of inventions, acceptance of challenges and cooperative, collaborative and integrated practices. The RMS, once inserted in the Brazilian healthcare public system, and given the pandemic scenario experienced since 2020, also assume a protagonist role in the front line of public hospitals. Thus, this work aimed to analyze the perception of preceptorship activity regarding the challenges and perspectives of the pandemic period. We sought to identify the changes in preceptorship activity, as well as the challenges and strategies adopted during the period. The study had an exploratory qualitative approach and was carried out with health professionals who worked as preceptors and with the coordinator of the multi-professional residency program at a university hospital in Rio de Janeiro, Brazil. The technique used was the semi-structured interview analyzed from the Collective Subject Discourse (CSD). There were a total of nine interviews. With that, ten CSDs were identified. The preceptors narrated the preceptorship activity during the pandemic period as a time of reflection regarding the practices and necessary adaptations to maintain the Residency. The period was described as chaotic, of war, in which the difficulties in dealing with fears and uncertainties were startling. During the pandemic, it was necessary to create immediate strategies, such as scales between the team, remote meetings, reduction of theoretical and practical workload, and suspension of multidisciplinary activities. Although with reservations and being organized in a very particular way in each area, these strategies made possible to maintain the continuity of activities and the residents' bond with the service. Although it is possible to observe successful practices, it is important to highlight that there were no reports of institutional strategies. Thus, the distance with the EPS practices is perceived, since the actions were carried out in a restricted way and focused on each area. A reflection on the process experienced in 20/21, from the perspective of preceptors,

allows the dissemination of experienced practices in this period. Retrieving these reports can contribute to the organization of the residences and structure ways to face new health emergencies.

Keywords: preceptorship; multi-professional residency; permanent health education; Covid-19; collective subject discourse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de Estrutura dos Programas de Residência Multiprofissional.....	19
Figura 2	Fluxograma para busca na base de dados.....	24
Quadro 1	Combinação de palavras chaves durante busca na base de dados.....	25
Quadro 2	Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	30
Quadro 3	Discursos do Sujeito Coletivo.....	52
Quadro 4	Artigos relevantes da busca nas bases de dados (2015-2021).....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissionais em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECH	Expressões Chaves
IC	Ideia Central
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	MARCO TEÓRICO	19
2.1	FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	19
2.2	A PRECEPTORIA NO SUS.....	22
2.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITO E POLÍTICA.....	25
2.4	ATUAÇÃO NA COVID-19.....	27
3	OBJETIVOS DA PESQUISA	30
3.1	GERAL.....	30
3.2	ESPECÍFICOS.....	30
4	CAMINHOS TRILHADOS NA PESQUISA	31
4.1	SUJEITOS DA PESQUISA.....	31
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	31
4.3	CAMPO DO ESTUDO.....	31
4.4	COLETA DE DADOS.....	31
4.5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	32
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	32
5	ACHADOS E REFLEXÕES SOBRE A REVISÃO DE LITERATURA	35
6	CUIDADOS ÉTICOS	40
7	SOBRE OS SUJEITOS	41
8	O CAMPO EM QUE NOS AVENTURAMOS	44
9	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
9.1	CENÁRIO DE GUERRA.....	49
9.2	“DURANTE A PANDEMIA TUDO MUDOU, NÉ?”.....	51
9.3	A FORMAÇÃO DO RESIDENTE DURANTE O CENÁRIO DE PANDEMIA.....	56
9.4	PRECEPTOR E RESIDENTE: “APESAR DE TUDO, ESTÁVAMOS TODOS JUNTOS”.....	58
9.5	LEGADO: “CONSTRUÇÃO DE RESPOSTAS E NOVAS DEMANDAS”.....	62

10	TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	64
11	PALAVRAS FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE A: Dados sociodemográficos.....	75
	APÊNDICE B: Roteiro da entrevista semiestruturada.....	76
	APÊNDICE C: Resultados da busca nas bases de dado.....	78
	APÊNDICE D: Termo de compromisso livre e esclarecido.....	80
	ANEXO A: Parecer do comitê de ética em pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.....	83
	ANEXO B: Parecer do comitê de ética em pesquisa do HUCFF/UFRJ.....	84

APRESENTAÇÃO

As histórias podem ser contadas a partir de diferentes olhares, as ciências podem ter distintas perspectivas, os conhecimentos podem ser produzidos por diversos sentidos. E partindo disso, acredito que as pesquisas são criadas por uma diversidade de motivos, e essas podem tomar os mais diferentes caminhos e produzir uma série de resultados. Porém, isso não acontece de forma aleatória. Pesquisar também é criar projeto de vida e de mundo, e isso diz muito de quem está produzindo a pesquisa. Por isso, para começar a falar dessa pesquisa, preciso contar um pouco dos caminhos que percorri para chegar até aqui e que projetos de vida e de mundo atravessam essa pesquisa.

Durante o período de setembro de 2020 até março de 2022, me dediquei como professora substituta, auxiliando na formação de profissionais e estudantes da área saúde no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), no Rio de Janeiro. Essa é uma instituição pública de grande porte com foco na atenção à saúde e oferece programas de residência médica e multiprofissional. Em setembro, assumi a tarefa de ser preceptora de estagiários e residentes de Terapia Ocupacional.

Ao iniciar o mestrado, concomitante com essa tarefa, busquei refletir sobre o trabalho dos preceptores da modalidade de ensino da residência multiprofissional. A proximidade e a convivência cotidiana com o ambiente de atenção à saúde e com aqueles que ali circulam em diferentes esferas de envolvimento, permitiram que eu afinasse o foco em direção a um cenário cuja familiaridade é recente.

Nesse momento tão turbulento na saúde pública, em que subitamente me inseri, não foi possível deixar de questionar sobre a influência da COVID-19 nas relações, nos processos de trabalho e na preceptoria. Pensar na organização dos processos de trabalhos é crucial para avaliação e manutenção do processo de ensino aprendizagem.

A atuação como preceptora nesse contexto revelou não só importância de conhecer mais e de maneira mais crítica a situação, como também revelou, principalmente, a necessidade de mudar o cotidiano do trabalho e experimentar isso de maneira viva com a equipe multiprofissional. Tais revelações se aproximam do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) que reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e práticas cooperativas, colaborativas e integradas.

A atuação em meio a uma pandemia é uma aprendizagem cotidiana e deve ocorrer de forma coletiva. Por isso, desde o início, alguns questionamentos emergiram sobre papel de preceptora como: como tem ocorrido a preceptoria dos residentes durante essa pandemia? O que mudou quanto a carga horária estudos? Será que dentro os grupos de preceptores-residentes, foram criadas estratégias que amenizassem esse momento? Será que alguma estratégia vai se manter após o término da pandemia?

Como forma de conhecer a preceptoria no Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos de COVID-19 e explorar com base os principais atores que desempenham esse papel, este projeto se justifica para além da escassez de pesquisas com preceptores, mas também como uma possibilidade de contribuir para estudos que irão preservar a memória de um momento histórico para a saúde pública. O conhecimento obtido pode contribuir tanto para pesquisas futuras que abordem a preceptoria como foco, quanto para uma maior compreensão da equipe sobre o contexto da residência multiprofissional em meio a COVID-19 e auxiliar na sua prática clínica.

O trabalho é apresentado em doze sessões, sendo que a primeira na qual me apresento e exponho meus motivos para realizar essa pesquisa. Na sequência, no capítulo 2, foi feita uma breve exposição da temática, em que situo a residência, a preceptoria e o início da pandemia.

No capítulo 3 exponho o marco teórico composto de uma apresentação histórica sobre a constituição da residência multiprofissional em saúde, do papel da preceptoria, da EPS enquanto política norteadora da residência e também como a COVID-19 surgiu nesse cenário.

O capítulo 4 apresenta de forma direta os objetivos na pesquisa.

No capítulo 5 apresento o caminho trilhado durante os dois anos de pesquisa, seguido pelo capítulo 6 com o levantamento dos achados nas bases de dados.

O capítulo 7 expõe os cuidados éticos estabelecidos para a pesquisa. E efetivamente no capítulo 8, inicio a apresentação do campo que nos aventuramos, caracterizando o local estudado. No capítulo 9 são apresentados os sujeitos de pesquisa, e o capítulo 10 traz a discussão considerando as entrevistas e o material bibliográfico analisado.

Por fim, os capítulos 11 e 12 trazem as considerações finais acerca da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2020 se instaurou uma crise sanitária com a chegada da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19 (WU et al., 2020). Sabe-se que vários coronavírus acarretam infecções respiratórias que variam de um resfriado comum a doenças mais graves e são transmitidas de uma pessoa para outra por pequenas gotículas expelidas pelo nariz ou pela boca (WANG et al., 2020).

Em virtude da rápida disseminação do vírus, diversas rotinas tiveram que ser alteradas nas vidas pessoais e de trabalho de todas as pessoas do Brasil e do mundo. Foi necessário adaptar-se ao distanciamento social, ao intenso cuidado com a higiene pessoal e da casa, ao home office e as mudanças na dinâmica dos serviços (AQUINO et al., 2020), desigualmente distribuídas pelos diferentes segmentos sociais.

Essa nova realidade trouxe a necessidade de adaptação em diversos âmbitos, como no próprio setor saúde, afetado de diversas maneiras para além da superlotação. O trabalho nos hospitais, principalmente nos hospitais escolas, durante a pandemia de COVID-19, teve que ser repensado, vide a presença de residentes, profissionais em formação (LOPES CARDOSO; COSTA, 2020).

Surgiu então a necessidade de uma reorganização quanto ao formato pedagógico da residência, sobre a maneira de como abordar a educação em saúde, uma das bases dessa modalidade de ensino, visto que a educação em saúde geralmente é vivenciada dentro desse processo de maneira coletiva e com aglomerado de pessoas, o que se torna um desafio nessa pandemia (BRANDÃO et al., 2021).

De acordo com o mapeamento da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (2012) existem, atualmente, mais de 1.500 residências multiprofissionais no país. Devido a declaração da pandemia, algumas recomendações foram publicadas pelo Ministério da Saúde (CNS, 2020) através da Recomendação nº 18, de 26 de março de, como o afastamento do residente em grupo de risco, gestantes e portadores de doenças crônicas. No mais, a atuação em campo permaneceria inalterada.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foram criados a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Constituem-se como ensino de pós-graduação *lato sensu*, composto por diversas profissões da área

da saúde, como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

As RMS se caracterizam pelo ensino e formação em serviço (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013; SILVA, 2018), e têm como objetivo promover a especialização de profissionais da saúde em atributos que possibilitem: o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde; o envolvimento das pessoas e da comunidade; a gestão e a organização do trabalho; e a educação na saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida (SILVA et al., 2015).

Os Programas de RMS representam uma das estratégias para repensar o processo de formação por meio da integração de práticas e saberes das profissões envolvidas. Além disso, buscam a qualificação da atenção e do processo de trabalho das equipes, bem como a integração ensino-serviço (MEDINA, 2016; ONOCKO-CAMPOS; EMERICH; RICCI, 2019; RIBEIRO et al., 2020). Assim, esses programas representam um instrumento potencializador da formação e da qualificação de trabalhadores para o SUS.

As estratégias governamentais voltadas para a formação em saúde estabelecem a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, e nesse contexto, o profissional de saúde no papel de preceptor é um agente protagonista no processo formativo.

Os preceptores são “profissionais do serviço/assistência” que, aliado a um conhecimento pedagógico, acompanham o desenvolvimento profissional de futuros profissionais de saúde. Contudo essa função prevê uma associação da expertise clínica com uma estratégica didática, portadora de estímulos permanentes para a reflexão e a proposição de alternativas viáveis de ensino-aprendizagem (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Segundo Ribeiro e Prado (2020), o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Nesse contexto, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas nos espaços de formação e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas.

A preceptoria é considerada por Brandão e Câmpelo (2021) como uma atividade de ensino necessária, que favorece um processo de construção de conhecimento mais significativo para a formação humana e profissional. Para tanto, a prática formativa em saúde, exige do preceptor o

papel de mediador no processo de formação em serviço, sem deixar de incluir a qualificação pedagógica. Defende-se que o exercício da prática de preceptoria na área de saúde proporcione um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde se realiza.

Sob este prisma, a iniciativa da Residência Multiprofissional em Saúde tem como pressuposto uma formação pautada na educação permanente em saúde que substitui a lógica biologicista por um modo de pensar e conhecer capaz de apreender os objetos em seu contexto e sua complexidade (MACHADO et al., 2021).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004 como uma estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde e, em especial, para o SUS. Nessa perspectiva, inserem-se no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), por meio da Portaria Interministerial n. 2.117/2005 (FERNANDES et al., 2017).

A EPS cria espaços de reflexão para que os profissionais possam repensar sua prática, entender os processos de trabalho no qual estão inseridos e rever condutas, de modo a buscar novas estratégias de intervenção, superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho (MACHADO et al., 2021; ROSA, 2016)

É a partir dessa formação que se espera que o residente, futuro trabalhador do SUS, seja um profissional empenhado na transformação das práticas de saúde, promovendo inovações e proporcionando atenção e gestão qualificada e integrada, a fim de consolidar o sistema de saúde (MANHÃES et al., 2018).

Durante a pandemia de COVID-19, o Conselho Nacional de Saúde (2020) estabeleceu que a presença da preceptoria nos campos de prática é condição indispensável à manutenção dos programas de residência. Dado o momento excepcional de pandemia vivido no Brasil e no mundo, e a importância da atuação dos residentes em saúde ao lado dos preceptores, esse trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos preceptores da residência multiprofissional de um hospital escola sobre a atividade de preceptoria durante esse período.

Além disso, buscou-se caracterizar os profissionais que atuam no programa de residência multiprofissional, com ênfase na sua experiência profissional e formação técnica; identificar quais mudanças aconteceram nas atribuições dos preceptores durante esse período; verificar quais as dificuldades e as práticas exitosas foram desenvolvidas pelos preceptores; e identificar elementos

que possam contribuir para o desenvolvimento da residência multiprofissional pós pandemia de COVID-19 e na vigência de novas emergências e reemergências sanitárias.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Os programas de residência surgiram no Brasil em 1944, com a finalidade de treinamento prático dos médicos mais jovens por aqueles com maior experiência (ROMCY, 2019). Inicialmente, apenas médicos participavam desses programas, que em sua maioria eram voltadas para formações em hospitais.

A partir das décadas de 1970 e 1980 foram iniciados movimentos sociais no país e no mundo com objetivos variados, entre os quais o de propor modos alternativos de pensar e fazer ações em saúde. Nesse período, a Organização Mundial da Saúde criticou os modelos assistenciais existentes de saúde, pois estes desenvolviam ações, em sua maioria, verticais, especializadas e centradas no saber do médico, o que levou a propostas de novas abordagens em saúde (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020; FEUERWERKER, 1998; MEDINA, 2016)

Concomitante a esse movimento mundial, no Brasil, no mesmo período, ocorria o Movimento de Reforma Sanitária, que trouxe como eixos temáticos a discussão sobre o controle e a participação social, a descentralização das políticas e do poder local, o sistema de saúde estatal *versus* o privado, a universalidade e a integralidade em saúde (ARNEMANN et al., 2018; COHN; ELIAS, 2002). Tais pressupostos se alinham com os princípios do que viria a ser o SUS brasileiro, elaborado em 1988 a partir da Constituição Federal.

As transformações na educação e no sistema de saúde brasileiro repercutiram nas instituições de ensino em áreas da saúde e exigiu um novo perfil de profissional: mais crítico, humanista, reflexivo e ético (ARNEMANN et al., 2018; SILVA, 2018). A partir dessa mudança, em 1976, no Rio Grande do Sul, ocorreu a primeira experiência em Residência Multiprofissional em Saúde (SILVA, 2018). (RIBEIRO et al., 2020). Tal criação surgiu a partir de muita resistência, uma vez que a medicina se opunha que título de residência fosse designado a outras categorias, e não admitia a possibilidade de que os médicos participassem de programas de residência junto com outras profissões da saúde (ROMCY, 2019).

O Ministério da Saúde reconhece as necessidades de formação e, na década de 2000, intensificou iniciativas na direção de formar profissionais com perfil humanista e crítico, com visão

integrada entre saúde, clínica, saúde mental e saúde pública, e com competência para garantir uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da população (MEDINA, 2016).

Com isso, em 2003 é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PEREIRA; LIMA, 2008), que surge com objetivo de desenvolver ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS. Essa secretaria desenvolve políticas e programas que possibilitam a qualificação dos trabalhadores e a organização do trabalho em saúde. Tais ações buscam colaborar para a constituição de novos perfis profissionais em condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Com o passar dos anos, os programas de residência na área da saúde foram se expandindo e mediante lutas por melhorias e legalização junto aos órgãos competentes, passaram a ser considerados estratégias de especialização profissional, legalmente reconhecidas como pós-graduações *lato sensu* (RIBEIRO et al., 2020).

Criadas com base na Lei nº 11.129, de 2005, as RMS têm como objetivo proporcionar uma formação específica, visando instituir profissionais com perfil para modificar práticas e criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, por meio da formação em serviço (BRANDÃO et al., 2021).

Na sequência de marcos, ainda em 2005 é criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005). Com isso, a residência passa a ser definida como modalidade de ensino voltada para a educação em serviço e abrange as profissões da área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Em 2005 surgiram, aproximadamente, 22 programas de residência. A partir de 2016, segundo informações da secretaria da CNRMS, já eram cerca de 1.500 programas de residência uni e multiprofissional (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012; SILVA et al., 2015). O que aponta a tendência de crescimento das residências.

No escopo da proposta geral da RMS, dentre outras questões, há duas centrais: a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar. A integralidade é uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi inscrita como um dos princípios do SUS: o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas e sem prejuízos dos serviços

assistenciais, ou ainda, o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (AUTONOMO et al., 2015; DALLEGRAVE; CECCIM, 2013; SILVA, 2018).

O trabalho interdisciplinar se opõe a lógica de trabalho focada numa especialidade, busca superar uma visão compartimentada, fragmentada e individual da saúde. A proposta de uma ação interdisciplinar preconiza o trabalho em equipe em que todas as categorias profissionais possam oferecer sua contribuição (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013; SILVA, 2018).

Pensar a relação entre integralidade e interdisciplinaridade na formação do profissional justifica a existência desses programas de residência, ou seja, a busca por um atendimento que considere as necessidades múltiplas de saúde e uma proposta de trabalho coletivo. Os programas de RMS tem um modelo de estrutura norteador e igual para todas as categorias, como mostra a Figura 1. No esquema é possível observar um eixo comum compartilhado por todas as categorias da residência, independente da especialidade, denominado eixo transversal do programa. Ainda, há a divisão por área de concentração, essa pode dividir a turma dentro das especialidades para discussões aprofundadas. Por fim, há o eixo específico, em que as discussões acontecem dentro da mesma categoria profissional.

No desenvolvimento das competências específicas durante os programas de residência, os profissionais vivenciam uma gama de inquietações e dúvidas e devem encontrar nos preceptores, a relação pedagógica de cuidado que sustenta seu aprendizado, isso é evidenciado nas publicações oriundas de residentes em exercícios (DALLEGRAVE E CECCIM, 2013; FAJARDO, 2011). É através do preceptor que os objetivos da residência são alcançados para a formação de um profissional diferenciado e que futuramente será inserido no mercado de trabalho.

O ensino em saúde na modalidade de residência é tarefa complexa, pois estão interligados conhecimentos pedagógicos e relações interpessoais que requerem dos envolvidos um olhar diferenciado e sensível à dinamicidade do processo, exigindo escuta, flexibilidade, disponibilidade e pro-atividade (SANTOS et al., 2017). Dado isso, é importante destacar que os Programas de Residência, pelas definições do MEC, devem estar vinculados às universidades ou outras instâncias formativas, uma vez que na carga horária prática e teórica do residente existe a presença de um preceptor.

Figura 1: Modelo de Estrutura dos Programas de Residência Multiprofissional.



Fonte: Brasil, Ministério da Educação e Cultura (2005).

2.2 A PRECEPTORIA NO SUS

O processo de integração do ensino e serviço em saúde é complexo e envolve múltiplos atores, cada um com suas expectativas, saberes e motivações (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2014). É necessário um intenso envolvimento entre as instituições de ensino e os gestores de saúde, com negociação de papéis, responsabilidades, recursos e contrapartidas. Nesse processo, encontram-se os preceptores de residência multiprofissional, que são profissionais vinculados a instituições formadoras ou executoras, com formação mínima de especialista (DE ALBUQUERQUE, 2007).

Os preceptores têm a função de proporcionar o contato do estudante com a prática no SUS, de modo que as atividades educacionais possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção (AUTONOMO et al., 2015;

DALLEGRAVE; CECCIM, 2013; SILVA, 2018), supervisionados pela equipe preceptora da rede de assistência em saúde. Defende-se que o exercício da prática de preceptoria na área de saúde proporcione um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde ocorre (MATTOS, 2016).

Segundo os autores Manhães, Tavares, Ferreira, et al. (2018), o preceptor deve ter conhecimento teórico, didático e político e a experiência dele é fundamental para unir e articular a graduação ao mercado de trabalho. Ele não exerce apenas um papel de formação de habilidades e técnicas específicas da profissão, mas também influencia na humanização, ética e na formação de opinião daqueles que o acompanham.

O preceptor se apresenta como facilitador para educação individualizada que favorece a articulação de conhecimentos para as habilidades práticas, colaborando com a aprendizagem reflexiva mediante a educação interdisciplinar.

No cenário de prática em serviço e ensino-aprendizagem, o residente desenvolve competências e habilidades profissionais e articula a técnica ao conhecimento científico. O preceptor, por sua vez, compartilha suas experiências de trabalho, proporciona apoio pedagógico e é considerado facilitador do processo de ensino-aprendizagem nas RMS (DEMOGALSKI et al., 2021).

A formação de residentes é um compromisso das instituições de saúde com o SUS, e tem esse embasado legalmente nos seguintes dispositivos:

Constituição Federal (1988): Art. 200. Ao sistema Único de Saúde compete, [...]item III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

Lei nº 8.080 /1990: Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): [...]Item III: a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Na Resolução CNRMS nº2, de 13 de abril de 2012, há uma breve definição do papel dos preceptores no campo da residência. Para a resolução, à preceptoria compete a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, e o preceptor necessariamente deve ser da mesma área profissional que o residente sob sua supervisão (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012).

O regimento Interno dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) determina na Seção IV sobre os preceptores:

Art.20º - A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (COREMU UFRJ, 2017).

Em serviço, o preceptor tem o papel de facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, com usuários e com residentes e estudantes de outros programas e níveis de formação. Além disso, tem como função acompanhar e planejar, em conjunto com o coordenador da área, as atividades pedagógicas dos residentes. O preceptor faz com que as intervenções e condutas sejam exercitadas, refletidas, transformadas e apreendidas de modo satisfatório durante processo de formação. (ARNEMANN et al., 2018)

O preceptor apoia a trajetória de especialização do residente e sua prática é pautada em sua formação profissional. Portanto, sua experiência o guia e o orienta em sua atuação, o que por vezes influencia a formação e prática de outro profissional e estabelece um processo dinâmico e contínuo na cadeia de formação profissional (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020). Com isso em pauta, é importante destacar que em geral, os preceptores de programas de residências são profissionais com especialização na área de saúde, quase nunca na de educação e que tem, na preceptoria, uma de suas tarefas profissionais. Como mencionado, o preceptor deve estar vinculado à instituição formadora ou executora, e com isso pode se inferir que, além da função de preceptor, esse profissional necessita responder a outras demandas, seja elas como docente ou como profissional da rotina daquele serviço.

Os autores Santos e Castro (2017) discutem sobre a importância de refletir sobre a formação pedagógica do preceptor de forma a favorecer sua qualificação para o exercício da preceptoria, e, portanto, repensar o campo da prática e do ensino, aproximando-os para que se integrem na formação do profissional de saúde.

Um conceito apresentado pelos autores para qualificação profissional é a ferramenta da EPS, que se concretiza com a realização de encontros sistemáticos entre preceptores, professores e coordenadores na busca por meios de entender e transformar essa realidade. Com a possibilidade de aperfeiçoamento por meio de ferramentas da educação permanente, os residentes podem buscar apoio dos preceptores e da equipe multiprofissional, sentindo-se valorizados e estimulados para enfrentar questões complexas relacionadas ao trabalho, seguindo o fluxo de qualificação e crescimento profissional (SANTOS et al., 2017).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITO E POLÍTICA

As residências multiprofissionais em saúde são fomentadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), segundo a qual a dinâmica de aprendizagem no trabalho deve ser construída pelos diferentes atores envolvidos, o que obtém sentido por estar alinhada à realidade dos trabalhadores e do SUS (MAROJA; ALMEIDA JÚNIOR; NORONHA, 2020).

A proposta da Educação Permanente em Saúde expressa uma mudança significativa no ponto de vista das práticas de capacitação dos profissionais de saúde das instituições. Ela, como “política de educação na saúde”, abrange a contribuição do ensino para a construção do SUS. Na perspectiva dessa política, os profissionais de saúde são considerados como agentes de mudanças e o processo educativo é compreendido a partir da produção de sujeitos críticos e reflexivos sobre a realidade (MAROJA; ALMEIDA JÚNIOR; NORONHA, 2020).

Ceccim (2005) ressalta que a produção dessa política representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil, que seria a de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Ainda, afirma ser uma estratégia fundamental às transformações no trabalho, capaz de torná-la um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Contudo, todo processo de mudança impõe desafios significativos, como o rompimento das estruturas enraizadas dos modelos tradicionais de ensino e a utilização de estratégias diferenciadas na formação de profissionais de saúde. (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020). Tanto as políticas de saúde quanto a organização dos currículos são utilizadas para indicar novidades na área do ensino e do trabalho. Assim, a educação permanente em saúde expressa uma opção político-pedagógica (CECCIM, 2005; PEREIRA; LIMA, 2008).

O SUS como instituição formadora faz parte da PNEPS, que é responsável pelas relações interinstitucionais e intersetoriais entre saúde e educação, e promove a integração ensino/pesquisa/extensão e serviço/comunidade (BRASIL, 2018). A PNEPS, foi instituída no ano de 2004 e representou um marco para a formação e trabalho em saúde no país. É um movimento que busca promover mudanças nas práticas dos profissionais.

A EPS se pauta na aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos serviços (PEREIRA; LIMA, 2008). Ela parte do aprendizado

significativo e implica a estruturação do conhecimento a partir da realidade do próprio ambiente de trabalho (HAUBRICH et al., 2015).

Esse conceito articula aspectos que possibilitam reorientar as práticas dos profissionais de saúde, superar lacunas existentes no campo da formação e melhorar o processo de trabalho em saúde. Trata-se de uma estratégia fundamental para a recomposição da formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

A preocupação com a capacitação e formação contínua dos preceptores está expressa em documentos publicados pelo Ministério da Saúde. Inclusive, sobre os programas de RMS, o MS sinalizou que este modelo de especialização, em distintos cenários, possuía "*... grande variedade de desenhos metodológicos, mas todos, em uníssono, defenderam [...] a educação permanente como eixo pedagógico*" (TORRES et al., 2019)

Nos Hospitais Universitários não poderia acontecer diferente. O Plano Diretor proposto pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 2010), elenca como características do hospital:

Atividades de assistência (predominantemente de alta complexidade, com protocolos voltados para qualidade e segurança do paciente), ensino (matriciamento para atenção básica, educação permanente e tele-medicina) e pesquisa (respeitada a agenda de prioridades do SUS e avaliação tecnológica em saúde).
(UFRJ, 2010)

A formação em serviço e a educação permanente em saúde propiciam a integração entre o mundo do trabalho assistencial e mundo da docência com a pesquisa, o que é preconizado tanto pelo documento oficial do programa estudado quanto pelos do MEC e MS para ressignificação e mudanças nas práticas do SUS.

Atualmente a prática da EPS nos serviços de saúde enfrenta diversos desafios como: pouca articulação desses serviços com os setores da educação; ausência de avaliações regulares da prática nos serviços de saúde; subfinanciamento pelos governos; e distanciamento da prática nos serviços públicos de saúde pelos profissionais em formação (SILVA; SCHERER, 2020). Entretanto, desde 2017, o MS iniciou um processo intitulado "A retomada da PNEPS", com a proposta de retomar as discussões acerca do tema. Ainda nesse período surgiu o Programa para o Fortalecimento das

Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS)¹, que busca recuperar o financiamento através de repasse de recursos (GONÇALVES et al., 2019).

A educação permanente cria espaços de reflexão para que os profissionais possam repensar sua prática, entender os processos de trabalho no qual estão inseridos e rever condutas, de modo a buscar novas estratégias de intervenção, superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho (PEREIRA; LIMA, 2008)

2.4 ATUAÇÃO NA COVID-19

A descoberta do novo coronavírus – Covid-19, ocasionou uma crise mundial, de origem sanitária, com repercussões complexas em todos os segmentos da sociedade (AQUINO et al., 2020). O Coronavírus é uma família de vírus que causa infecções respiratórias, conhecida desde a década de 1960. Um novo coronavírus foi descoberto em 31/12/19, após casos registrados em Wuhan, na China, e a doença foi chamada de Covid-19 ou Sars-Cov-2 (WANG et al., 2020). Apesar da sua magnitude, a situação mundial globalizada e o contexto contemporâneo, havia poucas referências que podiam orientar os profissionais de saúde.

Embora os sintomas se assemelhem aos da gripe, trata-se de uma pneumonia forte com sério comprometimento da capacidade respiratória (WANG et al., 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde, os casos leves são aqueles sem pneumonia, ou com uma pneumonia branda, e respondem por 80,9% dos registros. Os classificados como severos são aqueles em que o paciente apresenta falta de ar, mudança na frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigênio no sangue, infiltração pulmonar e síndrome respiratória aguda, e representam 13,8% dos registros. Já os casos críticos, respondem por 4,7% das infecções. A letalidade da Covid-19 é baixa, mas tem capacidade de transmissão muito alta o que eleva muito o número de óbitos. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

A medida adotada para conter o avanço da pandemia foi o distanciamento social, que buscou evitar aglomerações a fim de manter uma distância mínima de um metro e meio para outras pessoas. Em casos extremos foi adotado o isolamento social, quando as pessoas não podiam sair de suas casas para impedir a propagação do vírus. Já os suspeitos de infecção deveriam ficar de

¹ Destaca-se que não foram encontradas referências atuais sobre as ações do programa durante o período da COVID-19.

quarentena por quatorze dias, correspondentes ao período de incubação – tempo para o vírus se manifestar no corpo (AQUINO et al., 2020; FARIAS, 2020).

No entanto, para as equipes que trabalham na assistência à saúde, principalmente no cuidado direto ao paciente, como nos hospitais, a recomendação de permanecer em casa não se aplica (TEIXEIRA et al., 2020). Assim, os profissionais e trabalhadores de saúde envolvidos direta e indiretamente no enfrentamento da pandemia estão expostos cotidianamente ao risco de adoecer pelo novo coronavírus.

Surge então a necessidade de repensar uma reorganização quanto ao formato pedagógico da residência e sobre a maneira de como abordar a educação em saúde, visto que a educação na residência é geralmente vivenciada de maneira coletiva e com aglomerado de pessoas, o que se tornou um desafio nessa pandemia.

No Brasil, o primeiro caso diagnosticado com a Covid-19 foi no dia 26 de fevereiro de 2020 (FARIAS, 2020), pouco antes do início da maioria das residências multiprofissionais, que tem seu começo no mês de março. Com isso, os residentes de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram envolvidos subitamente no enfrentamento dessa emergência sanitária.

De forma a promover participação e com a finalidade de mobilizar esses residentes no exercício laboral, a partir do cenário vigente, o Governo Federal iniciou uma ação estratégica intitulada como “O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde” para o combate à pandemia do novo Coronavírus. Assim, aos profissionais do programa foi concedida bonificação salarial com duração prevista para um período de seis meses (XAVIER et al., 2020), mantida até a presente data, junho de 2022.

As RMS se caracterizam como fortalecedora do SUS e dos serviços, pois contribuem para formação dos profissionais com uma ferramenta diferenciada de aprendizagem centrada na prática (CARMO et al., 2020; XAVIER et al., 2020). Neste sentido, os profissionais residentes encontram-se inseridos no contexto da pandemia, devido a característica intrínseca de seu processo formativo (NUNES et al., 2020).

Um estudo desenvolvido por Teixeira et al. (2020) elencou os principais problemas de saúde dos profissionais atuantes durante a pandemia, como: risco de contaminação desses profissionais e problemas de saúde mental desenvolvidos durante esse período. Esses profissionais enfrentam longas horas com equipamentos de proteção individual, poucas pausas para descanso e tratam pacientes infectados com o vírus, além de lidar diariamente com um volume muito maior

de trabalho. Além disso, é necessário lidar muitas vezes com o distanciamento social de familiares e a constante necessidade de estreitar os cuidados para manter a boa saúde mental, em um período de estresse natural do próprio sistema de saúde (LOTTA et al., 2020).

Uma vez inseridas no SUS, e diante do cenário pandêmico vivido pelo país, as RMS assumem papel de enfrentamento junto aos outros profissionais que estão na linha de frente contra a COVID - 19. Os residentes, juntamente com a preceptoria, continuamente propõem melhorias para o serviço e atuam nelas, com a finalidade de reduzir fragilidades do atendimento e promover iniciativas que favorecem pacientes, profissionais, o hospital e o SUS.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 GERAL

- Analisar a percepção sobre a atividade de preceptoria quanto aos desafios e perspectivas no período pandêmico.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais que atuam no programa de residência multiprofissional, com ênfase na sua experiência profissional e formação técnica;
- Identificar quais mudanças aconteceram nas atribuições dos preceptores durante esse período;
- Verificar quais as dificuldades e as práticas exitosas foram desenvolvidas pelos preceptores nesse período;
- Identificar elementos que possam contribuir para o desenvolvimento da residência multiprofissional pós pandemia de COVID-19 e na vigência de novas emergências e reemergências sanitárias.

4 CAMINHOS TRILHADOS NA PESQUISA

O presente estudo teve caráter exploratório qualitativo e foi realizado com profissionais da saúde que exercem funções de preceptoria, no nível hospitalar, junto a residentes multiprofissionais de um hospital universitário no Rio de Janeiro, Brasil.

4.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Um preceptor de cada área da residência multiprofissional do HUCFF (terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista e enfermeiro) e a coordenadora da residência multiprofissional. Um total de 9 entrevistados.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Em relação aos preceptores, foram utilizados como critérios de inclusão: ser preceptor do hospital escolhido, estar vinculado Residência Multiprofissional e atuar com preceptor há, no mínimo, um ano. A inadequação a qualquer um dos critérios acima foi considerada como único critério de exclusão, bem como a não aceitação em participar da pesquisa. Não houve recusas.

4.3 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados envolveu as seguintes estratégias: revisão bibliográfica, análise de documentos (Regimento Interno dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Plano Diretor para a década 2011 – 2020 e Resolução CNRMS N° 2, DE 13 de abril de 2012), entrevista com preceptores e diário de campo.

Os dados foram coletados pela pesquisadora através de questionário sociodemográfico individualizado e o instrumento de entrevista semiestruturada, aplicado em local e horário de maior

conveniência para os preceptores. Foi assegurado que a pesquisa não comprometeria a sua estabilidade no hospital, além de reforçado os critérios de voluntariedade e confidencialidade.

4.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho foi realizado através de abordagem qualitativa. A técnica utilizada foi entrevista semiestruturada, por apresentar flexibilidade para aprofundar e confirmar as informações apresentadas pelos entrevistados. Segundo Neto (2001), em seu capítulo no livro *Pesquisa Social*, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, pois através dela, é possível obter informações contidas na fala dos entrevistados de forma focalizada. Embora as perguntas fossem pré-definidas, a entrevista acompanhou a informalidade da conversa.

Inicialmente, os preceptores de cada serviço foram contatados, de forma a apresentar a pesquisadora e a proposta da pesquisa. Foi importante que os participantes conhecessem o contexto da investigação e os procedimentos da entrevista de forma a engajá-los no processo.

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2022, e foram utilizados dois instrumentos: o primeiro - folha de dados sociodemográficos com vistas à caracterizar os preceptores, no sentido de conhecer sua trajetória profissional, como tempo de formação, especializações, entre outros. Para isso, foi utilizado um roteiro (Apêndice A) e perguntas da entrevista semiestruturada (Apêndice B).

A entrevista foi registrada por meio de um gravador digital e posteriormente transcritas, e as impressões da pesquisadora foram registradas em diário de campo.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram analisadas a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), indicado para pesquisas que versam sobre uma ideia, uma opinião, uma percepção, ou seja, pesquisas que busquem averiguar o discurso do sujeito individual de modo que estes discursos expressem o pensamento de uma coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006). Esta forma de análise de dados, prima por respeitar na íntegra toda a gama de respostas possíveis presentes nas entrevistas, assim como manter integralmente os termos utilizados pelos participantes (DEMOGALSKI et al., 2021). A escolha dos pesquisadores por esse tipo de análise se justificou

pela possibilidade de acesso à representatividade grupal, dando voz ao coletivo de preceptores e agregando as singularidades das falas aos discursos constituídos.

A técnica do DSC é baseada na construção de um pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinados assuntos (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009). O DSC busca responder a autoexpressão do pensamento ou opinião coletiva (FIGUEIREDO, 2013).

A primeira etapa para análise foi extrair as expressões chaves (ECH), que são trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento, o conteúdo discursivo que geralmente relaciona-se com as questões da pesquisa. Em seguida, a segunda etapa consiste na identificação da ideia central (IC), que, por sua vez, é uma expressão linguística ou um nome, que representa de maneira simplificada, precisa e fiel o sentido de cada discurso analisado e de cada um dos conjuntos de ECH. São as ideias centrais que originarão o DSC (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020; LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

De modo objetivo, a metodologia do DSC consiste em analisar depoimentos e demais materiais verbais que constituem seu principal corpus e extrair de cada um deles as ideias centrais a partir de expressões chave a que se referem. Assim, compõem-se um ou vários discursos-síntese que são os discursos do sujeito coletivo.

Por fim, houve a elaboração da síntese através um discurso crítico. A partir desse relato coletivo foram obtidas informações que podem contribuir para a reflexão e aprimoramento da RMS especialmente durante um evento crítico como a pandemia de Covid-19 (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

Para apresentação dos dados coletados, optou-se por utilizar a sistematização das ideias centrais que emergiram durante a análise das entrevistas e em seguida fazer a discussão dos resultados, ou seja, dos discursos dos sujeitos que expressam suas percepções sobre a atividade de preceptoria durante o período da pandemia (2020-2021).

Procurou-se, na apresentação, interpretação e discussão, ficar restrito ao que foi manifestado pelos entrevistados (preceptores) e aceitar os conteúdos expressados como fidedignos. No momento da discussão buscou-se compreender os resultados relacionando os temas com os referenciais teóricos e estudos empíricos encontrados na literatura. Entretanto é importante assumir a visão/implicação da autora/pesquisadora no processo, uma vez que estava vivenciando todo o

processo como preceptora de um grupo de alunos durante a pandemia. Portanto, as impressões e análises estão também atravessadas pela experiência e afetos da pesquisadora.

5 ACHADOS E REFLEXÕES SOBRE A REVISÃO DE LITERATURA

O levantamento bibliográfico realizado como etapa importante para início da construção da dissertação, buscou responder às seguintes questões norteadoras: como tem sido abordada a temática das residências multiprofissionais em saúde (RMS) nas publicações científicas? Quais evidências disponíveis retratam a RMS com foco na atividade da preceptoría? Existem publicações discutindo a pandemia de COVID-19 no contexto na RMS?

Foi realizada uma pesquisa utilizando o método de revisão narrativa, em que a busca pelos estudos não visou esgotar as fontes de informações, mas sim, levantar dados existentes acerca da temática. As etapas da elaboração foram as seguintes: estabelecimento de questões a serem respondidas; identificação de palavras chaves que compreendesse a temática; e critérios de inclusão e exclusão de artigos bibliográficos.

A partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para seleção das publicações foram utilizadas, em setembro e outubro de 2021, as bases de dados: LILACS (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe), IBCEs (Índice Bibliográfico de Ciências da Saúde), BDENF (Base de dados de Enfermagem) e MEDLINE (sigla em inglês para Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica).

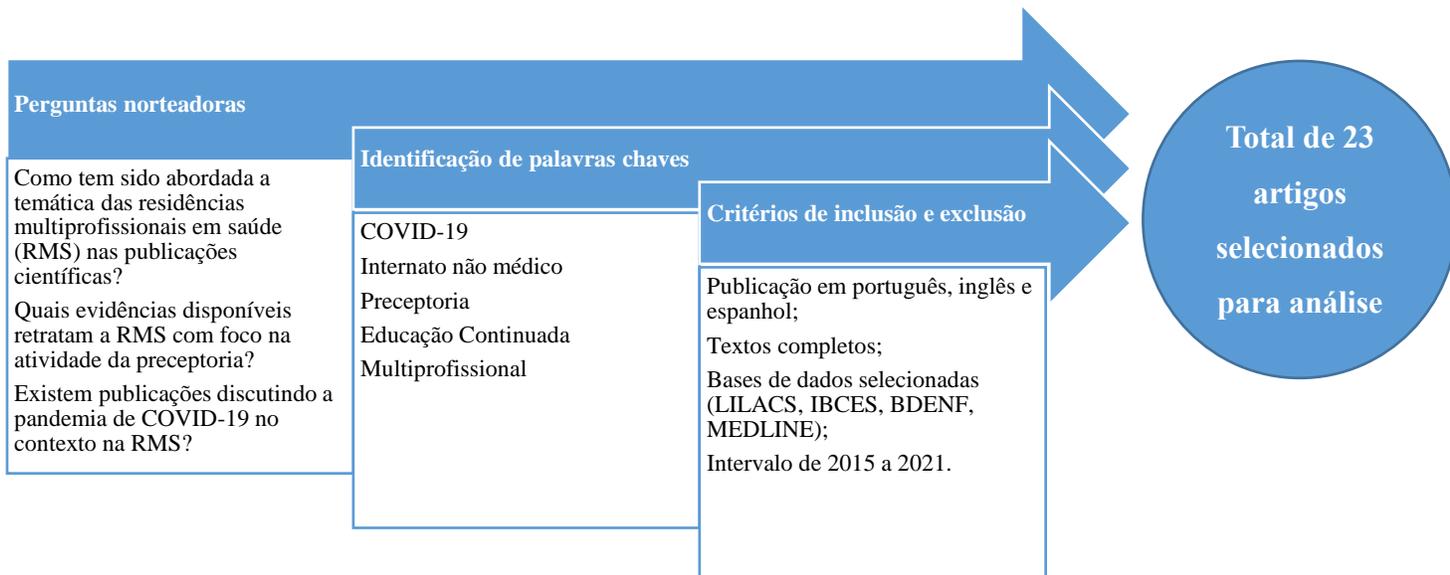
Os critérios de inclusão dos estudos definidos para revisão foram: publicações científicas em português, inglês e espanhol, com textos completos, nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2015 e 2021. O corte de 2015 relaciona-se a última epidemia que o país vivenciou, de Zika Vírus. No fluxograma a seguir (Figura 2) é possível visualizar o caminho percorrido.

Inicialmente foi utilizado o descritor de assunto “Covid-19” and “Internato não médico”² and “Preceptoría” and “Educação continuada”³ and “Multiprofissional” isoladamente e de forma integrada nas bases de dados mencionadas, encontrando um total de 225 referências entre 2015 e 2021, destes apenas 23 foram selecionados por estarem dentro da temática. Alguns apareciam em mais de uma combinação de chaves.

² Convém destacar que não há descritores para residência em saúde nem residência multiprofissional, devendo o pesquisador optar pelo descritor “internato não médico”.

³ Para o Descritores em Ciências da Saúde o termo Educação Permanente é alternativo o termo primário utilizado: Educação Continuada.

Figura 2: Fluxograma para busca na base de dados.



Fonte: autoria própria.

Dos 23 artigos selecionados:

- Na temática “Covid-19” and “Internato não médico” foram encontrados 9 artigos, nos quais 7 se referiam a adaptação da formação e assistência com uso da internet – aprendizado remoto, e 1 artigo mencionava sobre assuntos estudantis quanto a formação. Associando “Covid-19” and “Preceptoria” foram encontrados 58 artigos, entretanto apenas 10 se referiam a preceptoria nas residências, e todo os 10 eram de caráter médico. Associando, “Covid-19” and “Educação continuada” foram encontrados 158 artigos, e correlacionando com “Internato não médico” and “Preceptoria” encontram-se um total de três artigos. Por fim, ao buscar “Covid-19” and “Multiprofissional” encontram-se 547 artigos, sendo destes apenas um acerca da residência multiprofissional – total de 13 artigos analisados.

- Na temática “Internato não médico” and “preceptoria” foram encontrados 22 artigos, sendo 11 de enfermagem, oito médicos e três da residência multiprofissional. Associando “Internato não médico” and “Educação continuada” encontram-se 11 artigos, sendo apenas dois específicos da residência multiprofissional. Por fim, relacionamento “Internato não médico” and “Multiprofissional” emergem 68 artigos, 63 são de caráter médico (residência médica), cinco são de enfermagem, e destes apenas dois focam na residência multiprofissional – total de sete artigos analisados.

- Na temática “Preceptoria” and “Educação continuada” surgem 62 artigos, e destes, apenas oito versavam sobre a preceptoria e a educação continuada no eixo da residência multiprofissional. Por fim, “Preceptoria” and “Multiprofissional” emergem 130 artigos, sendo apenas três destes, sobre a temática da preceptoria e residência multiprofissional concomitantemente – total de três artigos analisados.

- Na relação “Educação continuada” and “Multiprofissional” foram encontrados 201 artigos, sendo que destes 97 versavam sobre a educação continuada e a equipe multiprofissional e apenas oito falavam especificamente da educação permanente em saúde da residência multiprofissional. – total de oito artigos analisados.

Na tabela a seguir é possível visualizar a combinação de palavras chaves com o resultado para análise:

Quadro 1: Combinação de palavras chaves durante busca na base de dados.

Combinação	Total de achados	Total de analisados	Assunto
“COVID” AND “Internato-não médico”	9 artigos	7 analisados	Os 7 referiam sobre adaptação da formação e assistência com uso da internet.
“COVID” AND “Preceptoria”	58 artigos	10 analisados	Os 10 referiam eram sobre a formação de médicos.
“COVID” AND “Educação Continuada”	158 artigos	3 analisados	Apenas 3 versavam com a temática da residência e preceptoria.
“COVID” AND “Multiprofissional”	547 artigos	1 analisado	Apenas 1 artigos discutia a residência multiprofissional em saúde.
“Internato não médico” AND “preceptoria”	22 artigos	3 analisados	Dos 22 encontrados 11 eram de enfermagem, 8 médicos e apenas os 3 analisados sobre a residência multiprofissional.
“Internato não médico” AND “Educação continuada”	11 artigos	2 analisados	Apenas 2 versavam sobre a residência multiprofissional e a educação permanente.
“Internato não médico” AND “Multiprofissional”	68 artigos	2 analisados	Dos 68 encontrados, 63 eram de caráter médico, 5 de enfermagem e 2 sobre a residência multiprofissional.

“Preceptoria” AND “Educação continuada”	62 artigos	8 analisados	Apenas 8 referia-se a preceptoria e educação permanente na residência multiprofissional.
“Preceptoria” AND “Multiprofissional”	130 artigos	3 analisados	Apenas os 3 analisados versavam sobre a preceptoria e a residência multiprofissional
“Educação Continuada” AND “Multiprofissional”	201 artigos	8 analisados	97 versavam sobre a educação continuada e a equipe multiprofissional e apenas 8 falavam especificamente da educação permanente em saúde da residência multiprofissional.

Fonte: autoria própria.

Para a discussão, além dos referenciais do marco teórico, foram selecionados dentro os artigos analisados, 12 artigos que conversam com três temáticas: residência multiprofissional, preceptoria e educação permanente em saúde. Destes 12, apenas um faz referência ao período da covid-19. No Quadro 4, no Apêndice B, é possível observar nominalmente cada artigo, seus autores, ano e tipo de publicação.

Buscando responder a primeira pergunta sobre como tem sido abordada a temática das residências multiprofissionais em saúde nas publicações científicas, encontra-se uma unanimidade em todos os artigos analisados de que a RMS tem como objetivo proporcionar uma formação específica, visando instituir profissionais com perfil para modificar práticas e criar uma nova cultura de intervenção.

Fernandes (2017), Santos e Castro (2017) e Romcy (2019) concordam ao afirmar que os Programas de RMS representam uma das estratégias para repensar o processo de formação por meio da integração de práticas e saberes das profissões envolvidas.

Em todos os artigos analisados a atividade de preceptoria aparece na discussão. De forma direta ou não, todos os artigos descrevem o preceptor enquanto “*profissionais do serviço/assistência*”. Para Mattos (2016), Souza e Ferreira (2019) e Machado e Xavier (2021) os tutores e preceptores, assim como os docentes, compõem a equipe responsável por colocar em prática os Projetos Pedagógicos das RMS, e destacam-se pela sua importância no contexto da formação em saúde na condição de facilitadores da aprendizagem, interlocutores e integradores entre/de assistência e ensino, teoria e prática, instituído e o que se deseja instituir.

Souza e Ferreira (2019) e Machado e Xavier (2021) defendem ainda que o exercício da prática de preceptoria na área de saúde proporciona um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde ocorre.

Estudos sobre o alcance dos objetivos dos programas ainda são escassos. Ainda assim, pesquisas apontam aspectos importantes, espelhados nos eixos que norteiam o programa, retratando suas potencialidades e seus desafios. Entre as potencialidades identificadas na literatura, o caráter intrínseco da interprofissionalidade e do trabalho em equipe dos programas de RMS pode representar uma oportunidade para reflexão sobre as alternativas para a formação de profissionais (MANHÃES et al., 2018; MEDINA, 2016; RIBEIRO et al., 2020).

Pretende-se, assim, rever os caminhos da educação em saúde na direção de um trabalho mais integrado, em equipe, que possibilite uma troca mais efetiva de saberes e práticas (MEDINA, 2016). Ainda que os programas de formação constituam uma estratégia em saúde caracterizada como um modelo de formação de recursos humanos e tenha como objetivo a criação de uma área em comum, a especificidade de cada profissão da saúde envolvida permanece preservada. Foram poucos os trabalhos publicados entre 2016 e 2021 com discussão aprofundada sobre a RMS e preceptoria – em sua maioria são referências relativas ao trabalho da residência médica. Também é escassa a literatura que descreve e fundamenta o processo organizativo da RMS durante o período da pandemia. A maioria das publicações, ainda que muito interessantes, aborda relatos de experiências pontuais, de experimentação e de desafios na clínica.

Dos artigos publicados durante o período analisado, chamamos a atenção para os que apontam: sobre cuidados com saúde do trabalhador explicando paramentação e desparamentação (BRANDÃO et al., 2021); discussão sobre a sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes durante o período (LOTTA et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020); adaptação da formação e assistência com uso da internet (JOHNSON et al., 2021) e medidas de distanciamento social (AQUINO et al., 2020). Embora Lotta (2020), Teixeira (2020) e Aquino (2020) sejam utilizados durante a discussão, não entraram na revisão de literatura, uma vez que contemplavam apenas o descritor “covid-19”.

6 CUIDADOS ÉTICOS

Foram seguidas no estudo as disposições da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e também a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 (CNS, 2012 e 2016), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e aprovado em 08 de setembro de 2021 sob número de parecer 4.950.235 (Anexo A). Em seguida, foi submetido ao CEP do Hospital Universitário Clementino Fraga filho e aprovado em 08 de novembro de 2021 sob número de parecer 5.086.898 (Anexo B).

Os riscos foram considerados mínimos durante a realização da pesquisa. Nenhuma informação pessoal de saúde foi obtida dos participantes. Os eventuais riscos de constrangimento em relação à concessão da entrevista foram minimizados com a realização em local que proporcionou privacidade. Os eventuais riscos diretos ou indiretos de identificação do entrevistado foram minimizados com a omissão, na divulgação dos resultados da pesquisa, de qualquer dado que possa identificá-lo. A gravação da entrevista e o arquivo digital com a respectiva transcrição estão armazenados em local seguro e o acesso permitido somente da pesquisadora e de seu orientador.

As autorizações foram obtidas através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), elaborado a partir de orientações disponibilizadas pelo CEP da Ensp/Fiocruz, com base na Resolução nº 466, de 2012.

Não houve benefícios financeiros para nenhum participante. O estudo se constituiu como uma oportunidade para o participante ser ouvido e ter suas percepções sobre os desafios do processo de preceptoria durante a pandemia de Covid-19 reconhecidas. Não houve nenhum custo para os participantes, além do seu tempo em participar das entrevistas.

7 SOBRE OS SUJEITOS

Participaram da entrevista oito preceptores, um de cada área profissional, e a coordenadora do programa, perfazendo um total de 9 participantes. Os sujeitos do estudo foram identificados através da letra “P” e pelos números de 01 a 09 – na ordem a qual ocorreram as entrevistas – conforme o Quadro 2. Optou-se por identificar a coordenadora pela letra P, assim como omitir a informação da formação de cada preceptor, de forma a preservar suas identidades.

De acordo com a ficha de dados sociodemográficos: 06 (seis) preceptores eram do sexo feminino e 03 (três) do sexo masculino. A idade variou entre 31 e 54 anos. Quanto a formação 66% têm o título de doutor. Destes, apenas um entrevistado tem formação específica na área da educação. Os demais são pós-graduados em áreas como clínica médica, ciências, saúde coletiva e enfermagem.

Dos 9 entrevistados, 6 tinham vínculos de técnico administrativo e 3 de docente. O profissional com vínculo de técnico administrativo é um profissional formado em áreas específicas de nível superior e que, em conformidade com o art. 8º da Lei Federal nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005, tem atribuições e competências como:

“planejar, organizar, executar ou avaliar as atividades inerentes ao apoio técnico-administrativo ao ensino; planejar, organizar, executar ou avaliar as atividades técnico-administrativas inerentes à pesquisa e à extensão na UFRJ e executar tarefas específicas, utilizando-se de recursos materiais, financeiros e outros de que a UFRJ disponha, a fim de assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade das atividades de ensino, pesquisa e extensão”.

Em sua carga horária não há discriminação para atuação enquanto preceptor de residência. Já o profissional docente tem descrito a atividade de preceptoria tanto na resolução conjunta CEG/CEPG N.º 01/99 quanto na resolução CEPG nº 07, de 13 de dezembro de 2019. Estes participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico da Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional das quais participam. Os professores que atuam nesses programas devem ter titulação mínima de mestre e experiência profissional de no mínimo 03 (três) anos.

Quadro 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Código	Identificação	Idade	Ano de formação	Nível de especialização	Área de pós graduação	Vínculo com o hospital	Tempo como preceptor	Residentes por ano?	Carga horária para desenvolver a preceptoria	Horas de preceptoria por semana
P01	Feminino	33	2012	Mestre	Clínica médica	Técnica Administrativa	6	6	Não	12 - 24 horas
P02	Masculino	40	2004	Doutor	Ciências	Docente	9	6	Não	1 - 5 horas
P03	Masculino	43	2000	Doutor	Educação em ciências e saúde	Técnica Administrativa	11	6	Não	1 - 5 horas
P04	Feminino	43	1999	Doutor	Ciências	Técnica Administrativa	5	6	Não	1 - 5 horas
P05	Masculino	40	2002	Mestre	Clínica médica	Técnica Administrativa	12	8	Sim	1 - 5 horas
P06	Feminino	45	2002	Doutor	Clínica médica	Técnica Administrativa	12	8	Não	24 - 30 horas
P07	Feminino	31	2013	Especialista	Saúde da Criança	Técnica Administrativa	2	6	Não	24 - 30 horas
P08	Feminino	54	1990	Doutor	Saúde coletiva	Docente	10	6	Não	1 - 5 horas
P09	Feminino	51	1994	Doutor	Enfermagem	Docente	12	52	Sim	1-5 horas

Fonte: autoria própria.

Para Rocha e Ribeiro (2012, p. 344), “*a função de preceptoria possui características fundamentalmente docentes, uma vez que o preceptor atua em atividades que capacitam futuros profissionais ou residentes para exercerem atividades práticas*”, assim como, em determinados momentos, são necessárias inserções teóricas como subsídio a assuntos abordados durante a prática profissional.

A partir de anotações do diário de campo é possível averiguar que todas as categorias apresentam parceria com universidade, aparecendo, no entanto, em sua maioria, estritamente relacionadas as disciplinas teóricas ministradas para os residentes, e para auxílio nos Trabalhos de Conclusão de Residência. Além disso, 7 de 9 categorias relataram o recebimento de estagiários das graduações.

Segundo o Quadro 2, cada categoria recebe por ano de 6 a 8 residentes, sendo o total de 52 residentes por ano. Esse número varia dependendo da disponibilidade de cada setor em receber residente, ou seja, alguns setores podem receber mais que outros.

O tempo médio de atuação como preceptor relatado foi de 8 anos, e a carga horária de atuação como preceptor variou de 1-5 horas por semana (6 entrevistados) até 24-30 horas por semana (3 entrevistados). O questionamento sobre a carga horária específica para desempenhar a função de preceptor gerou dúvida, uma vez que alguns identificaram essa carga horária como de discussão de caso ou reunião, e outros entenderam como o tempo que disponibilizam na semana para estarem a serviço dos residentes. Todos relataram dificuldade de dissociar a assistência da preceptoria, uma vez que a preceptoria ocorre no âmbito da assistência. Entretanto, o que chama atenção é o fato de não haver articulação entre ensino e assistência, ocorrendo esses em tempos diferentes e dissociados, e não concomitantes e complementares.

Por fim, ao tratar-se de uma equipe multiprofissional inserida em diferentes cenários da instituição de saúde, os dados fornecidos pelos participantes foram diversificados e contemplam a realidade do programa estudado. Cada profissional atua em um setor específico, ainda que dentro de sua área. Foram entrevistados profissionais que atuam em ambulatório e/ou em enfermarias.

8 O CAMPO EM QUE NOS AVENTURAMOS

Com proposta de analisar a percepção dos preceptores sobre sua atividade de preceptoria durante o período pandêmico, optamos que o campo fosse em algum programa de residência multiprofissional. Assim, esse estudo foi realizado no âmbito do HUCFF, conhecido como Hospital do Fundão.

A escolha do local se deu por inquietações pessoais e pelo entendimento de que a preceptoria, enquanto parte primordial para a existência da residência multiprofissional, apresenta necessidades diversas, provocações e acumulações distintas e, conseqüentemente, cenários diferentes.

O HUCFF foi inaugurado em primeiro dia de março de 1978. Foram 28 anos desde o início da construção, até sua inauguração. A história desse hospital desde o início é marcada por um cenário político conturbado e escassez de recursos (UFRJ, 2010). Ainda assim, o Hospital do Fundão surge para a comunidade como uma referência no tratamento de diversas patologias de alta complexidade, além de realizar procedimentos inéditos e estudos pioneiros, sendo um centro de excelência em ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Braço assistencial da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o HUCFF é vinculado ao Ministério da Educação e ao Sistema Único de Saúde e atende, somente, a partir do encaminhamento realizado através da Central Estadual de Regulação. Os repasses por procedimento são feitos a partir das tabelas fixas do governo, com isso o subfinanciamento das atividades assistenciais do HUCFF tornou-se evidente a partir do início dos anos 90, devido à defasagem da tabela SUS de valores pagos por procedimentos. Além disso, a ausência de concursos públicos para renovação e ampliação de seu quadro de funcionários motivou a contratação de pessoal por outros meios, sejam eles cooperativas, fundações de apoio ou, mais recentemente, extraquadro⁴. Ainda, o HUCFF pode contar com a colaboração das residências médica e multiprofissional.

A Residência Médica iniciou seu curso ainda em 1978, e atualmente apresenta 48 Programas de Residência Médica em Especialidades e Áreas de Atuação. A Residência Multiprofissional em Saúde, por sua vez, surge apenas em 2010, a partir de um movimento que buscou aprimorar a formação dos profissionais sob uma ótica mais ampliada (MEDINA, 2016).

⁴ Os servidores extraquadro não possuem nenhum vínculo com a instituição e são de livre nomeação e exoneração.

Ambos os programas têm formações com vistas a atender aos princípios do Sistema Único de Saúde, em especial ao princípio da Integralidade da Atenção à Saúde.

Embora os dois programas ocorram no mesmo hospital, não há aproximação de um com o outro, nem mesmo para aulas teóricas, uma vez que a medicina ainda se encontra apartada das outras categorias. Nas falas dos preceptores é possível encontrar fragmentos que embasam essa afirmação.

“a gente tem 8 profissões [...] só não tem o médico”. (P02)

“a filosofia, a organização deles, é completamente diferente da nossa. Eles são praticamente 100% de serviço. A parte teórica dele, eles não fazem igual a gente, que tem aquela aula, aquela coisa, não. Eles fazem ao longo da própria discussão clínica.” (P09)

No início da criação das RMS no Brasil, a corporação médica, salvo algumas instituições, se opôs fortemente à perspectiva de que modalidade “residência” fosse compartilhada com outras categorias da saúde e não admitia a possibilidade de que os médicos participassem de programas de residência junto com outras profissões da saúde (ROMCY, 2019). Embora não de forma explícita, tal separação ainda acontece, uma vez a residência multiprofissional do HUCFF tem ênfase na clínica médica, e em nenhum momento atividades com a residência médica são descritas.

Em 2020, a RMS do HUCFF contava com um total de 54 residentes. Dentre os profissionais, encontra-se: terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e enfermeiros. Por ano, são ofertadas entre 2 e 6 vagas por setor, e os residentes permanecem por dois anos. A atuação do residente ocorre com auxílio dos preceptores de campo, nossos sujeitos de pesquisa.

De acordo com informações colhidas pelos preceptores durante as entrevistas, cada serviço tem ao menos 2 (dois) preceptores fixos, sendo o restante colaborador externo: extraquadros ou professores substitutos da universidade. Cada categoria tem um coordenador da área que fica responsável pela organização da prática dos residentes do serviço. Ainda, algumas categorias obtêm auxílio de docentes da universidade para supervisão dos trabalhos de conclusão de residência e discussões teóricas acerca da prática.

Com dois anos de formação, a residência multiprofissional do HUCFF tem funcionamentos distintos nos seus dois anos. O modelo de Projeto Político Pedagógico (PPP) para as RMS deve ser “orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (BRASIL, 2012, Art.5º, §2º), preconizando três eixos norteadores:

- 1) Eixo transversal do programa, que é comum a todas as áreas de concentração e profissões do programa, que contempla conteúdos práticos e teóricos;
- 2) Eixo transversal da área de concentração, que é comum a todas as profissões e que contempla conteúdos específicos de determinada área de concentração;
- 3) Eixo específico das profissões, que é específico de cada profissão dentro de cada área de concentração

Nas falas abaixo colhidas durante a entrevista, os preceptores descrevem o funcionamento da residência durante o primeiro e segundo ano do HUCFF (R1 denomina os residentes do primeiro ano e R2 aqueles do segundo ano de formação).

"No primeiro ano eles ficam sob coordenação da coordenação geral, então eles ficam em cenários já pré-programados, que passam de forma multidisciplinar, como na clínica médica e geriatria [...] No segundo ano eles ficam à disposição do serviço." (P01)

"No primeiro ano ficam vinculados as atividades multiprofissionais. E no segundo ano ficam exclusivamente no serviço. É pactuado com eles onde eles vão ficar ao longo do R2, podendo escolher rodar por setores ou ficar em apenas um." (P04)

A partir dos relatos é possível notar um entendimento dessa divisão entre carga horário do R1 e R2 como algo institucional, pré-estabelecido, pois, inclusive, quando falam sobre o primeiro ano de residência todos evidenciam esse ano como multiprofissional, com carga horária teórica focada eixo transversal. Enquanto no segundo, o residente fica à disposição dos serviços com discussões em seus eixos específicos. Considerando a caracterização dos sujeitos entrevistados, em sua maioria profissionais com vínculo de técnico administrativo, mas com formação majoritária de doutores, a articulação entre ensino e assistência deveria acontecer de forma mais uniforme e multiprofissional nos dois anos de formação.

Fernandes (2017) aponta que os programas de RMS representam uma das estratégias para repensar o processo de formação por meio da integração de práticas e saberes das profissões envolvidas, que buscam a qualificação da atenção e do processo de trabalho das equipes, bem como a integração ensino-serviço.

Deste modo, os momentos teórico-práticos marcam a mudança do paradigma educacional que vem reforçar a importância da educação centrada no aluno, considerando que, nestes momentos, os tutores e preceptores devem abandonar o papel conservador de docente transmissor do conhecimento e assumir um papel de facilitadores, com funções de aconselhamento, orientação e motivação direcionadas a aquisição de competências (MACHADO et al., 2021).

Em ambos os anos, os residentes ficam sob supervisão de preceptores e tutores. Dentro de um hospital escola, como o HUCFF, regido pelas diretrizes e condutas do SUS, pode-se compreender que todos os profissionais são considerados preceptores, entretanto para fins formativos são considerados preceptores, apenas profissionais formados com título mínimo de especialista (COREMU UFRJ, 2017).

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa dentro de cada área específica. Já a tutoria caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos (COREMU UFRJ, 2017).

A partir da observação do campo e entrevistas, nota-se uma maior aproximação dos residentes do segundo ano com os preceptores, pois estão imersos nos serviços atuando nas áreas específicas. Enquanto no primeiro ano, quando estão em áreas pré-estabelecidas, ficam mais próximos dos tutores.

“O R1 tem a lógica de estar mais situado em atividades multi mesmo e enfermaria, clínica médica e geriatria, e pontualmente atividade conosco, com atividades teóricas [...] de maneira geral o contato com R1 é mais reduzido e o R2 é um contato mais próximo. No R2 há muito contato prático, enquanto no R1 muito teórico.” (P05)

A partir dos relatos também se nota uma fragmentação entre residência e universidade, aparecendo muitas vezes essa oposição entre ensino e assistência. Segundo Mattos (2016) e Ribeiro (2020) a articulação entre ensino e assistência é intrínseco ao desenvolvimento da residência, além de papel primordial do preceptor. Esse é responsável por articular a teoria com a prática, e proporcionar, ao residente em formação, a aprendizagem no serviço (RIBEIRO et al., 2020).

O preceptor é um profissional que desenvolve a prática do ensino no âmbito do seu trabalho, de forma que ao assumir o papel de educador, precisa estar consciente da responsabilidade que tem com a formação no contexto no qual está inserido. Para isso, é necessário que ele conheça os objetivos a serem alcançados, domine o conhecimento acerca de sua prática e especialidade, assim como tenha habilidades no exercício da arte de ensinar.

Nesse panorama, ao considerar a preceptoria uma prática de ensino em saúde, na qual a aprendizagem permeia o âmbito do trabalho, acredita-se que o profissional inserido na prática assistencial, ao desenvolver o papel de preceptor, também utiliza conhecimentos para o ensino. Embora seja algo descrito na literatura, na prática tal fato acontece em momentos distintos, talvez

porque os preceptores em sua maioria sejam profissionais imersos na assistência, ou porque a carga horária destinada para ensino e a carga horária destinada a prática sejam proporcionalmente diferentes – focada na prática.

Como estratégia para diminuir a distância entre a teoria e a prática, os programas de RMS são permeados pelos conceitos da Educação Permanente em Saúde. Esta busca promover a integração ensino-serviço-comunidade como uma ferramenta fundamental para a formação de profissionais comprometidos com a proposta do SUS, uma vez que nem o SUS nem as universidades e tampouco as unidades de saúde com seus usuários, poderiam realizar de forma desvinculada uma formação do profissional de saúde que atenda as prerrogativas de uma atenção integral em saúde.

Assim, os preceptores que são profissionais do serviço/assistência, aliados a um conhecimento pedagógico, acompanham o desenvolvimento profissional de futuros trabalhadores de saúde. Contudo essa função prevê uma associação da expertise clínica com uma estratégia didática, portadora de estímulos permanentes para a reflexão e a proposição de alternativas viáveis de ensino-aprendizagem (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Considerando o campo apresentado, buscou-se a partir das entrevistas com um preceptor representante de cada área, analisar a percepção sobre a atividade de preceptoria quanto aos desafios e perspectivas no período pandêmico.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados deste estudo, selecionaram-se as expressões chaves (ECH) advindas dos entrevistados, aqui expressas pelas falas na íntegra, apreenderam-se as ideias centrais (IC) e construíram-se os discursos do sujeito coletivo, que a seguir foram discutidos.

9.1 CENÁRIO DE GUERRA

Para a pergunta com temática sobre: funcionamento da residência durante o ano de 2020 surgiram 02 (duas) ideias centrais. São elas: cenário de guerra e medo.

A **ideia central A – cenário de guerra** traz o relato de 03 (três) preceptores entrevistados, que pontuaram esse período como um período de dureza e principalmente dificuldades. Ainda, de forma indireta, todos pontuaram esse período como um período difícil emocionalmente e fisicamente, principalmente pelo desconhecimento sobre a doença e também imprevisibilidade da situação sanitária do país e do mundo.

ECH:

"Acho que foi um cenário de muita guerra, de muita escassez, de muita dureza" (P01)
 "olha gente, isso aqui é um guerra", eu repetia isso todo dia, para todo mundo - "Isso é uma guerra, isso é uma guerra... gente vocês não tem noção do quanto de gente que ta morrendo la em cima", "olha, gente, é o caos". (P02)
 "Foi caótico, porque assim, eu acho que era tudo muito obscuro para a gente." (P04)

DSC 1: Durante a pandemia, os preceptores relataram viver um momento caótico, um cenário de guerra. Isso se deu devido a escassez de materiais e de conhecimento sobre a doença. Foi um período com muitas mortes.

Ao encontro da IC – A surge a **ideia central B – medo** originada de 05 (cinco) falas. Essa IC gerou discursos acerca do medo adoecer, de contaminar um familiar, além do cansaço e sobrecarga do trabalho.

ECH:

"medo da exposição, medo de levar para casa, medo de ser uma vítima; o maior problema foi lidar com o medo do imaginário da doença." (P01)
 "a gente ficou completamente imerso na assistência" (P01)
 "O início de tudo deu muito medo, né? O medo que o residente sentiu, nós profissionais também sentimos, pois, a gente não viveu essa pandemia no passado, né?" (P05)
 "a gente ainda tá sofrendo isso. Todo mundo muito esgotado mentalmente, de sobrecarga."
 "Então eu acho que houve uma sobrecarga muito grande, não é? Dos profissionais. Entre nós preceptores, porque além do ensino, a gente também atende." (P07)

"O medo era de todos." Medo de pegar, medo de ficar doente, de levar para casa." (P08)
 A preocupação do adoecimento, aparece ainda com a saúde mental dos residentes.

"Então, a gente não pode deixar de reconhecer que esses residentes também podem estar passando por um processo de adoecimento. A gente precisa olhar para esses residentes, então a gente tentava acolher. [...] Então, a gente sempre buscava não só a questão da preceptoria. De ensinar, de estar junto em relação à teoria e a prática, mas, de acolher, de conversar com eles, porque todo mundo está esgotado, né? Então, os residentes, eles precisam também de um acompanhamento na residência, na parte da saúde mental. Têm residente em sofrimento." (P07)

DSC 2: Durante o período da pandemia, o medo era de todos. O medo era de se contaminar com a doença, transmitir ou adoecer. Vivemos um período de sobrecarga pois além de sermos preceptores, também estávamos completamente imersos no campo. Ainda estamos sofrendo consequência disso. E é importante reconhecer que o residente também pode estar em sofrimento.

A ideia central A (cenário de guerra) e B (medo) revelam aspectos importantes acerca da saúde mental dos profissionais. Quando se refere à saúde mental no cenário hospitalar, direciona-se o olhar para um campo da saúde polissêmico, plural, e diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, condições altamente complexas que vão além da ausência de doenças. Nota-se que os profissionais de saúde vivenciam, cotidianamente, o desgaste emocional por terem que lidar com fatores estressores no ambiente de trabalho que se exacerbam em momentos de epidemias e pandemias (LOTTA et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020).

Dantas (2021) revela a maior propensão dos profissionais supracitados em apresentaram quadros de depressão e ansiedade, principalmente pelo fato de estarem expostos constantemente ao maior risco de infecção, além de serem requisitados a tomar decisões difíceis, como decidir quais pacientes são prioritários para atendimento, quais profissionais atuarão em linha de frente, além de serem responsáveis por reestruturar a prática de ensino para os residentes.

Ao reconhecer os fatores capazes de impactar a saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia, deve-se pensar que quanto mais prolongada for, mais demandas referentes à síndrome de Burnout podem surgir. Esse é um fenômeno psicossocial que emerge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho e se caracterizam por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho (BORGES et al., 2021).

Dantas (2021) e Borges (2021) apontam como fundamental o olhar atento para os sinais e sintomas de adoecimento psicológico devido a pandemia, uma vez que muitos destes são desconhecidos até mesmo para profissionais de saúde. Os preceptores trouxeram narrativas centradas no cansaço e desgaste físico desse momento, reforçado pela necessidade ou imposição de fazer trabalhos que não competem ao seu serviço.

Pensar no adoecimento dos profissionais provoca uma reflexão acerca dos processos de trabalho, pois dentro desse processo deve haver escuta e acolhimento por parte do coletivo, algo que não ganhou destaque na fala dos entrevistados. Um importante instrumento de construção coletiva é a Educação Permanente em Saúde, pelo qual busca-se refletir o processo de trabalho, sendo este, um processo educativo de fundamental importância para o fortalecimento das ações referentes à saúde do trabalhador.

Na perspectiva da EPS as experiências e os vínculos profissionais são essenciais para potencializar a problematização do processo de trabalho. Nesse sentido, deve ser considerado o protagonismo dos profissionais nos espaços coletivos institucionais, de forma a viabilizar trocas de saberes, reflexões do processo de trabalho e, conseqüentemente, construir novos modos de produção da atenção e cuidado (MATTOS, 2016).

Nota-se o comprometimento de um processo coletivo de acolhimento uma vez que em nenhuma das falas é apontado estratégias institucionais para auxiliar os profissionais durante o período da pandemia, seja ele preceptor ou residente. Ainda, não foi possível perceber projetos, políticas ou diretrizes para profissionais que se encontravam em adoecimento.

9.2 “DURANTE A PANDEMIA TUDO MUDOU, NÉ?”

Neste eixo que compõe as perguntas acerca da: organização da residência durante a pandemia em 2020 e estratégias criadas pelo grupo como resposta, emergiram 03 (três) ideias centrais: protocolos do serviço durante a pandemia; mudanças na organização da residência; e reunião de preceptores.

A ideia central C – **protocolos do serviço durante a pandemia** envolveu falas principalmente acerca da organização de cada serviço e suas diferenças e particularidades. O discurso unânime foi referente a diminuição de pessoas circulando no hospital e adaptação de reuniões e aulas para o remoto, tal fala apareceu diretamente na fala de todos os entrevistados.

ECH:

"O que a gente sabia inicialmente, é que a gente tinha que diminuir o número de pessoa circulando." (P01)

As estratégias variaram de acordo com cada serviço. Algumas equipes dividiram-se em equipes COVID e equipe não COVID, outros receberam suporte de professores substitutos ou contratações extraquadros. Em geral, todos os preceptores apresentam mudanças quanto carga

horária presencial e teórica, assim como suspensão de algumas atividades – principalmente do primeiro ano. A partir dos relatos, percebe-se que houve uma mobilização interna das categorias para responder as demandas que surgiram durante a pandemia.

ECH:

“Teve muitas assimetrias pelo que tive notícias, pela diferença, assim, por exemplo a fisio, né. A fisio foi uma que os residentes entraram de cabeça no cti covid, então para eles pedagogicamente a atividade que eles foram designados tinha mais a ver com o projeto inicial da atividade mesmo que seria normal, então para eles acredito que tenha sido muito agregador. A farmácia [...] não conseguiu isso.” (P02)

“Cada um, cada categoria, eu acho que tem um perfil diferente. Tomamos algumas decisões comuns como: no início fazer uma escala para não vir todo mundo. Agora, o tipo de atendimento, isso aí cada área fez a sua. Me reuni bastante com os residentes, com os RIs para dar esse suporte, como fazer, como lidar, tirar as dúvidas, trabalhar um pouco a angústia deles, mas algumas decisões foram comuns, outras, foram de cada área.” (P08)

DSC 3: Durante a pandemia, foi necessário criar estratégias para lidar com esse período.

Destacam-se assimetrias entre as diversas categorias, mas algumas estratégias foram comuns a todos como: diminuir circulação de pessoas, criação de escalas de trabalho e discussões de caso de forma remota.

Nessa IC surgiram falas quanto as assimetrias entre as categorias. Algumas conseguiram atuar ativamente desde o início, pois as intervenções que já faziam parte do escopo do trabalho, enquanto outras não conseguiram manter as atividades regulares por um período ou tiveram que se adaptar. Ainda, não foram identificadas diretivas institucionais que pudessem nortear os preceptores de cada área quanto a atuação dos residentes durante esse período.

A necessidade de reorganizar o formato pedagógico da residência foi inevitável durante o período pandêmico, uma vez que geralmente esta é vivenciada dentro do processo de maneira coletiva e com aglomerado de pessoas (BRANDÃO et al., 2021). Entretanto, ainda que de forma adaptada, foi possível identificar práticas exitosas no que diz respeito a criação de estratégias imediatas para organizar as atividades da residência durante esse período e reduzir o risco de contaminação dos profissionais, como: a adaptação de aulas e reuniões para o modo remoto, escalas de trabalho entre as equipes, de forma a diminuir circulação de pessoas, e discussões de casos remotamente. Tais estratégias contribuíram para a construção de protocolos em situações de risco a saúde coletiva assim como manter a continuidade do programa.

Embora seja possível observar práticas exitosas estabelecidas por cada serviço, é importante destacar que não houve relatos de estratégias criadas ou ofertadas pela instituição. Assim, percebe-se de forma clara o distanciamento com as práticas da EPS, uma vez que as ações foram feitas de

forma restrita e centrada em cada área. Enquanto a EPS, sendo uma opção política da instituição, estabelece a problematização do processo de trabalho de forma coletiva e multiprofissional.

A ideia central D – **mudanças na organização da residência e do serviço**, formada a partir de 05 (cinco) relatos, discorre sobre as mudanças, principalmente estruturais da prática, que necessitaram de adaptação de toda a equipe para atender as demandas do período de pandemia. Vale reforçar que inicialmente, só era permitido entrar em áreas COVID uma equipe mínima, prioritariamente, médico e enfermeiro.

ECH:

"durante a pandemia tudo mudou, né?" a prioridade eleita foi atender os profissionais da linha de frente, até porque à época, eram pouquíssimos profissionais que tinham essa autorização [de entrar nos setores COVID]." (P03)

"logo que foi decretado, foi aquele susto [...], até saber como ia ser, como a gente ia se organizar, em termos de EPI, cuidados que a gente teria que ter, porque a gente não sabia nada.[...] inicialmente, os residentes ficaram um R1 e um R2, juntos e com um preceptor" (P08)

"A gente tinha que sair dessa proposta original porque não tinha como atender. Primeiro que tínhamos professores de risco que não podiam vir pra cá. Segundo que o hospital estava precisando. O diretor convocou os residentes da médica e múlti. Então o que que a gente fez? A gente desfez a proposta inicial daquela coisa de dividir em grupo, de ficar o primeiro ano dando escala e botou cada um nos seus serviços e dando o apoio a quem precisasse. Assim que a situação normalizou, que a gente podia já voltar a se reunir, a gente resgatou as atividades" (P09)

Ainda, houve discurso sobre momentos de decisão, principalmente no aspecto organizacional da residência para a formar o residente para atuação.

ECH:

"Foi muito desafiador. Porque o que que acontece, você fica entre a cruz e a espada: ou você atende a parte pedagógica ou você atende hospital. A gente optou em atender hospital, porque bem ou mal, eles tão dentro e fazem parte do SUS. É a proposta do SUS. E eles recebiam também uma bonificação por trabalharem com essas pessoas de covid. Então a gente não podia tirar eles da linha de frente, mas eu acho que tudo vale como aprendizado. Eu acho que tem o prejuízo da questão da proposta que o curso tem, mas também a gente tentou, de uma certa forma, alinhar o que a gente podia. A experiência eles não ficaram sem, não ficaram como era, mas a experiência eles tiveram" (P09)

"Então, a gente tentou dar uma residência mista, que eles aproveitassem a oportunidade de estar no hospital, que tinha atenção à covid e desenvolvimento ali de habilidades, competências, relacionadas à pandemia que foi um marco histórico." (P05)

DSC 4: Durante a pandemia tudo mudou. Foi preciso sair da ideia original e reorganizar a forma de realizar assistência para absorver os residentes e manter o serviço funcionando, pois, poucos profissionais tinham acesso aos setores COVID. A partir dessas mudanças, os residentes tiveram a oportunidade de vivenciar esse marco histórico da saúde pública e atuar de forma coletiva junto com os preceptores.

Novamente emerge nas falas a dicotomia entre ensino e assistência, dessa vez, sendo colocada como uma escolha sob a outra. A partir da análise das falas acima e aproximação com os conceitos da EPS nota-se uma fragmentação dos objetivos primários determinados pela política – que aponta uma aproximação entre as duas práticas, ensino e assistência.

Os tutores e preceptores, assim como os docentes, compõem a equipe responsável por colocar em prática os Projetos Pedagógicos das RMS, e destacam-se pela sua importância no contexto da formação em saúde na condição de facilitadores da aprendizagem (MATTOS, 2016). Percebe-se que no grupo de preceptores entrevistados há reconhecimento da importância de ensino e assistência, entretanto ainda existe confusão quanto a forma como ocorre essa aproximação na prática.

Dallegrave (2013) citando Fajardo (2011) contextualiza a RMS enquanto um lugar no qual *“a residência não é só trabalho, nem só formação; que o residente não é só trabalhador, nem só estudante; e que o preceptor não é só profissional da assistência, nem só professor”* (p. 18), não mesclando essas diferenças, mas estabelecendo um meio entre elas, de forma esta seja uma das formas de demonstrar a complexidade de definições e relações que envolvem esse processo formativo (ROMCY, 2019).

Dessa forma, uma vez inseridas no SUS, e diante do cenário pandêmico vivido pelo país, as residências assumiram um papel de enfrentamento junto aos outros profissionais que estavam na linha de frente. Observa-se que a construção do conhecimento durante o processo de formação do residente, não é influenciado apenas pela prática, mas, sobretudo, por uma proposta curricular devidamente alinhada às necessidades de saúde da sociedade, e às diretrizes curriculares nacionais que recomendam a construção de um perfil acadêmico e profissional dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Uma vez inserida em um contexto de pandemia, o coletivo de preceptores e coordenadora(a) da residência tiveram a necessidade de reformular quais caminhos seriam seguidos, assim como priorizar o que era necessário para o momento.

Tais mudanças seguem de encontro com a perspectiva da EPS, que defende o processo educativo ocorrendo a partir da reflexão crítica sobre a realidade vivenciada no local de atuação (MAROJA; ALMEIDA JÚNIOR; NORONHA, 2020). A atuação do residente durante a pandemia é característica intrínseca do processo formativo pautado na EPS (NUNES et al., 2020). Essa

atuação se deu a partir do entendimento que o cotidiano é um lugar passível de mudanças e reinvenções, inclusive dentro do contexto hospitalar.

A ideia central E – **reuniões de equipe** gerou discordâncias entre o coletivo de preceptores. Alguns referem ter acontecido reuniões com a presença de preceptores de todas as áreas, outros referem apenas reuniões dentro de cada categoria.

ECH:

“Tiveram reuniões para decidir o que fazer com os residentes do R1. Usaria como mão de trabalho ou não” (P02)

“O que se tinha no início era de que era preciso suspender a programação geral, até que as condições sanitárias mudassem. E que cada serviço teria que se adaptar e oferecer aos residentes o que fosse possível dentro da sua área.” (P03)

“Não houveram reuniões. Não teve planejamento multi. Hoje em dia eu percebo a integração dos coordenadores de área e assim, mais a necessidade de apagar incêndios, tipo a nossa que aconteceu, para as pessoas entenderem o que é R1 e o que é R2.” (P06)

DSC 5: Durante o período da pandemia, não teve planejamento multiprofissional. Cada serviço decidiu como se organizaria para receber os residentes e manter as atividades de preceptoria.

Na Educação Permanente em Saúde os processos de aprendizagem ocorrem a partir de reflexões e problematização do processo de trabalho em saúde (GONÇALVES et al., 2019). Reuniões de grupo de trabalho devem ser contínuas e pautadas na resolução de problemas a partir da realidade vivenciada. Reconhecer as necessidades e demandas educativas são caminhos que fornecem pistas para o processo de formação adequado.

As barreiras impostas à implantação da educação permanente ocorrem devido à falta de organização dos serviços e das escalas dos profissionais de modo a favorecer a criação de espaços de discussão que possibilitem uma reflexão sobre a prática e a promoção de melhorias no cuidado prestado aos usuários. Fazer caber no cotidiano dos serviços espaços de educação permanente torna-se um desafio face às inúmeras demandas, rotinas e processos de trabalho que dificultam o encontro dos profissionais. Por considerarem a educação permanente um processo que impõe uma série de desafios que precisam ser transpostos e garantir sua efetividade, Rosa (2016) afirma ser fundamental inseri-lo na rotina de trabalho e considerar, portanto, as atividades dentro da carga horária contratual do trabalhador.

Ao pensar no vínculo dos profissionais entrevistados, em que sua maioria é técnico administrativo, percebe-se que se prática da EPS não estiver enraizada e estruturada no serviço, essa não encaixará na sua rotina, que é essencialmente assistencial. Embora o projeto político pedagógico da RMS no HUCCF esteja embasado a partir da EPS, percebe-se poucas estratégias

pautas nessa lógicas, restringindo-se ao entendimento de atuação a partir das demandas locais e reuniões internas de equipe, em que, segundo os preceptores ocorrem discussões acerca dos processos de trabalho interno, assim como discussões de caso e planejamento de estudos.

O desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. Isso faz com que os serviços de saúde necessitem rever os métodos utilizados em educação permanente, de forma que esta seja um processo participativo para todos. A EPS tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar. Essa seria uma educação muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural.

Ainda nesse tópico, é possível encontrar elementos éticos claros do uso da residência como força de trabalho, porém sem a devida qualificação e preparação. As estratégias de qualificação descritas pelos preceptores foram organizadas de forma interna por cada categoria, que buscou através de aulas, leituras e treinamentos a qualificação dos residentes. Percebe-se a falta de direcionamentos institucionais para atuação dos residentes durante o período, assim como para sua formação.

9.3 A FORMAÇÃO DO RESIDENTE DURANTE O CENÁRIO DE PANDEMIA

A ideia central F – **prejuízo da formação do R1 e do R2**, é uma fala que apareceu em todas as entrevistas, principalmente quanto aos prejuízos do residente do primeiro ano. Esse prejuízo se deu não só no que diz respeito a atenção aos detalhes pedagógicos e de ensino, mas também no coletivo de residentes.

ECH:

“Quando a gente fez a avaliação o [tutor] falou que eles não eram uma turma, eles eram dois grupos dentro da turma. E no passado a gente tinha uma turma que para algumas atividades se dividia em grupo. Hoje, segundo a avaliação do [tutor], que é o preceptor deles, a gente tem dois grupos e eles não se identificam como turma, se identificam com o grupo que eles estão. Então esse talvez tenha sido o prejuízo da pandemia. Pelas relações terem sido divididas né? Aí agora só o futuro vai nos guiar.” (P09)
 “Certamente o R1 ficou mais comprometido” (P04)

As aulas do primeiro ano passaram a ser remotas assim como as reuniões e discussões entre as equipes.

ECH:

"Normalmente existe um momento, uma organização de uma reunião de preceptoria, porque a gente estabelece uma discussão de textos para atuar nos atendimentos realizados na semana. Mas foi algo que naquele período, não estava sendo possível, entendeu?" (P07)

Além disso, os preceptores também referem prejuízos devido: as aulas terem sido remotas, por terem ficado um tempo sem atividades multiprofissionais, terem tido redução da carga horária e conseqüentemente diminuição do contato para evitar contaminação. O artigo de Araújo et. al (2021) corrobora com essa análise, uma vez que reflete as dificuldades do trabalho remoto, elencando a falta de interação social durante as atividades *online* como um prejuízo. Como forma de aprofundar tal afirmação, uma das perguntas do roteiro se referia a **articulação entre a teoria e a prática** – ideia central G – durante esse período.

Segundo preceptores, essa articulação aconteceu ainda que de forma adaptada – *online* e com tópicos de interesse coletivo – uma vez que o cenário o qual estava sendo vivido, era alvo de constantes discussões. Inclusive, alguns preceptores acreditam que momentos de discussão das próprias situações clínicas, também contribuiriam tanto para a formação do residente quanto para sua prática assistencial.

ECH:

"A preceptoria atuou no sentido de apoiar os residentes [...] o que fizemos mais intensamente foi refletir sobre a nossa prática. Isso não era uma opção, mas sim uma necessidade. Foi um desafio didático e assistencial." (P04)

"É o que que eu penso: a covid proporcionou isso, foi um ponto positivo porque por mais que o aluno estivesse com medo, ele entrava com medo mesmo. Botava o EPI, não sabia se ia pegar mesmo com o EPI. Todo mundo meio que com medo". (P06)

"os residentes favorecem reflexões sobre a prática que qualificam o atendimento. Eu acho que o aprendizado da preceptoria é esse. É a troca." (P07)

DSC 7: Durante a pandemia, os residentes, junto com os preceptores, buscaram estratégias para manutenção da residência. A preceptoria atuou no sentido de apoiar os residentes, refletir sobre a prática e qualificar o atendimento. Foi um período de troca em que os residentes puderam colaborar com a assistência.

Os preceptores constituem-se como elementos essenciais no processo de formação profissional na RMS, sem os quais seria impossível aos residentes criar, experimentar e experienciar uma nova concepção de formação em saúde (MATTOS, 2016). Embora em diversos momentos das entrevistas os preceptores apresentem as dificuldade em estabelecer a articulação entre o ensino e prática, nota-se um constante esforço de fazer essa aproximação – ainda que de forma adaptada no modo remoto.

As ideias centrais F (prejuízos da formação do R1 e R2) e G (articulação entre teoria e prática) apresentam principalmente os aspectos relacionados ao impacto que a pandemia teve na rotina da residência. Defende-se que o exercício da prática de preceptoria na área de saúde proporcione um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde ela ocorre (SOUZA; FERREIRA, 2019), dito isso, pode-se entender que atuar durante a pandemia, fazia parte do contexto atual, assim como parte do processo formativo do residente.

Tais práticas, reorientam-se novamente para o conceito da EPS, que trabalha numa perspectiva coletiva, multiprofissional, e tem por objetivo a transformação de práticas, pois se fundamenta na resolução de problemas para fins de mudanças institucionais quando necessárias, favorecendo a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento de equipes (MANHÃES et al., 2018).

A aprendizagem ativa de situações-problema favorece o aprender, e a preceptoria pode propor reflexão sobre problemas cotidianos da profissão a fim de buscar o acontecido e propor a solução. As próprias situações de trabalho instigam o preceptor a buscar outras fontes de conhecimento para resolvê-las, como aconteceu nas discussões remotas. Corroborando com essa ideia, a prática pedagógica não se resume a encontros teóricos — ela acontece na vivência do cotidiano, ou seja, pela experiência viva que essa prática se constitui como um evento social.

As ideias centrais C (protocolos do serviço durante a pandemia), D (mudanças na organização da residência e do serviço), F (prejuízos da formação do R1 e R2) e G (articulação entre teoria e prática), ainda que com ressalvas, demonstram estratégias exitosas que contribuíram para a continuidade da residência durante o período pandêmico, sendo elas: diminuição da circulação de pessoas, a partir da criação de escalas entre as equipes; e adaptação das aulas e reuniões para o formato remoto.

9.4 PRECEPTOR E RESIDENTE: “APESAR DE TUDO, ESTÁVAMOS TODOS JUNTOS”

A relação entre preceptor e o residente apareceu fortemente em todas as entrevistas, originando a ideia central H - **contato com o residente**. Essa envolveu aspectos sobre o relacionamento com os residentes, tanto de aproximação quanto de afastamento e gerou momentos de reflexão, principalmente no que diz respeito às diferenças entre o contato com os residentes do primeiro e do segundo ano.

ECH:

"O R2 já vinha treinado então foi possível absorvê-los no serviço, entretanto o R1 estava chegando, então não tinha tempo para dar atenção pro residente. Foi frustrante para o aluno e também para os preceptores, e aí ficou um gap de uns 3 meses na formação efetiva dos r1, ficou mesmo." (P02)

"foi uma situação tão excepcional [...] acho que nos aproximamos tanto como profissionais que acabou ficando uma linha tênue entre preceptor e residente. Acho que mais do que nunca foi uma relação horizontalizada" (P03)

A maioria dos entrevistados destacou esse período como um período de aproximação com o residente. Em que houve relatos de cumplicidade entre a equipe, sendo as relações pessoais um facilitador para o trabalho, assim como para a organização e melhor andamento de cada setor. O preceptor trabalha na perspectiva de dar suporte pedagógico à formação, mas além disso, como sinaliza Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019) constroem em conjunto com os mesmos estratégias para lidar com as questões do cotidiano do trabalho e da saúde mental.

ECH:

"Apesar de tudo, estávamos todos juntos participando, se cuidando, eu acho que teve essa mudança de relacionamento e cuidado". (P08)

"Com relação a pandemia eu acho que os conceitos da multi se implementados nessa pandemia, é ok, entendeu? Porque você precisava cada vez mais do outro. Você não consegue fazer separado. A gente viu que ninguém nem sabia o que que a fisioterapia fazia, o que que a TO fazia, o que que a psicologia fazia... e a pandemia mostrou. Então eu acho que se a gente pegar o que eles viveram na pandemia e poder levar isso pra hoje, essa atividade, a gente vai ver que vai enriquecer mais e que a pandemia proporcionou, na prática, o que a gente tenta mostrar na teoria, o que é possível fazer. Pena que a gente foi pega de surpresa pela pandemia, a gente também não sabia. E foi aprendendo aos poucos." (P09)

DSC 8: Durante o período da pandemia, foi possível ter auxílio dos residentes do segundo ano, uma vez que eles já vinham treinados. Nesse período foi possível que as áreas se reconhecessem e possibilitou mostrar na prática, o que está prescrito na teoria. Enquanto coletivo concorda-se que, durante a pandemia, houve acolhimento e troca com os residentes.

A relação entre **preceptoria e assistência** foi destaque da ideia central I. Essa IC provocou reflexões acerca da prática pessoal e coletiva com os residentes, assim como questionamentos sobre a formação de preceptor e o seu papel no hospital.

ECH:

"O que a gente sempre fala, A gente é colocado como preceptor, mas a gente não recebe uma formação como preceptor. Tem também a questão, os residentes são profissionais, mas até que ponto eles têm autonomia? Até que ponto eles podem ficar sozinhos para atender? São questões que a gente não tem essa preparação, essa capacitação para ser preceptor, a gente aprende mesmo aqui." (P07)

"No início da residência a gente teve um curso de preceptoria e a enfermagem ficou responsável por coordenar. Tinha um representante de todas as áreas, depois passou muito tempo sem ter [...] e depois não teve mais. Agora esse ano a gente vai resgatar tudo, porque assim, os problemas estão aflorando em muitas áreas. Então por mais que haja dificuldade

dos residentes em perceber qual é o papel do preceptor, o outro lado também não está contribuindo, então precisa chegar num acordo, vamos dizer assim, de eu saber com quem que eu posso contar e qual é o meu papel.” (P09)

Dilemas quanto ao que é ser preceptor aparecem nos trabalhos de Autonomo et al. (2015), Rosa (2016), Arnemann et al. (2018), Chianca-Neves, Lauer-Leite e Priante (2020) e Demogalski (2021). A literatura define e os autores corroboram que o preceptor se apresenta como facilitador para educação individualizada, que favorece a articulação de conhecimento a habilidades práticas, colaborando com a aprendizagem reflexiva mediante a educação interdisciplinar.

O preceptor deve ter conhecimento teórico, didático e político e a experiência dele é fundamental para unir e articular a graduação ao mercado de trabalho. Ele não exerce apenas um papel de formação de habilidades e técnicas específicas da profissão, mas também influencia na humanização, ética e na formação de opinião daqueles que o acompanham.

É necessário refletir sobre a formação pedagógica do preceptor para avaliar se ela favorece a qualificação para o exercício da preceptoria e, portanto, repensar o campo da prática e do ensino, aproximando-os, para que se integrem na formação do profissional de saúde. Um método efetivamente utilizado para a qualificação profissional é a ferramenta da educação permanente, que se concretiza com a realização de encontros sistemáticos entre preceptores, professores e coordenadores na busca por meios de entender e transformar essa realidade.

Cursos sobre a preceptoria que exponham os papéis de cada integrante que envolve residência multiprofissional é uma forte estratégia de capacitação. A educação permanente em saúde defende a capacitação de profissionais de forma contínua e de acordo com as necessidades do serviço (HAUBRICH et al., 2015; SILVA; SCHERER, 2020).

Entretanto, é muito comum que, na tentativa de promover ações de educação permanente dentro dos serviços, os gestores adotem projetos de capacitação profissional (ROSA, 2016). Mas existem diferenças entre esses dois processos.

Segundo à Política de Educação Permanente (Brasil, 2009, p. 40) é possível levantar três questões principais, associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde:

- nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;
- a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso.

- finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.

Desse modo, um bom ponto de partida para o desenvolvimento de uma estratégia consistente de educação permanente seria conhecer a realidade dos serviços e a partir das experiências já adquiridas pelos profissionais, levantar sugestões e promover espaços de troca e discussões relativas ao processo de trabalho. É preciso valorizar o conhecimento produzido no próprio cotidiano do serviço, mas acima de tudo estimular a reflexão acerca do mesmo, de forma a superar as possíveis dificuldades encontradas e possibilitar novas ações que promovam uma atenção cada vez mais integral aos usuários.

Em um hospital escola, como o HUCFF, e de acordo com os preceitos do SUS, todos os profissionais dentro da instituição são considerados possíveis preceptores de residentes, entretanto, mostra-se um impasse com relação a isso.

ECH:

"pelo regimento todo mundo é preceptor [...] mas designei pessoas que tem mais aptidão para exercer essa função. Quem faz direito, quem faz com cuidado, quem recebe o aluno, que tem esse olhar." (P02)

"Então, eu acho que a gente tenta sensibilizar os profissionais que trabalham dentro do hospital universitário e que 'tá' no código de ética, a formação de outros profissionais." (P04)

"Eu não sei como é que serão as próximas questões porque assim, não é um mar de rosa não, tá? É uma carga horária extra, as pessoas não querem se envolver e a gente depende de uma série de estruturas que às vezes a gente não tem. A universidade dá mais valor pro stricto sensu do que pro lato sensu né? Tem a questão do quadro funcional, a gente tem quadros de quem é RJU, quem é contratado, quem é terceirizado... então tem toda uma dinâmica que não é um mar de rosa. Por mais que a gente fale é tudo muito penoso, vamos dizer assim. E as pessoas que estão até hoje são as pessoas que ainda acreditam na proposta" (P09)

DSC 9: Há um impasse sobre quem é preceptor ou não é. Muitos preceptores não querem assumir essa responsabilidade. Ainda, há questionamentos sobre a falta de preparação para essa atividade.

Como dito anteriormente, a formação de residentes é um compromisso das instituições de saúde com o SUS, e tem esse compromisso embasado legalmente tanto na Constituição Federal quanto na Lei nº 8.080 /1990. Entretanto, há tempos se discute a necessidade de investimentos em dispositivos que permitam uma melhor formação e qualificação do profissional de saúde. Por um lado, critica-se o processo de formação dentro das universidades por ser muita das vezes desvinculado da realidade dos serviços de saúde. Por outro, o fato de os profissionais de saúde reproduzirem um modelo biologicista, centrado na doença, dificulta o estabelecimento de um espaço de formação mais criativo para os futuros profissionais da área (ROSA, 2016).

Portanto, além de se pensar em estratégias que contemplem a política de educação permanente, é necessário pensar na identidade, na pessoa, na personalidade desse profissional a ser capacitado. O preceptor abarca saberes profissionais que vivificam sua prática e legitimam sua vida profissional, trazendo consigo valores, crenças, cultura e ética, que merecem ser conhecidos e bem trabalhados.

Com a possibilidade de aperfeiçoamento por meio de ferramentas da educação permanente, os residentes podem buscar apoio dos preceptores e da equipe multiprofissional, sentindo-se valorizados e estimulados para enfrentar questões complexas relacionadas ao trabalho, seguindo o fluxo de qualificação e crescimento profissional.

9.5 LEGADO: “CONSTRUÇÃO DE RESPOSTAS E NOVAS DEMANDAS”

Nesse capítulo nos aproximamos das falas finais da entrevista, que envolveram perguntas acerca das aprendizagens do período. Destacam-se 03 expressões chaves e delas emerge a ideia central J – **aprendizagem**.

ECH:

"Eu acho que isso demonstra muito bem o potencial que os residentes têm de aprendizagem. Eu acho que, às vezes, eles são colocados num lugar de passividade, são um tanto quanto tutelados. Isso depende muito das posturas dos preceptores, mas eu acho que nessa situação, ficou muito claro, pelo menos para mim, o quanto que eles podem aprender e veja, e não apenas receber, mas dar, contribuir efetivamente para a construção de uma rotina assistencial para a construção de respostas a demandas novas. E tudo isso como parte de um processo formativo, né? Onde o preceptor entra para ser um facilitador." (P03)

"Foi um momento muito bom de aprendizagem, de estudo mesmo na área, eram muitos protocolos novos, muita experiência internacional." (P05)

"o aprendizado da gente não se desesperar, o emocional, porque eu via muito desespero em torno de conhecimento." (P06)

DSC 10: Tendo em vista essa necessidade de articulação da teoria com a prática e a responsabilidade da formação durante a residência, alguns preceptores acreditam que momentos de discussão das próprias situações clínicas também contribuiriam tanto com a formação do residente quanto na sua prática assistencial. Houve reflexão sobre o papel do residente dentro do sistema e mudança da parte deste de forma a contribuir ativamente para a construção da rotina assistencial.

Por mais que se esteja estruturado o trabalho de preceptoria, é preciso estar sempre aberto para o novo, o imprevisível. A pandemia revelou a capacidade de se reinventar frente a situações difíceis, de se colocar no lugar do outro.

A educação em saúde está presente diariamente nas relações interprofissionais, pois se baseia em uma prática em que o saber técnico deve servir para oportunizar o fortalecimento dos profissionais de saúde nessa troca de experiências. É possível perceber, a partir das ECHs, a autonomia dos residentes como promotor de conhecimento no contexto de saúde geral da pandemia.

As ideias D (mudanças na organização da residência e do serviço), F (prejuízos da formação do R1 e R2) e H (contato com o residente) expressam de aspectos importantes almejados na educação permanente em saúde, como um incentivo à autonomia do aluno, estimulando-o de forma a assumir o protagonismo na busca da construção do conhecimento.

As ideias centrais C (protocolos do serviço durante a pandemia), D (mudanças na organização da residência e do serviço), F (prejuízos da formação do R1 e R2), G (articulação entre teoria e prática), H (contato com o residente) e J (aprendizagem) demonstram de forma clara o legado da pandemia no ano de 2020 para a residência multiprofissional do HUCFF. Se por um lado houve prejuízos pedagógicos, por outro foi um momento de constante troca intrassetores.

Cada serviço traçou um caminho para viabilizar a preceptoria nesse período. Na mesma lógica de organização do programa, os coordenadores de cada área entenderam que deveriam se reunir, conversar, se encontrar para fazer o desenho de suas ações com os residentes do grupo, expor opiniões e acrescentar ideias com os outros colegas preceptores.

10 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Ao todos foram elaboradas 10 (dez) ideias centrais que resultaram em 10 (dez) discursos do sujeito coletivo (DSC) apresentados no Quadro 3:

Quadro 3: Discursos do Sujeito Coletivo

DSC 1:
Durante a pandemia, os preceptores relataram viverem um momento caótico, um cenário de guerra. Isso se deu devido à escassez de materiais e também de conhecimento sobre a doença. Foi um período com muitas mortes.
DSC 2:
Durante o período da pandemia, o medo era de todos. O medo era de se contaminar com a doença, transmitir ou adoecer. Os preceptores vivenciaram um período de sobrecarga, pois além de serem preceptores, também estavam completamente imersos no campo. Percebe-se que ainda se está sofrendo consequência disso. Os preceptores reconhecem também que o residente pode estar em sofrimento.
DSC 3:
Durante a pandemia, foi necessário que os preceptores criassem estratégias para lidar com esse período. As diversas categorias se organizaram de modos diferentes, mas algumas estratégias foram comuns a todos como: diminuir circulação de pessoas, criação de escalas de trabalho e discussões de caso de forma remota.
DSC 4:
Durante a pandemia tudo mudou. Foi preciso sair da ideia original e reorganizar a forma de realizar assistência para absorver os residentes e manter o serviço funcionando, pois, poucos profissionais tinham acesso aos setores COVID. A partir dessas mudanças, os residentes tiveram a oportunidade de vivenciar esse marco histórico da saúde pública e atuar de forma coletiva junto com os preceptores.
DSC 5:
Durante o período da pandemia, não teve planejamento multiprofissional. Cada serviço decidiu como se organizaria para receber os residentes e manter as atividades de preceptoria.
DSC 6:

Durante a pandemia, os preceptores concordam que a formação do R1 ficou prejudicada devido diminuição de carga horária teórica e prática, assim como a suspensão temporária das atividades do primeiro ano que acarretaram a separação não intencional da turma que não se identifica como um coletivo.
DSC 7:
Durante a pandemia, os residentes, junto com os preceptores, buscaram estratégias para manutenção da residência. A preceptoria atuou no sentido de apoiar os residentes, refletir sobre a prática e qualificar o atendimento. Foi um período de troca em que os residentes puderam colaborar com a assistência.
DSC 8:
Durante o período da pandemia, foi possível ter auxílio dos residentes do segundo ano, uma vez que eles já vinham treinados. Nesse período foi possível que as áreas se reconhecessem e possibilitou mostrar na prática, o que está prescrito na teoria. Os preceptores concordam que, durante a pandemia, houve acolhimento e troca com os residentes.
DSC 9:
Há um impasse sobre quem é preceptor ou não é. Muitos preceptores não querem assumir essa responsabilidade. Ainda, há questionamentos sobre a falta de preparação para essa atividade.
DSC 10:
Tendo em vista essa necessidade de articulação da teoria com a prática e a responsabilidade da formação durante a residência, alguns preceptores acreditam que momentos de discussão das próprias situações clínicas também contribuiriam tanto com a formação do residente quanto na sua prática assistencial. Houve reflexão sobre o papel do residente dentro do sistema e mudança da parte deste de forma a contribuir ativamente para a construção da rotina assistencial.

Fonte: autoria própria.

De encontro aos objetivos da pesquisa pode-se perceber a atividade de preceptoria durante o período da pandemia como um momento em que ocorreu reflexão quanto as práticas, entre preceptores e residentes, e adaptações necessárias para manutenção da residência. Foi um período descrito como caótico, de guerra, em que as dificuldades em lidar com os medos e incertezas se sobressaltaram.

Destaca-se que não foram possíveis identificar estratégias institucionais que respaldassem a prática da preceptoria durante esse período. Além da ausência de espaços de acolhimento e escuta sobre o período vivenciado.

Foi necessário criar estratégias imediatas, como criação de escalas entre a equipe, reuniões remotas, diminuição da carga horária teórica e prática, e suspensão das atividades multiprofissionais. Ainda que com suas ressalvas e particulares de cada área, foram estratégias que possibilitaram manter a continuidade das atividades da residência e o vínculo dos residentes com o serviço.

Os preceptores concordam que o residente do primeiro ano ficou prejudicado devido as ações estratégicas tomadas, entretanto, relatam momentos de troca, parceria e cumplicidade com o grupo de residentes. Ambos, preceptor e residente, buscaram juntos, estratégias para lidar com esse período.

A partir da coleta de dados sociodemográficos nota-se que apenas um preceptor entrevistado tem especialização na área de educação. Essa informação está em consonância com os resultados desta pesquisa encontrados nas entrevistas e diário de campo, uma vez que os participantes destacaram as dificuldades relacionadas ao papel da preceptoria e questionamentos acerca da falta de formação para isso.

A educação permanente em saúde pode ser uma das estratégias mais efetivas da qualificação de profissionais da saúde, pois perpassa diversos fatores, como a estrutura e a organização dos serviços, atualização sobre novas tecnologias, além de disponibilidade de materiais, equipamentos e medicações pela instituição (BRASIL, 2018; SILVA; SCHERER, 2020). A EPS tem grande importância na qualificação dos profissionais, devido a abordagem de temas com o objetivo de sanar as dúvidas e os problemas encontrados no cotidiano do trabalho em saúde. Consequentemente, pode trazer benefícios para a qualidade da assistência e qualificação dos trabalhadores.

Diante da problemática da pesquisa, um dos objetivos do estudo foi o de identificar elementos que possam contribuir para o desenvolvimento da residência multiprofissional pós pandemia de COVID-19 e na vigência de novas emergências e reemergências sanitária, um desses elementos é a capacitação para os preceptores, já que é notável a carência na formação para esse ofício.

A residência é voltada para o treinamento em serviço, assim como uma especialização (SOUZA; FERREIRA, 2019). A prática fundamentada é uma necessidade clara do dia a dia do preceptor e uma demanda que o residente traz consigo. Concomitante a isso, destaca-se que um bom programa de residência é essencial para o sucesso de profissionais de saúde que estão em transição na formação continuada (AUTONOMO et al., 2015; CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020). Para tanto, também se torna fundamental o investimento com foco no desenvolvimento de características e habilidades preceptoras.

O ensino não pode ser descontextualizado da prática (ponto fundamental da discussão), pois o preceptor que abarca saberes disciplinares, curriculares, de formação profissional e principalmente da experiência acaba por se envolver no tecnicismo da profissão e também reconhece a importância do saber científico, mas sempre atrelado à prática.

Percebe-se que o legado trazido pelos preceptores diz respeito a repensar as práticas e reorganizar os serviços. Mais de um preceptor apresentou como estratégia de organização do serviço, o planejamento de ações realizadas por eles mesmos, mediante um espaço coletivo de ideias que foram compartilhadas e desenvolvidas. Isso reafirma a ideia de que o saber também é social a partir do momento em que é compartilhado por um grupo de agentes que possuem uma formação em comum e que estão sujeitos aos mesmos condicionamentos e recursos, comparáveis por conta da estrutura coletiva em que se encontram. Ou seja, são os próprios preceptores que podem de fato direcionar como exercerão a tarefa de maneira mais efetiva, qualificada, resolutiva para com a residência.

Fica evidente a necessidade de reorganização das estruturas institucionais pautada na política de educação permanente em saúde, de modo a servir como base para discussões e respaldar a atuação e formação dos preceptores.

11 PALAVRAS FINAIS

As Residências em Saúde têm um potencial enorme de (trans)formação dos trabalhadores de saúde, e, para tanto, devem ser fruto de contínuas pesquisas e necessita de investimentos dos Ministérios da Saúde e Educação para o contínuo aprimoramento dos recursos humanos para o SUS. A educação permanente em saúde revela-se como uma importante ferramenta de construção de propostas criativas que atendam as demandas atuais da população.

Toda prática educativa demanda a existência de um sujeito que ensina e outro que aprende. O preceptor deve conhecer e reconhecer primeiro seu papel educativo na residência multiprofissional para trilhar um caminho por essa prática.

Os preceptores entrevistados, mesmo diante de todas as dificuldades enfrentadas, tiveram um papel importante e essencial na formação dos residentes em tempos de COVID-19. Mesmo com o desgaste físico e emocional, apresentaram disponibilidade de busca por um conhecimento novo que pudesse fundamentar a prática profissional do residente na linha de frente. Foram muitos os saberes mobilizados por um preceptor em cada dia de residência, que ainda se somam pelos anos do programa em meio a pandemia.

A prática do preceptor durante a pandemia teve impactos principalmente no que diz respeito a sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas, pois como foi narrado por um dos entrevistados *“além de ser preceptor, a gente atende”* e ainda *“a gente também não sabia. E foi aprendendo aos poucos”*.

A partir das entrevistas e diário de campo foi possível reconhecer estratégias exitosas como: adaptação curricular e trabalho focado para as necessidades do serviço. Apesar das barreiras, como distanciamento social, diminuição da carga horária e atividades retomas, foi possível que os preceptores identificassem facilitadores durante o período, como a aproximação com os residentes, trocas diárias e a reorganização do serviço – com atualização de protocolos e formas de trabalhar.

É possível vislumbrar a EPS como estratégia de enfrentamento aos impactos do contexto da pandemia na vida da população, pois a política que implementa esta concepção tem como pressupostos a articulação da universidade, serviços de saúde e comunidade, pois somente a partir do conhecimento das condições de vida e necessidades destas, serão ofertadas respostas alinhadas às situações postas.

Na residência estudada, a articulação com a universidade apareceu como uma atividade pontual, não como um eixo de participação efetiva. Tal fato é um dos desafios que a EPS enfrenta

atualmente, assim como subfinanciamento e o distanciamento da prática nos serviços públicos dos profissionais em formação.

Uma reflexão acerca do processo vivenciado em 2020/2021, a partir da ótica dos preceptores, possibilita a divulgação das práticas de quem vivenciou o campo na sua realidade. Com isso, é possível contribuir para a organização das residências e estruturar caminhos para o enfrentamento de novas emergências sanitárias. Outra contribuição importante da pesquisa com estes profissionais, é a possibilidade de expressar o vivido como forma de superação das marcas da experiência.

Importante destacar, que a pesquisa ocorreu em diversas fases da pandemia, tendo seu início no auge, enquanto o material para embasar a prática era escasso, e conclusão após a criação e distribuição da vacina. Embora não apareça relatos de comparação entre os momentos epidemiológico antes e depois da vacina, nota-se nas falas dos entrevistados a retomada das atividades presenciais de forma gradual.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2423–2446, jun. 2020.
- ARAÚJO, M. DA P. N. et al. Residência é residência, trabalho é trabalho: estudo quali-quantitativo sobre o trabalho remoto de professores universitários durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e24310918068, 25 jul. 2021.
- ARNEMANN, C. T. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1635–1646, 2018.
- AUTONOMO, F. R. DE 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**, v. 39, n. 2, p. 316–327, jun. 2015.
- BORGES, F. E. DE S. et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 13 jan. 2021.
- BRANDÃO, S. A. DE S. M. et al. Potencialidades e desafios da educação em saúde na pandemia da Covid-19. **Enfermería Global**, v. 20, n. 2, p. 283–315, 1 abr. 2021.
- BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho. . 2005.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. v. 1
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid - O que você precisa saber**, 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Modelo de Estrutura dos Programas de Residência Multiprofissional. 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/modelo_projeto.pdf.
- CARMO, G. P. DO et al. Intervenções terapêutico-ocupacionais para pacientes com COVID-19 na UTI/Therapeutic-occupational interventions for patients with COVID-19 in ICU. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 4, n. 3, p. 397–415, 15 maio 2020.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161–168, fev. 2005.
- CHIANCA-NEVES, M. G. B.; LAUER-LEITE, I. D.; PRIANTE, P. T. As concepções de preceptores do sus sobre metodologias ativas na formação do profissional da saúde. **Educação em Revista**, v. 36, p. e207303, 2020.

CNS. RECOMENDAÇÃO Nº 018, DE 26 DE MARÇO DE 2020. . 2020.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl, p. S173–S180, 2002.

CORALINA, Cora. Vintém de cobre: meias confissões de Aninha. São Paulo: Ed. Global Gaia, 9ª ed, 2007.

COREMU UFRJ, A. Regimento Interno dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. p. 20, 2017.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 759–776, 3 dez. 2013.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. suppl 1, p. e200203, 2021.

DE ALBUQUERQUE, C. P. **Ensino e Aprendizagem em Serviços de Atenção Básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. “Narrativas e Tessituras”**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

DEMOGALSKI, J. T. et al. Qualification of multiprofessional residence in health: critical opinions of preceptors. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, p. 136–143, 5 jan. 2021.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. DE. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 620–626, dez. 2009.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde : ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

FARIAS, H. S. DE. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. **Espaço e Economia**, n. 17, 7 abr. 2020.

FERNANDES, M. N. DA S. et al. Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 27 out. 2017.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. p. 22, 1998.

FIGUEIREDO, M. Z. A. Discourse of Collective Subject: a brief introduction to a qualitative-quantitative research tool. **São Paulo**, p. 8, 2013.

GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 12–23, ago. 2019.

- HAUBRICH, P. L. G. et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 47–56, 2015.
- JOHNSON, D. et al. Teleprecepting: A timely approach to clinical education during COVID-19. **J Am Assoc Nurse Pract (Online)**, mar. 2021.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 517–524, dez. 2006.
- LOPES CARDOSO, G.; VIVIANE DE SOUSA COSTA, L. Residência Multiprofissional em Oncologia e Serviço Social: Tendências e Desafios em Tempos de Pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. TemaAtual, 1 out. 2020.
- LOTTA, G. et al. **Nota técnica: A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil**Fundação Getulio Vargas, , 2020.
- MACHADO, L. D. S. et al. Health promotion conceptions and expressions in the training process of the multi-professional residency. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. e20200129, 2021.
- MANHÃES, L. S. P. et al. Saberes experienciais do preceptor da residência de Enfermagem: um estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 3, p. 277, 24 ago. 2018.
- MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. DE; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e180616, 2020.
- MATTOS, T. M. C. **Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde**. p. 147, 2016.
- MEDINA, A. G. **Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde**. Mestrado em Ciências da Reabilitação—São Paulo: Universidade de São Paulo, 23 jun. 2016.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998.pdf**, 1998.
- NUNES, E. R. et al. **Multiprofessional residence: contributions during the pandemic**. p. 5, 2020.
- ONOCKO-CAMPOS, R.; EMERICH, B. F.; RICCI, E. C. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170813, 2019.
- PEREIRA, I.; LIMA, J. C. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.]. v. 2nd

RIBEIRO, K. R. B. et al. Teaching in health residencies: knowledge of preceptors under Shulman's analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. 20180779, 2020.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 343–350, set. 2012.

ROMCY, G. S. **Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas da residência multiprofissional em saúde**. Mestrado em Saúde Pública—São Paulo: Universidade de São Paulo, 1 fev. 2019.

ROSA, M. S. G. **O Programa de Educação pelo trabalho na saúde (pet-saúde) como estratégia de educação permanente para profissionais do SUS**. p. 55, 2016.

SANTOS, A. D. S. DOS et al. Análise do processo formativo de uma residência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 20 dez. 2017.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012.pdf. . 2012.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Manual de preceptoría, jul. 2014.

Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2014_23.52.03.c6cebac0e7ddf8e55e9d5baa0e065426.pdf.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. DOS A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190840, 2020.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 132–138, abr. 2015.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200–209, jan. 2018.

SOUZA, S. V. DE; FERREIRA, B. J. Preceptoría: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, 30 abr. 2019.

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

TORRES, R. B. S. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170691, 2019.

UFRJ. Plano Diretor para a década 2011 – 2020. p. 42, 2010.

WANG, W. et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. p. 2, 2020.

WU, F. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 265–269, 12 mar. 2020.

XAVIER, J. et al. A atuação do cirurgião-dentista, vinculado a um programa de residência multiprofissional em saúde, no combate à COVID–19 na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1–16, 17 jul. 2020.

APÊNDICE A: Dados sociodemográficos**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****IDENTIFICAÇÃO:****Entrevistado:** Preceptor () Coordenador/a ()**Código:** _____ (ex. P01, P02, P03, etc)**Como você se identifica:** () Feminino () Masculino () Não-binário**Idade:** _____**Profissão:**

() Terapeuta ocupacional () Psicólogo () Fisioterapeuta () Farmacêutico

() Fonoaudiólogo () Assistente Social () Nutricionista () Enfermeiro

Ano de formação: _____**Nível de especialização:**

() Especialista () Mestre () Doutor () Pós-doutor

Em que área: _____**Tipo de vínculo com hospital:**

() Técnico Administrativo () Docente

Setor(es) em que realiza assistência no hospital:

Tempo como preceptor (em anos) _____**Quantos residentes recebe por ano:** _____**Você tem uma carga horária específica para desenvolver a função de preceptoria?**

() Sim () Não

Carga horária dedicada a preceptoria (por semana):

() 1-5 horas () 5-12 horas () 12-24 horas () 24-30 horas

APÊNDICE B: Roteiro da entrevista semiestruturada

Roteiro entrevista semiestruturada para a coordenação:

- Gostaria que me contasse sobre sua trajetória de formação e profissional até chegar a coordenação da residência multi do HU?
- Me conta como foi estar na coordenação no início da pandemia em 2020?
- Quais foram as ações e estratégias tomadas pela coordenação?
- Você recebeu apoio da universidade para as ações e estratégias tomadas?
- Quais protocolos foram mudados – comparando ao período anterior? R2 tava no ano de TCR. R1 no ano de disciplinas.
- Me conta um pouco, como ficou a organização da residência durante o ano de 2020 e 2021?
- Qual foi o impacto da pandemia para os R1 (2020)? Para os R2 (2020)? Entendendo que os R1 chegaram no início da pandemia, então não vivenciaram a residência antes do covid-19, e que os R2 de 2020 vivenciaram o período antes da covid-19.
- Ocorreram reunião com preceptores durante esse período? Como eram a dinamica dessas reuniões? Quais eram as principais ponto ou questões de debates. Por favor fale um pouco sobre isso.

Roteiro entrevista semiestruturada para o preceptor:

- Para começar, eu gostaria que você me falasse da sua trajetória profissional e experiência até chegar aqui como preceptor?
- Me conta sobre a residência multiprofissional do HU? Como funciona no seu setor?
- E como foi o processo da residência durante a pandemia? O que mudou?
- O que aconteceu com a preceptoria e com a residência durante esse período. O que mudou?
- De que maneira, o grupo de preceptores reagiu para lidar com a residência durante a pandemia?
- Haviam reuniões de equipe? Como era a dinamica dessas reuniões?
- Como foi sua experiência, como é que foi, ser preceptor durante a pandemia?
- Como sua formação influenciou na sua atuação como preceptor?
- Como você avalia o processo formativo nesse período? tanto dos r1 quanto dos r2.

- Nesse período, como aconteceu a articulação da teoria/prática na atividade de preceptoria no Programa de residência?
- Como você lembra do funcionamento da preceptoria antes da covid-19?
- Como que se deu a construção do trabalho durante a pandemia?
- Quais momentos você destaca como fundamentais?
- O que para você foi mais difícil nesse último ano que passou?
- O que você identifica como facilitadores nesse período? Ex. rodas de conversa em equipe, capacitação para atuar, equipamentos adequados...
- O que você identifica como barreira nesse período? Ex. uso de constante de EPI, medo, cansaço, sobrecarga...
- Quais as principais aprendizagens desse período? O que fica como legado – para atuação como preceptor, para o serviço da residência?

APÊNDICE C: Resultados da busca nas bases de dados

Quadro 4: Artigos relevantes da busca nas bases de dados (2015-2021).

Título	Autores	Ano	Tipo de publicação
Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde	Mattos	2016	Tese de doutorado
O programa de educação pelo trabalho na saúde (pet-saúde) como estratégia de educação permanente para profissionais do sus	Rosa	2016	Dissertação
Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde	Medina AG	2016	Dissertação
Análise do processo formativo de uma residência de enfermagem em terapia intensiva	Santos AS, Castro LMC, Fagundes NC, Vieira DFVB	2017	Artigo em periódico
Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas da residência multiprofissional em saúde	Romcy GS	2018	Dissertação
Saberes experienciais do preceptor da residência de Enfermagem: um estudo etnográfico	Manhães LSP, Tavares CMM, Ferreira RE, et al.	2018	Artigo em periódico
Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação	Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, Coelho APF, Prestes FC, Donaduzzi DSS	2018	Artigo em periódico
Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde	Souza SV, Ferreira BJ	2019	Artigo em periódico

Título	Autores	Ano	Tipo de publicação
Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo	Onocko-Campos R, Emerich BF, Ricci EC	2019	Artigo em periódico
Ensino nas residências em saúde: conhecimento dos preceptores sob análise de Shulman	Ribeiro KRB, Prado ML, Backes VMS, Mendes NPN, Mororó DDS	2020	Artigo em periódico
Concepções e expressões da promoção da saúde no processo formativo da residência multiprofissional	Machado LDSM, Xavier SPL, Maia ER, et al.	2021	Artigo em periódico
Potencialidades e desafios da educação em saúde na pandemia da Covid-19	Brandão SASM, Câmpelo SMA, Silva ARV, et al.	2021	Artigo em periódico

Fonte: autoria própria.

APÊNDICE D: Termo de compromisso livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) preceptor(a), você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Preceptoria no SUS em tempos de covid-19: organização dos processos de trabalho em um hospital escola do rio de janeiro**” que tem o objetivo analisar a percepção sobre a atividade de preceptoria quanto aos desafios e perspectivas no período pandêmico. A pesquisa está sendo realizada pela mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, Tainara Brites de Freitas, sob orientação do Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta, pesquisador em Saúde Pública, da mesma instituição da mestranda.

A sua participação consistirá em uma entrevista com questões fechadas sobre aspectos sociodemográficos, formação (categoria profissional e tempo de formação), experiência profissional e outros aspectos relacionados ao tema, com previsão de, aproximadamente, 5 minutos. Em seguida será iniciada a entrevista semiestruturada que abordará aspectos relacionados a sua prática profissional enquanto preceptor, sua percepção sobre a atuação durante período pandêmico, e as dificuldades e potencialidades vividas durante esse período, com previsão de, aproximadamente 30 minutos.

Riscos: a participação na presente pesquisa envolverá um risco mínimo, uma vez que não será realizado nenhum procedimento invasivo. Ainda assim, você pode considerar que a sua participação pode gerar desconforto ao responder alguma pergunta. A fim de minimizar esses riscos garantimos a sua privacidade e o sigilo das informações e opiniões fornecidas. A entrevista poderá ser agendada em local e horário, de acordo com a sua disponibilidade. Caso observe que necessita de um acolhimento ou encaminhamento à rede de saúde, entre em contato.

Benefícios ao participante e para a sociedade: o presente estudo poderá beneficiar diretamente ou indiretamente a sua prática profissional, na medida em que favorecerá a reflexão sobre o processo de preceptoria vivido durante a covid-19. Além de contribuir para o processo ensino-aprendizado em programas de Residência.

Garantia de acesso aos pesquisadores: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso a pesquisadora responsável pelo telefone (21) 98071-4297 (Tainara Brites) ou email: taidefreitas@hotmail.com. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que

têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.enasp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Garantia de liberdade: a sua participação neste estudo é absolutamente voluntária. Sendo assim, você poderá retirar, a qualquer momento, o seu consentimento, sem que isso provoque qualquer tipo de penalização.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: os dados colhidos na pesquisa serão utilizados para elaborar a dissertação de mestrado acadêmico da autora principal, bem como produção de artigos científicos. Porém, todas as informações obtidas nesse estudo são confidenciais e asseguramos o absoluto sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Por outro lado, você poderá ter acesso aos seus próprios resultados a qualquer momento.

Despesas e compensações: você não terá, em momento algum, despesas financeiras pessoais. As despesas, assim, se porventura ocorrerem, serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores. Nesse caso, é importante destacar que está garantido o seu direito de ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo. Entretanto, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação

Direitos: Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa. Assim como, os responsáveis pelo estudo se responsabilizam pelo acompanhamento e atendimento imediato, integral e gratuito, pelo tempo que for necessário, em caso de complicações ou danos decorrentes da pesquisa.

Em caso de dúvidas ou questionamentos, você pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais.

Li e concordo em participar da pesquisa:

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista, mas autorizo registro em diário de campo do pesquisador.

Eu receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável devemos rubricar todas as folhas deste TCLE e assinar na última folha.

Ao final da pesquisa os pesquisadores garantem uma devolutiva com os resultados encontrados a partir das entrevistas.

Rio de Janeiro,

Data: ___ / ___ / ____

Nome do participante

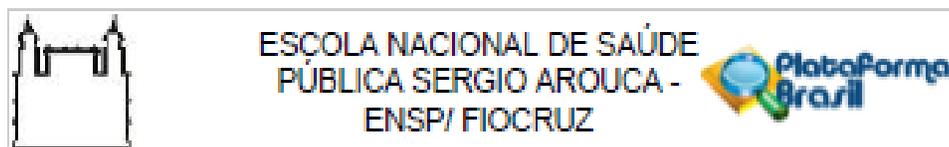
Assinatura do participante

Data: ___ / ___ / ____

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

ANEXO A: Parecer do comitê de ética em pesquisa da ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.650.205

Justificativa de Ausência	TCLE_preceptor_modificado.docx	30/08/2021 20:38:38	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coordenador_versaofinal.docx	30/08/2021 20:38:30	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coordenador_modificado.docx	30/08/2021 20:38:24	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SubmissaoCEP_versao2modificada.docx	28/08/2021 19:09:38	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Parecer Anterior	Formulario_resp_pend_parecer_4920632.doc	28/08/2021 19:09:22	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Outros	TAI_assinado_20210729_0001.pdf	29/07/2021 19:22:38	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Outros	Formulario_Encaminhamento_CEP_assinado.pdf	24/07/2021 11:37:05	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Outros	Roteiro_entrevista_preceptor.docx	22/07/2021 21:15:52	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Outros	Roteiro_entrevista_coordenacao.docx	22/07/2021 21:14:21	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	22/07/2021 20:59:37	TAINARA BRITES DE FREITAS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

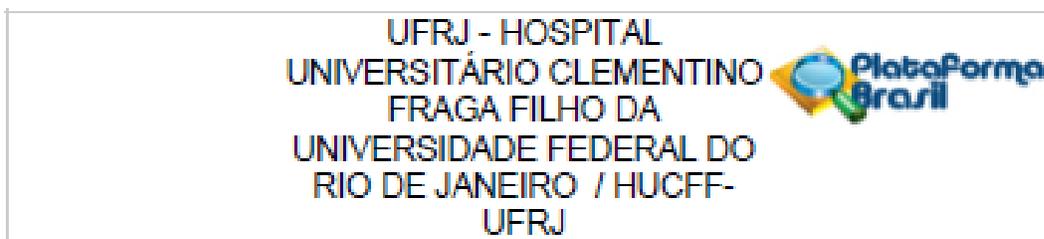
Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Setembro de 2021

Assinado por:
Jennifer Braathen Saigueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2506-2863 Fax: (21)2506-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B: Parecer do comitê de ética em pesquisa do HUCFF/UFRJ



Continuação do Parecer: 5.086.090

Justificativa de Ausência	TCLE_coordenador_versaofinal.docx	30/08/2021 20:38:30	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coordenador_modificado.docx	30/08/2021 20:38:24	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SubmissaoCEP_versao2modificada.docx	28/08/2021 19:09:38	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
Parecer Anterior	Fomulario_resp_pend_parecer_4920632.doc	28/08/2021 19:09:22	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
Outros	TAI_assinado_20210729_0001.pdf	29/07/2021 19:22:38	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
Outros	Fomulario_Encaminhamento_CEP_assinado.pdf	24/07/2021 11:37:05	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_preceptor.docx	22/07/2021 21:15:52	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_coordenacao.docx	22/07/2021 21:14:21	TAINARA BRITES DE FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Novembro de 2021

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.041-013
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-3480 Fax: (21)3938-3481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br