



UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA
Mestrado em Ciências da Saúde

Tatiana de Oliveira Lima

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: LIMITES E
POSSIBILIDADES DA PRECEPTORIA

São Paulo

2018

Tatiana de Oliveira Lima

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: LIMITES E
POSSIBILIDADES DA PRECEPTORIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.
Orientador (a): Prof^a Dra. Carolina Nunes França

São Paulo

2018

L711r Lima, Tatiana de Oliveira
 Residência multiprofissional em saúde: limites e possibilidades
 da preceptoría / Tatiana de Oliveira Lima. – São Paulo, 2018.

55 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade
Santo Amaro, 2018.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Carolina Nunes França

1. Preceptor. 2. Residência multiprofissional. 3. Sistema Único
de Saúde. I. França, Carolina Nunes, orient. II. Universidade Santo
Amaro. III. Título.

**TÍTULO: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES
DA PRECEPTORIA**

Dissertação apresentada à UNISA – Universidade Santo Amaro, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador (a): Profa. Dra. Carolina Nunes França

São Paulo, _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

CONCEITO FINAL: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2018.

Dedico este trabalho à Deus fonte inesgotável de sabedoria e vida, aos meus queridos pais, familiares e amigos pelo amor e carinho.

Agradecimentos

Agradeço ao supremo Deus, pela dádiva da vida e por me permitir finalizar mais uma etapa de minha Caminhada acadêmica.

Aos meus queridos e amados pais Marta Lima e Arnandes Lima, por me ensinarem a valorizar e priorizar a educação, pelo amor incondicional e incentivo para nunca desistir dos meus sonhos e projetos.

Aos meus irmãos Regiane Lima, Ricardo Lima, Jaciane Lima e Jessica Rodrigues; sobrinhos Pedro Monteiro, Eduarda Monteiro, Ana Julia Ribeiro e Lara Hadasha Ribeiro; aos meus familiares: avó, tias, tios, cunhado, cunhadas e primos, por sempre me incentivarem e compreenderem minhas ausências em algumas confraternizações de família.

À todos meus amigos (as)/ irmãos (ãs), em especial Daniela Alves, por sempre me apoiarem e auxiliarem quando precisei de vocês.

À Prof^a Dr^a Luciane Pereira, por partilha seus saberes e conhecimento contribuindo para meu crescimento acadêmico e profissional e que me fez ficar ainda mais apaixonada pela pesquisa qualitativa.

À minha Orientadora Prof^a Dr^a Carolina França, pelo incentivo, disposição, paciência e por auxiliar na construção deste trabalho.

À minha querida amiga Prof^a Dr^a Leticia Andrade, pela força e incentivo e por realizar a leitura deste trabalho.

Aos professores e colegas de turma do curso de Ciências da Saúde da UNISA, pelas ricas trocas de saberes e convivência.

À Autarquia Municipal Hospitalar e UNISA por concederem uma bolsa de estudos, para contribuição de minha capacitação profissional.

Aos meus colegas preceptores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, área Intensivismo do Hospital Municipal Dr^o Fernando Mauro Pires da Rocha ("Campo Limpo"), razão e inspiração desta pesquisa.

À todas as colegas de trabalho do Serviço Social do Hospital "Campo Limpo", por compreenderem a importância da coletividade e na excelência da formação de futuros profissionais.

Ao Hospital Geral do Grajaú e aos preceptores que aceitaram participar desta pesquisa, e contribuíram para a efetivação deste trabalho.

Enfim, a todos que me auxiliaram diretamente ou indiretamente para concretização de mais esta etapa da minha vida.

“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda”.

Mário Sérgio Cortella

LIMA, Tatiana de Oliveira. **Residência Multiprofissional em Saúde: Limites e Possibilidades da Preceptorial**. 52 pág. Dissertação (Mestrado), do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UNISA São Paulo: 2018.

RESUMO

Introdução: A Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída no Brasil na década de 1970, porém a regularização ocorreu apenas em 30 de junho de 2005, com o decreto da Lei Federal nº 11.129, estabelecendo as residências em área profissional da saúde, na modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, tendo como finalidade a formação dos trabalhadores da saúde. Os Ministérios da Saúde e da Educação, bem como o Conselho Nacional de Saúde têm na implantação das residências da área profissional da saúde o interesse em capacitar recursos humanos direcionados para o atendimento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS. **Objetivo:** Identificar a percepção do preceptor em relação à sua atuação na residência multiprofissional. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva de caráter exploratório, envolvendo preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional em saúde de um hospital público do município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com 08 preceptores. Os dados foram analisados conforme o referencial teórico de Bardin. **Resultados:** Os dados foram agrupados em 05 categorias: 1- Trajetória profissional em relação com o SUS, 2- Inesperadamente: como me tornei preceptor, 3- Alegrias e Angústias da preceptorial, 4-Preceptorial é o desafio da educação continuada, e 5-Preceptorial X Mundo do trabalho. **Considerações finais:** Embora o preceptor busque desempenhar sua função com qualidade, devem ser disponibilizadas condições favoráveis de trabalho por intermédio de formação, capacitação e preparação, para que esta tarefa seja executada de forma qualificada e prazerosa.

Palavras-Chave: Preceptor. Residência Multiprofissional. Sistema Único de Saúde

LIMA, Tatiana de Oliveira. **Multiprofessional Residency in Health: Limitations and Possibilities of Preceptory**. 52 p. Dissertation (Master's Degree) of the Post-Graduation Course in Health Sciences, UNISA São Paulo: 2018.

ABSTRACT

Introduction: The Multiprofessional Health Residency was instituted in Brazil in the 1970s, but the regularization took place only on June 30th 2005, with the decree of Federal Law n. 11,129, establishing residences in a professional health area, in the Lato Sensu modality, with the purpose of training health workers. The Ministries of Health and Education, as well as the National Health Council, have the interest in building the residences of the professional health area in the training of human resources directed to the care provided by the Unified Health System - SUS. **Objective:** To identify the perception of the preceptor in relation to his work in the multiprofessional residence. **Methods:** This is a qualitative, descriptive, exploratory study, involving preceptors of Multiprofessional Residency Programs in health of a public hospital in the city of São Paulo. Data collection was performed through a semi-structured interview with 08 preceptors. The data were analyzed according to the theoretical reference of Bardin. **Results:** The data were grouped into 05 categories: 1-Professional trajectory in relation to the SUS, 2- Unexpectedly: as I became a preceptor, 3-Joys and Anxieties of the preceptoria, 4-Preceptory is the challenge of continuing education, and 5- Preceptory X World of work. **Final considerations:** Although the preceptor seeks to perform his function with quality, favorable working conditions must be made available through training, capacitation and preparation, so that this task is performed in a qualified and enjoyable way.

Keywords: Preceptor. Multiprofessional Residence. Health Unic System

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAE	Certificado de apresentação para Avaliação Ética
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNMS	Conselho Nacional do Ministério de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
FAS	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
HGG	Hospital Geral do Grajaú
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NADE	Núcleo Docente-Assistencial Estruturante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Projeto Pedagógico

Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PS	Pronto Socorro
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sinpas	Sistema Nacional da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UNISA	Universidade Santo Amaro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O papel do preceptor na formação para o Sistema Único de Saúde- SUS	17
2.2 A trajetória da Política de Saúde no Brasil	18
2.3 Reforma Sanitária e a formação para o SUS	19
2.4 Justificativa	23
3. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4. MÉTODOS	25
4.1 Tipo de Estudo	25
4.2 Local do Estudo	25
4.3 Participantes do Estudo	26
4.4 Procedimentos de coleta e Análise dos dados	27
4.5 Aspectos Éticos	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 Caracterização dos entrevistados	28
5.2 Entrevistas	28
5.2.1 Trajetória dos profissionais	29
5.2.2 Inesperadamente: como me tornei preceptor	29
5.2.3 Facilidades e dificuldades da preceptoria	31
5.2.4 Preceptoria é o desafio da educação continuada	32
5.2.5 Ambiente de trabalho e Dificuldades da preceptoria	34

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7. REFERÊNCIAS	38
8. APÊNDICES	44
9. ANEXOS	51

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a temática em questão iniciou-se a partir da prática profissional como preceptora no programa de residência multiprofissional em saúde na Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital público do município de São Paulo, juntamente com o acúmulo de vivências anteriores no processo ensino, pesquisa e atuação profissional.

A atuação assistencial, em hospitais cujos tripés de atuação têm como princípios norteadores a qualidade da assistência, ensino e pesquisa, despertou a necessidade de conhecer quem são estes sujeitos que participam deste processo e compreender as motivações que os levaram a serem preceptores.

À interação com os mais diversos profissionais inseridos nesse contexto e ao desempenhar esta função, percebemos a necessidade da formação e da capacitação para desenvolver a atividade de supervisor ou preceptor, pois muito embora algumas pessoas tenham a vontade e disponibilidade, faltam-lhes habilidade e técnica para realização da tarefa.

É notório, que o profissional que recebeu formação ou capacitação para desempenhar a função de preceptor, supervisor de aprimoramento ou supervisor de campo de estágio destaca-se dos demais, pois apresenta melhor habilidade para compreender qual é o seu papel neste processo de formação.

O preceptor uma ação assistencial fundamental na formação dos futuros profissionais os quais serão capacitados para o atendimento e operacionalização do Sistema Único de Saúde - SUS, e por este motivo é necessário conhecer o funcionamento deste sistema nos diversos níveis de atenção, visando o aprimoramento e a qualidade deste serviço em função da população.

Discorrer sobre a ação profissional de um preceptor é de fundamental importância e relevância, porém uma tarefa desafiadora, pois observa-se pouco conteúdo bibliográfico relacionado ao tema, na literatura científica, fato este, que ressalta a necessidade em aprofundar o debate do papel do preceptor para trabalhar e efetivar o conceito de integralidade na saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O papel do preceptor na formação para o SUS

No âmbito da saúde a figura do preceptor teve sua base nos cursos de medicina, este profissional tinha como finalidade auxiliar o residente no desempenho de suas atividades diárias, mas com a regulamentação das residências multiprofissionais ampliou-se o serviço para as áreas auxiliares da saúde de nível graduação e especialização.^{1,2}

Neste sentido, a resolução 2, de abril de 2012 apresentada pela CNRMS,³ em seu artigo 13º dispõe sobre a função do preceptor :

Art. 13º. 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.

§ 1º O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

§ 2º A supervisão de preceptor de mesma área profissional, mencionada no parágrafo 1º, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras. (Brasil, 2012)

O preceptor é o profissional que já trabalha na instituição de saúde, e acredita-se que esteja mais habituado com o cotidiano institucional e com as relações interpessoais, portanto tem como tarefa integrar o residente ao ambiente de trabalho, bem como viabilizar a relação entre teoria e prática. Para Botti e Rego (2008)⁴: “A palavra preceptor vem do latim *praecipio*, “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas desde o século XVI [...] é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor “[...]. Na literatura médica, encontram-se diferentes funções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptarem ao exercício da profissão, que vive em constante mudança. Para que o

profissional possa oferecer cuidado de qualidade em saúde, é necessária completa adesão a essas mudanças [...]”.

Segundo a literatura,^{1,2,4,5} o preceptor tem o papel fundamental na formação de novos profissionais que irão atuar no SUS, este profissional precisa ser da mesma área de formação do residente, pois assim irá estabelecer uma atuação que venha possibilitar a aprendizagem prática do residente.

Para nortear a ação do preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde, o Artigo 14º da Resolução CNRMS nº2 de abril de 2012³ descreve quais são as atribuições dos preceptores e como deve ser sua relação com os sujeitos inseridos neste processo, conforme descrito a seguir:

- “I - Exercer a função de orientador de referência para o (s) residente (s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II - Orientar e acompanhar, com suporte do (s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
- III - Elaborar, com suporte do (s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- IV - Facilitar a integração do (s) residente (s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- V - Participar, junto com o (s) residente (s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VI - Identificar dificuldades e problemas de qualificação do (s) residente (s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao (s) tutor (es) quando se fizerem necessárias;
- VIII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo (s) residente (s) sob sua supervisão;
- IX - Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- X - Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VI - Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.”

Observa-se que o preceptor é um profissional da instituição de saúde que desenvolve suas competências profissionais que são designadas para sua área de formação e, paralelamente, também exerce a atividade da preceptoria. Para

Steinbach,¹ “o preceptor também desempenha o papel de mentor, pois está encarregado de ensinar o serviço e sua relação com a teoria.”

Neste sentido, é de fundamental importância identificar as motivações que levaram os preceptores a desempenhar esta função, bem como compreender quais são suas percepções deste processo.

Para entender a implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, faz-se necessário realizarmos um recorte histórico na trajetória da política de saúde, bem como analisarmos qual a contribuição da residência neste processo.

2.2 – A Trajetória da Política de Saúde no Brasil

A Política de Saúde no Brasil teve como marco importante a Lei Orgânica da Previdência Social, aprovada em 1960. Em seguida, no ano de 1967, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).^{6,7}

Para Bravo (2009):⁸ “A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A Saúde Pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966”.

As alterações no modelo da contribuição da Saúde Pública ocorreram em decorrência das crises do mercado financeiro, bem como dos cortes no orçamento e a necessidade da expansão do capitalismo brasileiro, que neste período privilegiava o setor privado de saúde.^{8,9}

Com o cenário de ditadura instalado no Brasil e a forte pressão da sociedade, foi necessária uma mudança na relação entre Estado e sociedade civil, tendo o capital novo caminho como forma de legitimar sua dominação. É a partir de 1974 que a política social tem o objetivo de enfrentar as mazelas oriundas da desigualdade social visando frear as reivindicações e pressões populares. Segundo Bravo (2009):⁸ “A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre ampliação de serviços, a disponibilidade de recursos

financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário”.

De acordo com Escorel,⁶ foi também em 1974 que ocorreu a separação da área do trabalho da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), como uma estratégia do governo de priorizar os reflexos da Questão Social, já que se fazia necessário canalizar as reivindicações e pressões populares. Nesta época também foi criado o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), utilizado para financiar a expansão do setor hospitalar privado, com recursos da Previdência.

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (Sinpas) que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde, buscava reorganizar administrativamente a previdência. Nesta mesma época surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS). Um ano depois, foi organizada uma proposta internacional de priorização e de atenção aos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que vai de encontro com a necessidade de expansão à atenção médica, partindo de um modelo de baixo custo, voltado às populações excluídas.⁶⁻⁸

É a partir da década de 1980 que a saúde no Brasil tem a participação de novos sujeitos no cenário político, levando a uma discussão ampliada das condições de vida da população e sobre as propostas governamentais apresentadas e a democracia.⁸

A década de 1980 foi marcada por uma profunda crise financeira da Previdência Social, em parte produto do modelo de prestação de serviços, e que exigia do governo uma solução. A crise se manifestou em três níveis: financeiro, ideológico e político-institucional. É neste período que surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), com o intuito de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o país, por meio de uma articulação entre entidades públicas e privadas, extensão máxima da cobertura com regionalização, hierarquização, integralização das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema.^{6,7,9,10}

Neste mesmo período ocorreu a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como finalidade solucionar a crise da Previdência, especialmente quanto à necessidade de

redução dos gastos com saúde.^{6,8} O trabalho do CONASP concretizou-se em um plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que propunha oficialmente a modificação no modelo privatizante, com base na descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos (municipais, estaduais e federais) na cobertura assistencial dos usuários. Dentro do trabalho, surge o projeto Ações Integradas de Saúde (AIS) que avançou na adoção dos princípios de universalização, de equidade e de integração dos serviços de saúde. Marca-se assim um novo período, com busca pela defesa do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-lo.^{6,9,10}

2.3 Reforma Sanitária e a formação para o SUS

A Reforma Sanitária Brasileira teve seu marco importante num período de redemocratização do país e em meio a uma crise econômica, pós-ditadura militar, em que houve uma grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde, ocorrendo em 1986 na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS),^{6-8,10} oficializando a Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Segundo o artigo 196 da Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.¹¹

No artigo 199 da CF/88 consta que a Saúde Pública poderá obter participação do setor privado, quando seus recursos forem insuficientes para assegurar o atendimento integral a determinados grupos. Sendo assim possibilitou a expansão do capital na área da saúde.^{11,12}

A oitava CNS ocorreu em março de 1986, oriunda da mobilização do movimento sanitarista de saúde e dos diversos setores da sociedade civil organizada, tendo como principais reivindicações o fortalecimento do setor público de saúde e a construção de um modelo único de saúde que atendesse todos os usuários do território brasileiro.

Entre os principais temas da Conferência destacaram-se o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor, assim como outras temáticas

específicas, como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização e a participação popular nos serviços de saúde.^{13,14}

Para Paiva e Teixeira (2014),¹³ “[...] os membros do nascente movimento sanitário brasileiro – orientados ideologicamente à esquerda e favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde – procuram introduzir mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde do país”.

A oitava CNS defendeu a estatização progressiva da saúde, vindo a legitimar os movimentos em favor da saúde pública e universal. Pode-se perceber que de acordo com a conferência há a contraposição à perspectiva neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais.^{13,14}

Em 1990 é promulgada a Lei 8080 de 19 de setembro, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. No artigo 2º é determinado que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; bem como no artigo 4º define a constituição do SUS, sendo o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.¹⁵

O SUS tem como princípios fundamentais a Integralidade, Universalidade e Equidade, considerando no processo saúde-doença as determinações sociais como fatores importantes para realização da leitura dessa realidade visando a ações de recuperação, proteção e promoção em saúde.¹⁵

Na década de 1990, ocorreu a implementação do SUS sendo um novo sistema de saúde em constante construção, com a participação de novos sujeitos políticos buscando uma discussão ampliada das condições de vida da população e sobre as propostas governamentais apresentadas e a democracia.¹⁰

Nota-se que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância nutricional, epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação

em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade para que a população seja atendida de forma plena nas mais diversas necessidades no âmbito da saúde pública.^{6,10-12}

Este modelo de saúde pública possibilitou a organização do serviço abrangendo as três esferas de governo e níveis de atenção, visando à equidade, integralidade, universalidade e ações que promovam a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a participação popular.

Com a implantação do novo modelo de saúde pública tornou-se necessário formar profissionais para trabalhar no SUS, visando desconstruir o modelo hospitalocêntrico e biomédico que estava centrado em somente tratar as doenças e não desenvolvia medidas de promoção e prevenção em saúde.

E nesta perspectiva do fortalecimento de ações que promovam o atendimento multidisciplinar para contribuir no trabalho de prevenção e promoção da saúde pública, no ano de 1994 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), visando atender os usuários em seu ambiente de moradia, bem como respeitando seus diversos modelos de arranjos familiares e comunitários.^{1,17}

Este modelo de atenção à saúde possibilitou o desenvolvimento de uma assistência que aproximou a população aos serviços de saúde da atenção básica, que passou a desenvolver atividades com os usuários nas comunidades de forma individual, coletiva e grupal com a intervenção da equipe multiprofissional respeitando os saberes específicos de cada área, mas que juntos realizavam um trabalho qualificado promovendo a qualidade de vida, a melhoria do serviço de saúde local e o trabalho intersetorial.¹

Mediante este novo modelo de atenção à saúde, tornou-se indispensável formar e capacitar profissionais para atuarem no SUS e assegurar a continuidade deste programa dentre outros que tinham como finalidade a reformulação da saúde pública brasileira.^{1,17} Segundo Steinbach (2015):¹ “Em 2007 o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) já apontou a falta de profissionais com perfil e capacidade técnica para atuar nas equipes [...]. E com isso surgia o desafio de formar um profissional crítico, que soubesse refletir sobre suas ações a fim de transformar a sua prática”¹.

Neste contexto, o Ministério da Saúde e Trabalho buscou reestruturar os currículos e ensino na esfera da saúde em âmbito nacional, para que os novos

profissionais estivessem aliados com as diretrizes do SUS e tivessem habilidade para trabalhar de maneira interdisciplinar.^{1,5}

A primeira residência multiprofissional em saúde no Brasil foi instituída no ano de 1978 no Estado do Rio Grande do Sul, que estava vinculada à residência médica e saúde comunitária, porém ainda não era regulamentada.⁵

Com base na interdisciplinaridade, a residência Multiprofissional em Saúde possibilita a abordagem transversal em saúde, buscando promover aos residentes a compreensão dos níveis de atendimento do SUS.^{5,17} Nesta perspectiva, entre os anos de 1999 e 2001 ocorreu a união do Movimento sanitaria com o Ministério da Saúde, que reivindicavam a implantação de residências multiprofissionais em Saúde da Família para viabilizar a formação de profissionais que tivessem habilidade em trabalhar com famílias de maneira interdisciplinar. Somente no ano de 2002 ocorreu a implementação das residências multiprofissionais em Saúde da Família.^{1,5}

No ano de 2005, por meio da Lei nº11.219, foi implementada a Residência em área Profissional da Saúde, e por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº2.117, foi estabelecida a Residência Multiprofissional em Saúde, ambas consideradas como especialização.⁵

Para nortear as ações e papéis a serem desenvolvidos na Residência Multiprofissional, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) apresentou a Resolução 02, de abril de 2012, que estabelece diretrizes gerais para a criação e funcionamento dos programas, bem como formas definidas sobre quais áreas profissionais deveriam compor o programa.^{3,5} Além disso, dispõe das estruturas pedagógicas que os programas devem dispor e delimita as funções dos envolvidos neste processo. Em seu artigo 6º “a estrutura do Projeto Pedagógico (PP) define os seguintes atores: coordenação de programa, coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NADE), docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes”.⁵ Tais definições têm como finalidade nortear as ações dos sujeitos envolvidos neste processo de formação e preparação para atuação no âmbito da saúde pública.

Visando o aprimoramento nas diretrizes e regulamento do funcionamento da Residência Multiprofissional em Saúde, a Resolução CNRM nº05 de 07 de novembro de 2014 define a carga horária e grade curricular que deveria conter

temas por área profissional e disciplina de núcleo comum, bem como das ações vinculadas ao conteúdo teórico e de vivência prática.^{1,18}

2.4 Justificativa

As Residências Multiprofissionais em Saúde ao longo das últimas décadas têm alcançado muitos espaços, porém observamos que ainda é necessário estudarmos como tem ocorrido este processo, bem como conhecer as experiências desta nova modalidade de formação para a qualificação e formação para atuação nos diversos níveis de atenção do SUS.

Neste contexto, o preceptor desenvolve papel fundamental na formação e preparação dos futuros profissionais da saúde, sendo necessário compreender qual capacitação foi oferecida a eles, visto que essa formação tem como função orientar as referências e exigências acerca da base do SUS. Assim, é importante compreender o que compete para o preceptor neste processo, mediante as definições das atribuições que são esperadas na preceptoria.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- ✓ Compreender a percepção do preceptor em relação à sua atuação na residência multiprofissional.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer que tipo de capacitação é fornecida aos preceptores.
- ✓ Identificar os limites e possibilidades para atuação profissional do preceptor.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva de caráter exploratório, com abordagem qualitativa este referencial teórico busca descrever e interpretar os fenômenos, bem como possibilita dar voz aos sujeitos e apreender os significados de suas relações humanas.

Para Minayo (2016),²⁰ a pesquisa qualitativa permite avaliar questões muito peculiares que não são quantificáveis, como crenças, valores e subjetividades, as quais estão intrinsecamente associadas às relações sociais e humanas.

A trajetória metodológica foi ancorada na Análise de Conteúdo de Bardin.²¹ Para Bardin (2016),²¹ “A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, manifesto na comunicação.”

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Geral do Grajaú - HGG, que está localizado em uma posição estratégica entre os distritos de Grajaú e Cidade Dutra. O Hospital Geral do Grajaú atende a boa parte da população das subprefeituras de Capela do Socorro e Parelheiros, e também de outras regiões da cidade e até mesmo de outros municípios.⁹ Seu atendimento estende-se a toda a Coordenadoria Regional de Saúde Sul que possui em torno de 2 milhões habitantes, distribuídos em 492 km² (32% do território da cidade de SP).²²⁻²⁵

O HGG é considerado hospital de referência em atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade. Construído em uma área de 15.792 m², o hospital abriga 286 leitos em seus seis andares (incluindo setor de observação e UTI semi-intensiva do pronto-socorro).

A atividade assistencial prestada pelo HGG é integralmente coberta pelo SUS e divide-se em três modalidades:

- Atendimento Hospitalar;
- Atendimento de Urgência;

- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT.

O hospital desenvolve atividades de atendimento como hospital geral, recebendo diariamente um grande número de pacientes vítimas de trauma, principalmente decorrentes de acidentes com motocicletas, carros, além de ferimentos por arma de fogo e arma branca.²⁶

No ano de 2014, o HGG em parceria com a Universidade Santo Amaro-UNISA instituiu o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Emergências Clínicas e Trauma, sendo disponibilizadas vagas para as áreas profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Serviço Social. Já no ano de 2016 ocorreu a abertura de um novo programa de Residência Multiprofissional em Emergências e Intensivismo em Neonatologia e Pediatria, que disponibilizou vagas para as áreas profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia.

4.3 Participantes do Estudo

Preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Geral do Grajaú, que estivessem cadastrados no Ministério da Educação (MEC).

Para o acesso ao registro dos preceptores cadastrados no MEC, obtivemos auxílio da Comissão de Residência Multiprofissional do hospital. Recebemos a informação de que dezessete era o número de preceptores vinculados ao MEC.

O convite para os participantes da pesquisa foi realizado de forma verbal durante as visitas que realizamos no hospital, bem como por mensagem de texto via celular.

Dois participantes da pesquisa, no dia agendado para a realização da entrevista, ao receberem a informação de que a entrevista seria gravada, não se sentiram à vontade e solicitaram a retirada do consentimento. Outros participantes (sete) informaram a falta de disponibilidade de horário para participar da pesquisa.

Participaram do estudo oito profissionais das áreas: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social dos Programas de Emergências Clínicas e Trauma e Intensivismo em Neonatologia e Pediatria.

4.4 Procedimentos de coleta e Análise dos dados

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada (Apêndice A), que foi gravada com auxílio de um gravador digital e posteriormente foi feita transcrição das falas na íntegra. Segundo Minayo (2014),²⁰ esta técnica possibilita que o pesquisador tenha uma noção de como introduzir o assunto para o participante da pesquisa, para que o entrevistado sinta-se livre para discorrer sobre o assunto em questão sem se desviar do foco.

Após o aceite foram acordados data, horário e local para a entrevista, que foi realizada individualmente. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas em agosto de 2017, sendo o tempo médio de duração 40 minutos. O anonimato foi garantido, visto que atribuímos aos participantes um código de forma aleatória.

4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas vigente da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde- CNS. Tendo sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Santo Amaro - UNISA, aprovação número 2.015.657 (Anexo A), bem como pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Geral de Grajaú-HGG, sob parecer número 2.234797 (Anexo B).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos entrevistados

Quanto ao perfil dos participantes da pesquisa, identificou-se que todos os entrevistados eram do sexo feminino, sendo que metade das entrevistadas possui faixa etária entre 20 e 35 anos, e as demais tem idade entre 36 e 45 anos, sendo que uma profissional não informou a idade.

No quesito tempo de formação profissional, observou-se que cinco entrevistadas possuem de 01 a 10 anos de formação, duas possuem 10 a 20 anos e uma profissional não informou. Quanto à área de formação observou-se predominância da enfermagem.

No que tange ao tempo de atuação profissional na instituição, cinco profissionais possuem 01 a 10 anos, duas possuem de 10 a 20 anos, sendo que uma profissional não informou.

Dentre as participantes, quatro detêm um título de Especialização *Lato Sensu*, sendo que três informaram ter mais de uma titulação de especialista. Já uma profissional tem Especialização *Stricto Sensu* (Mestrado).

Os dados relacionados à titulação mínima de especialista estão de acordo com o artigo 13º da resolução 2, de abril de 2012, apresentada pela CNRMS,¹⁵ que dispõe das exigências da titulação mínima de especialista para o profissional exercer a função de preceptor.

5.2 Entrevistas

No decorrer da análise dos dados, identificaram-se cinco categorias conforme seu agrupamento de falas: **1**-Trajetória dos profissionais **2**-Inesperadamente: como me tornei preceptor, **3**- Dificuldades e Facilidades da preceptoria; **4**-Preceptoria é o desafio da educação continuada, e **5**-Preceptoria X Mundo do trabalho.

5.2.1 Trajetória dos profissionais

Nesta categoria identificou-se a trajetória profissional das profissionais, bem como se deu a inserção de atuação no âmbito da saúde. Como descrito nas falas a seguir:

“bom a minha primeira experiência profissional [...] foi aqui na instituição [...]” (A1)

“[...] eu terminei a graduação e e prestei uma prova pra aprimoramento na época, sem saber muito o que [...] era mais vamos continuar estudando, [...]” (B2)

“[...] É é comecei aqui no hospital, na verdade desde a parte acadêmica[...]” (G7)

“sempre trabalhei hospital público, nunca tive intenção de trabalhar em hospital particular [...]” (F7)

A pesquisa apresentou ainda caminhos distantes da área da saúde, durante a escolha de profissão como projeto de vida e tornou-se como segunda opção, conforme se observa em outros relatos:

[...] euuu queria fazer direito, só que aí alguém me falou que tinha fazer ainda a prova da OAB[...] (H8)

O trabalho revelou que uma participante da pesquisa, optou pela área da saúde por se tratar da segunda alternativa como escolha profissional.

5.2.2 Inesperadamente: como me tornei preceptor

Identificou-se que os participantes da pesquisa não foram preparados ou convidados para desenvolverem a função de preceptor, passaram a desempenhar esta atividade pelo fato de fazerem parte da equipe que passou a compor a residência e por possuir especialização (requisito mínimo exigido).

Como se pode perceber nas seguintes falas:

“primeiramente a gente não teve um convite pra ser preceptor né, nos fomos informados de que a residência iria acontecer, i automaticamente por ter especialização eu seria uma das preceptoras” (A1)

“[...]e aí eu fui informada que no ano seguinte eles iam abrir vaga também pra minha área então seria preceptora da equipe que viesse[...]. (B2)

“Por exemplo eu não tive na, não sentaram comigo em nenhum momento e falaram assim ó você vai ter que ensinar isso isso, isso vai ser assim assim assado, vai chegar uma residente no seu setor, você vai ser preceptora” (F6)

Nesta categoria, observou-se ainda que embora alguns profissionais não tenham recebido o convite e preparação para desenvolverem a função de preceptor, perceberam nesta situação uma oportunidade. Conforme as falas a seguir:

“não, não achei ruim; já participava da formação dos estagiários né,né, então eu achei que é algo que viria agregar mesmo né” (A1)

“já era subentendida que seria uma coisa boa eu tinha as minhas reservas [...]” (B2)

“então eu acho que a gente precisa passar pras pessoas que estão entrando no mercado (D4)

“você sabe que ao você se formar você é um educador” (G7)

Nesta categoria percebe-se, também, que os entrevistados não receberam a formação ou capacitação para desenvolverem a função de preceptores.

“Não, não recebi nenhuma formação” (A1)

“[...] em relação a formação, não recebi não”.(E5)

“[...] na verdade a gente não foi preparada” (F6)

“[...] eu tava insegurança [...] e agora o que vou fazer com 4 meninas aqui dentro, eu não tive esse preparo [...]” (A1)

“[...] nossa formação não foi preparado nós não fomos preparados é pra ser o preceptor [...]” (G7)

“né primeiro fui é jogado aos leões... rrsrs e aí depois olha então vamos aqui vamos formar e é uma pós graduação[...]” (B2)

Estas evidências encontradas na pesquisa, já foram observadas em outros estudos relacionados a esta temática^{1,4,17,26,27,30} Estudos realizados por Steinbach¹ e Caé²⁶ mostraram que alguns preceptores não realizaram a escolha de estar na função, embora tivessem uma inclinação para a prática do ensino.

5.2.3 Facilidades e Dificuldades da preceptoria

Nesta categoria foram agrupadas as descrições de como os preceptores identificam os limites e possibilidades da preceptoria.

Os entrevistados apresentam algumas dificuldades vivenciadas na preceptoria.

“[...] os alunos que na verdade eles já são formados e a gente é tem alguns impasses, porque [...] alguns aceitam né as nossas[...]sugestões, respeita como preceptor[...]outros não [...]quando convém o aluno ele é aluno[...]mas eles tem um registros, eles tem uma responsabilidade e que muitas vezes eles não cumprem[...]”(G7)

“Escutar a escuta do outro não é fácil pra gente né[...]não é maneira tão tão tranquilo né, te causa também uma insegurança, então essa insegurança da escuta do outro que é o papel do outro que é do preceptor e do supervisor é complicado”. (B2)

Observou-se, ainda, a satisfação da preceptoria. Conforme as falas a seguir:

“[...] muito gratificante participar dessa da formação desse residente né conseguir ver a evolução né dentro desses 2 anos que eles ficam conosco né a forma como entra e a

forma que eles estão saindo né mais preparados no mercado de trabalho,...]" (A1)

"[...] cara que o serviço tem com mais gente como ficou bacana e como ficou legal [...]" (B2)

"[...] mas com a residência eu acho que a fala de todos ficaram mais importantes [...]" (D4)

"É como eu tinha dito anteriormente eu acho que o a a parte mais grandiosa mesmo da residência é essa troca que ocorre né, entre o residente e o preceptor, ééé acho que o preceptor ele tem mais essa bagagem né da prática e o o o residente ele vem mais com a questão da teoria, e a gente consegue juntar né uma experiência a outra e completar né tanto eu completo o que falta na residência e ele completa o que me falta na teoria né[...]" (A1)

"[...] então sempre entra um pouquinho da docência como a gente tem que olhar pro profissional que também tá aquele momento tá sendo aluno né e tá sempre vivenciando[...]" (C3)

"[...]a teoria ela é muito linda mas tem muita coisa que na prática não funciona e coma maioria vem sem prática vem com teoria teoria elas questionam muito a gente em relação a isso".(F6)

No quesito da satisfação da preceptoria, que diz respeito à troca de saberes e visibilidade do setor, dados similares foram apresentados em outros estudos,^{1,26,27} sendo que os preceptores em muitos casos encontraram a possibilidade de contribuir para a formação de novos profissionais e a melhoria do serviço.²⁸⁻³⁰

5.2.4 Preceptoria é o desafio da educação continuada

Nesta categoria foram agrupados todos os descritores da educação continuada e da busca por conhecimento, a fim de partilhar com os residentes e demais envolvidos na preceptoria.

“então é um pouco atribulado as coisas mas hoje eu faço curso de preceptoria no SUS[...]” (B2)

“[...]sempre me atualizando né,[...]” (A1)

“O comprometimento [...] do preceptor né em buscar informação, vê se essa informação ela tá vigente naquele momento[...]” (C3)

“A eu acho que [...] a tarefa mais prazerosa de ser preceptora é que a gente tá sempre buscando conhecimentos,então as vezes a gente por nossa vida ter tão corrida você deixa de deixar um pouquinho de estudar [...]então com preceptoria cê tem que ta buscando o que tá novo no mercado[...]”(D4)

“[...]se atualizar, procurar cursos recentes pra poder passar um ensinamento mais recente possível[...]”(F6)

“[...]Eu tô agora cursando, né um curso de aperfeiçoamento em gestão de residência,fiz um curso de monitoramento as técnicas práticas voltada pa terapia intravenosa[...]”(C3)

“Éé eu acho que com a questão da residência eu passei a me cobrar mais enquanto profissional, então passei a me cobrar mais enquanto profissional[...]” (A1)

“[...] eu acho importante cada pessoa ter uma especialização, um curso específico[...]”(D4)

Nesta categoria evidenciou-se que quando o preceptor desenvolve a preceptoria, ele passa a rever sua atuação profissional e identifica a necessidade em se manter atualizado para assim conseguir dar respostas mais assertivas para as demandas, bem como orientar o residente de forma correta. Esses dados corroboram com outros estudos da literatura, realizados por Steinbach,¹ Caé,²⁶ Milanesi,²⁹ dentre outros.^{17,27,28,31}

5.2.5 Ambiente de trabalho e Dificuldades da preceptoria

Nesta categoria foram agrupados os relatos das dificuldades dos preceptores, referentes às suas atribuições funcionais, relações com os demais colegas de trabalho e a preceptoria.

“Respeito, respeito e ter visão né[...]independente se você é preceptor e os outros não respeito, acho que o respeito é fundamental”(H8)

“O que eu acho mais difícil nessa tarefa é trazer a [...]as pessoas quee não foram nomeadas como preceptoras mas que estão no contexto, que traga que entenda isso que a gente precisa ser um eterno preceptoras independente que você foi nomeada num quadro[...] pela diretoria e então todos os profissionais eu considero preceptores mesmo”[...] (D4)

“[...]os impasses da dificuldade da atuação multidisciplinar porque aqui a residência né é multidisciplinar é com foco em emergências clínicas e traumas então você não consegue[...] de fato[...] trabalhar em equipe multidisciplinar e isso causa uma certa frustração né tanto pro profissional quanto pro residente que vem com essa expectativa, então eu coloco como a pra mim o maior dificultador é essa questão do institucional”.(A1)

Os entrevistados pontuaram ainda das dificuldades dos limites institucionais.

“[...]área de trabalho nossa não nos fornece um meio que eu consigo fazer certo[...] eu tento fazer da melhor forma possível , da maneira menos contaminado mas eu sei que não é o correto, aí elas sempre me questionam mas porque você faz?[...] por mim seria correto mas infelizmente eu não posso porque eu me limito, por questões de estrutura institucional.”(F6)

Nesta ultima categoria foram associadas palavras relacionadas à instituição de trabalho e relacionamento interpessoal no ambiente institucional.

Observou-se que o preceptor passa por algumas dificuldades relacionadas à compreensão dos colegas de trabalho referente ao seu papel na preceptoria, principalmente no momento em que ele reserva algumas horas de sua jornada de trabalho para realizar as atividades relacionadas a preceptoria.

Quanto ao quesito Instituição, evidenciou que por falta de recursos materiais para o bom desempenho de uma assistência adequada para o usuário, muitas vezes o preceptor é visto como inadequado pelo residente a respeito de sua atuação profissional. Os resultados identificados nesta categoria também foram abordados por outros pesquisadores, dentre eles Steinbach,¹ Rodrigues,³⁰ Caé,²⁶ Milanesi.²⁹

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde tem como objetivo capacitar e preparar novos profissionais para atuarem no SUS, para que os usuários sejam atendidos de forma integral. Para tanto, buscou-se com o presente estudo compreender a importância do preceptor neste processo.

A realização desta pesquisa possibilitou conhecer a realidade vivenciada pelos preceptores no cotidiano de sua prática profissional, bem como compreender a partir de sua ótica os limites e possibilidades desta árdua tarefa.

Identificou-se que os participantes da pesquisa apresentaram como possibilidades a contribuição na formação de novos profissionais para o sistema público de saúde, bem como o aprimoramento de sua prática profissional tendo em vista a necessidade de buscar atualização profissional para desenvolver a preceptoria.

Evidenciou-se, ainda, que alguns participantes da pesquisa relataram da inclinação para a abertura do trabalho multidisciplinar, da mesma maneira que setores menores passaram a ter maior visibilidade e melhoria do serviço prestado.

No que tange aos limites, observou-se que os preceptores encontram a falta de condições estruturais para desenvolverem de forma qualificada suas atividades. Identificou-se ainda que as instituições não preparam seus profissionais para desempenharem a função de preceptor, e muitas vezes o profissional não possui habilidades técnicas ou desejo de executar esta tarefa, tornando assim a preparação e formação de novos profissionais para o SUS fragmentada e desqualificada.

Para exercer a preceptoria, os profissionais de saúde devem ter um preparo pedagógico permanente, com domínio dos conteúdos fundamentais proporcionados pela instituição formadora, destacando o ensino prático-reflexivo como possibilidade de união entre os dois mundos, da educação e do trabalho.

Diante dos resultados da presente pesquisa, verificou-se que a Residência Multiprofissional em Saúde pode ser um diferencial nos serviços de saúde, pois é capaz de possibilitar a integração entre as equipes, melhoria na qualidade da assistência ofertada para o usuário dos SUS e na reafirmação de uma política de saúde pública e de qualidade.

Sendo assim, observa-se a importância da continuidade dos estudos sobre o assunto, visto que a presente pesquisa não cessará a discussão, mas proporcionará reflexão sobre a temática para a qualificação da prática da preceptoria.

7. REFERÊNCIAS

1. Steinbach M. A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço. Florianópolis.2015. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pós graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/157306/336648.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Silva LB, Capaz R. Preceptoria: uma interface entre Educação e Saúde no SUS. In. Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a Prática Profissional. Silva LB, Ramos A. Organizadoras. Campinas: Papel Social, 2013.
3. Brasil Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>. (Acesso em 20/10/16).
4. Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? Revista Brasileira de Educação Médica (Pag 363-373). Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Estrela/Downloads/43731-188298-2-PB.pdf>. (Acesso em: 12/10/2017).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

(Acesso em 20/08/2017).

6. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf (Acesso em: 08/09/2017)
7. Saiani CCS. Toneto RJ. Evolução do acesso a serviços de saneamento básico no Brasil (1970 a 2004). Campinas: Economia e Sociedade v. 19, n. 1 (38), p. 79-106, abr. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/46542296_Evolucao_do_acesso_a_servicos_de_saneamento_basico_no_Brasil_1970_a_2004 (Acesso em 07/09/2017)
8. Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: [file:///C:/Users/Estrela/Downloads/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-\[16-200511-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Estrela/Downloads/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-[16-200511-SES-MT].pdf). (Acesso em 09/09/2017)
9. Albuquerque MLND. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Estrela/Downloads/2saud_socie_polit_public_saud_2016%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Estrela/Downloads/2saud_socie_polit_public_saud_2016%20(3).pdf) (Acesso em 08/09/2017)
10. Paim J. Travassos C. Almeida C. Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, 2011. P.11-31. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. (Acesso em: 08/09/17)

11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1. (Acesso em 09/10/17)

12. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.nesc.ufpr.br/processoseletivo2015/politicas/PAIM,%20Jairnilson%20-%20Uma%20an%C3%A1lise%20sobre%20o%20processo%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria%20brasileira.pdf>. (Acesso em 09/09/2017).

13. Paiva CHA, Teixeira, LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro – v.21, n.1, jan-mar.2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. (Acesso em 09/09/2017)

14. Correia MVC. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In Reforma Sanitária e Contra Reforma da Saúde: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

15. Brasil. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>. (Acesso em 13/05/2016).

16. Carlos ADN. A agenda do banco mundial para a Política de saúde brasileira: uma análise do documento “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”. In.Reforma sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso. Correia MVC,Santos VM. Organizadoras. Maceió: EDUFAL, 2015.
- 17.Closs TT. O serviço Social nas residências multiprofissional em saúde: formação para a integralidade?.1.ed. Curitiba: Appris, 2013.
- 18.Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº5 de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>. (Acesso em 20/10/2016).
- 19.Minayo MCS (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- 20.Minayo MCS. O desafio do conhecimento:pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed.São Paulo: Hucitec, 2014.
- 21.Bardin L. Análise de Conteúdo; Tradução Reto,LA; Pinheiro,A. São Paulo:Ed.70, 2016.
- 22.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>. (Acesso em: 20/10/2016).
- 23.SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <https://www.seade.gov.br>. (Acesso em: 20/10/2016).
- 24.São Paulo, Prefeitura Municipal.Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras. Disponível em:

- http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeitura/dados_demograficos. (Acesso em: 21/11/2016).
25. Hospital Geral do Grajaú. Manual do colaborador. São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.hospitalgrajau.org.br/images/transparencia/Manual_do_colaborador.pdf. (Acesso em: 20/09/2017).
26. Caé SV. Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro-preceptor na residência multiprofissional em saúde. Rio de Janeiro, 2017. 197f. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/850375.pdf>. (Acesso em: 20/02/18).
27. Silva LC. Residência multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde: perspectivas e contradições. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.17, n.1, p. 109-132, jan. a jul. / 2017. Disponível em: <https://libertas.ufrj.br/emnuvens.com.br/libertas/article/view/3107>. (Acesso em: 20/02/18).
28. Mendes PMV. Aspectos andragógicos no exercício da preceptoria de fisioterapia em uma maternidade – um relato de experiência. Rev. Interd. Ciên. Saúde, v. 4, n.2, p. 29-36, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/view/5935/3909>. (Acesso em: 20/02/18).
29. Milanesi R. Preceptoria na residência multiprofissional em saúde: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico. Porto Alegre, 2016. 130f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/531>. (Acesso em: 20/02/18)

30. Ribeiro KRB, Prado ML. The educational practice of preceptors in healthcare residencies: a study on reflective practice. Rev Gaúcha Enfermagem. 2013, 161-165. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_18.pdf. (Acesso em: 28/08/2017).
31. Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 17, núm. 47, outubro-diciembre, 2013, pp. 759-776 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180129748002>. (Acesso em: 28/01/2018).

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

Iniciais do Nome _____
Idade: _____
Área de
Formação: _____
Tempo de
formação: _____
Especialização em qual área de conhecimento _____
Tempo de trabalho na Instituição _____
Tempo de preceptoria _____

- 1- O que é ser preceptor da Residência Multiprofissional para você?
- 2- Em um breve relato descreva sua trajetória profissional?
- 3- Quais motivações o levaram para ser preceptor?
- 4- Quais requisitos você considera importante para desenvolver o papel de preceptor?
- 4- Quais os aspectos que facilitam e dificultam a realização desta função?
- 6- Você recebeu algum preparo para desenvolver a função de preceptor?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Protocolo: Residência Multiprofissional em Saúde: Possibilidades e Limites da preceptoria

Locais onde o projeto será desenvolvido:

Universidade de Santo Amaro- UNISA, Campus I.

Hospital Geral do Grajaú

Estes esclarecimentos estão sendo prestados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto intitulado **“Residência Multiprofissional em Saúde: Possibilidades e Limites da preceptoria”**, do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro-UNISA, que será realizado pela mestrandia Tatiana de Oliveira Lima, sob a orientação da Professora Doutora Carolina Nunes de França.

Este trabalho tem como objetivo Compreender a percepção do preceptor em relação a sua atuação na residência multiprofissional, bem como compreender a partir da realidade destes sujeitos como estes percebem sua ação na contribuição e formação para o SUS.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva de caráter exploratório. Será realizada entrevista com 49 Preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Geral do Grajaú, cadastrado no MEC. Posteriormente transcrita na íntegra. Será realizada Análise dos dados, tendo como referencial teórico o conceito de Bardin.

Esta pesquisa envolve risco mínimo de constrangimento durante a entrevista, sendo que o participante pode retirar-se a qualquer momento. Como benefício se propõe buscar alternativas para obtenção de melhorias da prática profissional do preceptor.

Os pesquisadores responsáveis são a Prof^a Dra. Carolina Nunes França e Tatiana de Oliveira Lima, que podem ser encontradas no Campus I da Universidade de Santo Amaro- UNISA, endereço Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP- Tel.: 2441.8687. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de ética em Pesquisa (CEP - UNISA)- Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP- Tel.: 2441-8687.

Esta garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e interrupção no estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que o sujeito de pesquisa tenha obtido junto à instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

Em nenhum momento seu nome será divulgado no estudo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, ficam asseguradas indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Tatiana de Oliveira Lima
Pesquisadora responsável/ mestranda

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome do participante: _____

Doc. Identificação: _____

Declaro, que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Assinatura dos demais pesquisadores Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE C

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde: Limites e possibilidades da preceptoria

Pesquisador: Tatiana de Oliveira Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 65369617.1.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.657

Apresentação do Projeto:

Não houve alteração.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não houve alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O roteiro de entrevista a ser aplicado ao participante da pesquisa foi anexado à Plataforma Brasil.
Pendência atendida.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP **Município:** SÃO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**



Continuação do Parecer: 2.015.657

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831598.pdf	27/03/2017 17:52:29		Aceito
Outros	RE.pdf	27/03/2017 17:49:45	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/03/2017 20:07:57	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Parecer.pdf	04/03/2017 19:58:04	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/03/2017 19:40:09	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AGJ.pdf	04/03/2017 19:35:45	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DGJ.pdf	04/03/2017 19:35:01	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Orçamento	or.pdf	04/03/2017 19:33:07	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/03/2017 19:29:04	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	04/03/2017 19:25:48	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO B

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde: Limites e possibilidades da preceptoria

Pesquisador: Tatiana de Oliveira Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65369617.1.3001.5447

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.234.797

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo e descritivo que pretende compreender como profissional preceptor identifica o seu papel no desenvolvimento do residente multiprofissional.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção que o preceptor multiprofissional tem sobre a sua atuação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo do sujeito de pesquisa sentir-se desconfortável ao responder a entrevista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa poderá pautar ações de capacitação para este grupo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador deverá enviar ao CEP os relatórios semestrais e final da pesquisa. Caso ocorra qualquer alteração no projeto, este CEP deverá ser comunicado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Francisco Otávio Pacca, 180 2º andar

Bairro: Pq das Nações - Grajaú

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3544-9444

CEP: 04.822-030

E-mail: cep@hgg.org.br

**HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA**



Continuação do Parecer: 2.234.797

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_924585 E1.pdf	18/05/2017 14:14:36		Aceito
Outros	RE.pdf	27/03/2017 17:49:45	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/03/2017 20:07:57	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Parecer.pdf	04/03/2017 19:58:04	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/03/2017 19:40:09	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AGJ.pdf	04/03/2017 19:35:45	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DGJ.pdf	04/03/2017 19:35:01	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Orçamento	or.pdf	04/03/2017 19:33:07	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/03/2017 19:29:04	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	04/03/2017 19:25:48	Tatiana de Oliveira Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Agosto de 2017

Assinado por:
Janaina Haidê Rodrigues Belem
(Coordenador)