

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA A EDUCAÇÃO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Maria Cristina Nunes de Barros

**PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
Experiência do Serviço Social**

Porto Alegre

2010

Maria Cristina Nunes de Barros

**PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:
Experiência do Serviço Social.**

Trabalho de conclusão do Curso de
Especialização em Práticas Pedagógicas
para a Educação em Serviços de Saúde,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Ednilson Bomfim da Silva

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

A Isabel, que iniciou o projeto de pesquisa junto com a equipe da Hematologia e Oncologia, mas por tornar-se mamãe não conclui conosco a caminhada.

A Tessa e Renata, por termos seguido juntas até o fim.

A Maria Elisa, que ajudou nas correções.

A Sandra, companheira de equipe na preceptoria.

A Kyriê e Amanda, por ouvirem minhas reclamações.

Aos colegas, professores e tutores do curso de especialização.

Ao Anderson, que colaborou na digitação.

Ao meu marido e filhos, por me suportarem falando do trabalho.

E finalmente ao Edenilson, que sempre acreditou que eu conseguiria.

***Ouvir e dar pele, embrulhar cada palavra
com a seda dos cuidados...***

Fabricio Carpinejar

RESUMO

Este trabalho analisa as experiências de profissionais envolvidos com as tarefas de preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde. Através da pesquisa realizada, buscou-se teorizar a prática, através de um processo reflexivo. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória. Esta pesquisa foi realizada no programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, no município de Porto Alegre, na área de Serviço Social. Foram entrevistados três preceptores e orientadores. As análises das entrevistas permitiram o estabelecimento de categorias temáticas centrais ou principais: residência, formação profissional, preceptor, experiência, currículo. O objetivo principal é estudar as experiências de profissionais envolvidos com as tarefas de preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto ação educativa na área da saúde. Apresentamos um breve relato histórico das residências multiprofissionais em saúde no Brasil, a partir dos anos 70, até a criação da Residência Integrada em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, enfocando alguns aspectos da RIS, considerando o seu Projeto Político Pedagógico. Contextualizamos a inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais e analisamos questões relativas à residência, formação profissional, preceptoria, experiência e currículo, e fizemos, ainda, uma comparação de nossas entrevistas com as das colegas fisioterapeuta e nutricionista. A preceptoria se caracteriza pela atividade docente, abrangendo ações de ensino, pesquisa e assistência. O assistente social, ao assumir o papel de preceptor, precisa estar de acordo com o projeto ético-político da profissão e com os princípios do SUS, compreender os determinantes sociais do processo saúde/doença, conhecer as exigências e competências necessárias para a formação do assistente social na saúde e conhecer os cenários de prática.

Palavras-chaves: Residência Integrada em Saúde, Preceptor, Preceptoria em Serviço Social

BARROS, Maria Cristina Nunes de; SILVA, Edenilson Bonfim da. Papel do Preceptor na Residência Multiprofissional: Experiência do Serviço Social. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 01 jun. 2010.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CSEM - Centro da Saúde Escola Murialdo

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

PPP – Projeto Político Pedagógico

RIS – Residência Integrada em Saúde

SFC – Saúde da Família e Comunidade

SM – Saúde Mental

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	10
1.1 OBJETIVOS	10
1.1.1 Objetivo Geral	10
1.1.2 Objetivos Específicos	10
1.2 CAMINHOS PERCORRIDOS	11
1.3 ASPECTOS ÉTICOS	13
1.4 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	13
2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DA ORIGEM AO PAPEL DO PRECEPTOR	15
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA PESQUISA REALIZADA	18
3.1 A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: SERVIÇO SOCIAL	18
3.2 AS DIFERENTES VISÕES DA RESIDÊNCIA	19
3.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	22
3.4 O PAPEL DO PRECEPTOR	25
3.5 A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA	28
3.6 O CURRÍCULO COMO ASPECTO FUNDAMENTAL	31
3.7 COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS SIMILARIDADES E DIFERENÇAS	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	41
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	41
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42

APRESENTAÇÃO

As residências multiprofissionais existem no Brasil desde os anos 1970, sem regulamentação específica. Em 30 de junho de 2005, foram instituídas, pela Lei Federal nº 11.129, as residências em área profissional da saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, com a proposta de formar profissionais que integrem a área da saúde, excluindo a formação médica, que, desde 1977, possui regulamentação própria (instituída pelo Decreto nº. 80.281). As residências da área profissional da saúde mostram um movimento importante dos Ministérios da Saúde e da Educação e do Conselho Nacional de Saúde na formação de recursos humanos na área da saúde pelo SUS.

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi criada por meio da Portaria nº 109/04 do GHC em março de 2004, passando a integrar o Programa de Aperfeiçoamento Especializado aos Programas de Residência Médica, já existentes na instituição. O corpo docente da RIS é constituído por preceptores de campo e núcleo, orientadores locais, orientadores e co-orientadores de pesquisa e docentes, pertencentes ao quadro de funcionários do GHC. Os preceptores são profissionais designados pelas áreas, responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades relativas ao campo e ao núcleo, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços com que estabelecerão relação durante o desenvolvimento da RIS/GHC.

Este trabalho tem como objetivo promover a reflexão sobre o papel do preceptor na Residência Integrada em Saúde, a partir de uma visão do Serviço Social, traçando um paralelo com a Fisioterapia e Nutrição. A autora também desempenha o papel de preceptora na Residência Integrada em Saúde do GHC, na ênfase de Hematologia e Oncologia, e buscou através da pesquisa realizada, teorizar a prática, através de um processo reflexivo, podendo aprender com as experiências dos profissionais entrevistados e qualificar seu próprio trabalho junto à preceptoria.

O projeto de pesquisa para a realização deste trabalho foi uma produção conjunta entre os preceptores da Fisioterapia e Nutrição da ênfase Hematologia e

Oncologia, e os primeiros capítulos também foram redigidos em grupo. Porém, as entrevistas, análises de conteúdo e considerações finais foram realizadas individualmente, considerando as especificidades de cada categoria.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro, **Abordagem Metodológica**, trata dos objetivos, dos caminhos percorridos durante o desenvolvimento da pesquisa e dos aspectos éticos e apresenta um quadro com o perfil dos entrevistados. O objetivo principal é estudar as experiências de profissionais envolvidos com as tarefas de preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto ação educativa na área da saúde.

O segundo capítulo, **Residência Multiprofissional em Saúde: da origem ao papel do preceptor**, faz um breve relato histórico das residências multiprofissionais em saúde, no Brasil a partir dos anos 70, até a criação da Residência Integrada em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, enfocando alguns aspectos da RIS, considerando o seu Projeto Político Pedagógico.

O terceiro capítulo, **Análise e Discussão da Pesquisa Realizada**, contextualiza a inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais e a partir das falas dos entrevistados são analisadas questões relativas a residência, formação profissional, preceptoria, experiência e currículo. Além disso, é feita, ainda uma comparação de nossas entrevistas com as das colegas da Fisioterapia e Nutrição.

Por fim apresentaremos considerações, sobre o que alcançamos com nossa busca e os conhecimentos que adquirimos tanto do ponto de vista profissional, quanto pessoal.

1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Estudar as experiências de profissionais envolvidos com as tarefas de preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto ação educativa na área da saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

Conhecer as representações sociais a respeito do papel de preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde, a partir do ponto de vista dos próprios preceptores.

Identificar as atribuições dos preceptores e as demandas para formação destes profissionais.

Analisar as particularidades do papel de preceptoria na área do Serviço Social, correlacionando com as áreas de Fisioterapia e Nutrição.

Utilizar as experiências dos profissionais envolvidos na tarefa de preceptoria nas residências multiprofissionais em saúde como fonte de aprendizado.

1.2 CAMINHOS PERCORRIDOS

O presente estudo tem um caráter qualitativo, visto que pretende conhecer, descrever e interpretar um fenômeno, neste caso, a experiência dos profissionais envolvidos com a preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde. A abordagem qualitativa faz-se importante, por utilizar a indução e a intuição como estratégias para atingir um nível profundo de compreensão do fenômeno (Moraes, 1999).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1996). Ainda, de acordo com a mesma autora, na pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de se conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas, também, de criar um conhecimento partindo da realidade presente no campo.

Segundo Minayo (1996, p.25),

Diferente da arte e da poesia, que se concebem na inspiração, a pesquisa é um labor artesanal, que não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas.

Dentro da perspectiva de uma abordagem qualitativa, escolheu-se o estudo exploratório como modalidade para a pesquisa. Para Gil (1999), a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, clarificar e alterar conceitos e idéias, envolvendo levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudo de casos. Lakatos e Marconi (1996) referem que a pesquisa exploratória é investigação de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com a finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade

do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa e clarificar conceitos.

Esta pesquisa qualitativa foi realizada no Grupo Hospitalar Conceição, no programa de Residência Integrada em Saúde nas áreas de Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social, no município de Porto Alegre, buscando conhecer o olhar dos sujeitos e suas representações.

Definimos inicialmente que seriam entrevistados no máximo três preceptores de cada profissão pesquisada. A escolha dos entrevistados foi a partir dos profissionais disponíveis no momento, visto que as entrevistas foram realizadas durante o período de férias de verão. Foram previamente agendadas por telefone e realizadas nas dependências dos hospitais ou unidades de saúde.

O instrumento de pesquisa escolhido foi a entrevista semi-estruturada, utilizando-se um roteiro aberto (anexo A). A entrevista foi conduzida de forma flexível e abordou os seguintes aspectos: as experiências enfrentadas pelos profissionais, enquanto preceptores; as dificuldades encontradas na realização dessas tarefas e a formação e preparação necessárias para desempenho do papel de preceptor. Os entrevistados poderiam manifestar-se livremente. As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram em média a duração de trinta minutos.

A partir das transcrições das entrevistas e uma leitura das falas, foram demarcados pontos considerados relevantes, identificando unidades de análise retiradas das respostas, e, posteriormente, estruturou-se a análise com a identificação das categorias.

Os dados coletados no estudo foram analisados através do método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (1977).

Optou-se pela análise de conteúdo, com referencial de Bardin, conforme preconizado por Minayo (1996). Esta modalidade de análise, segundo a autora, possui o objetivo de realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos. Ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido (Minayo, 1996).

Bardin (1977) apresenta a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na primeira fase, é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no

cumprimento das decisões tomadas anteriormente e, finalmente, na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos.

A análise foi feita a partir de grandes categorias encontradas e suas especificidades: análise individual de acordo com as profissões (Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social), identificação das grandes categorias de cada um e identificação dos aspectos comuns e específicos apresentados.

1.3 ASPETOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas vigentes expressas na resolução 196 de outubro de 1996. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC. O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue aos participantes, os quais ficaram de posse de uma cópia, permanecendo a outra com o pesquisador. Os participantes do estudo não foram submetidos a riscos, seus dados serão utilizados apenas para este estudo e serão mantidos em sigilo.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, ter-se-á o cuidado de não expor a identidade dos participantes, omitindo-se dados específicos que possam levar à identificação dos entrevistados.

Os dados do estudo serão apresentados à banca examinadora ao término do curso de Especialização em Práticas Pedagógicas, bem como será fornecido um exemplar da pesquisa concluída à Gerência de Ensino e Pesquisa e ao Centro de Documentação do GHC para consulta de interessados.

1.4 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Apresentaremos abaixo um quadro com o perfil dos entrevistados, com área de formação, tempo de contrato no GHC, cargo (se preceptores ou orientadores), ênfase da qual pertencem (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental ou Atenção ao Paciente Crítico).

Profissionais	Formação	Tempo de GHC	Cargo	Ênfase	Tempo de preceptoria
E 1	Assist. Social	4 anos	Preceptor	SFC	4 anos
E 2	Assist. Social	17 anos	Preceptor	SM	5 anos
E 3	Assist. Social	25 anos	Preceptor	SFC	5 anos

2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DA ORIGEM AO PAPEL DE PRECEPTOR

As residências multiprofissionais existem no Brasil desde os anos 1970, sem uma regulamentação específica. Em 30 de junho de 2005, foram instituídas, pela Lei Federal nº 11.129, as residências em área profissional da saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, com a proposta de formar profissionais que integrem a área da saúde, excluindo a formação médica, que, desde 1977, possui regulamentação própria (instituída pelo Decreto nº. 80.281). As residências da área profissional da saúde mostram um movimento importante dos Ministérios da Saúde e da Educação e do Conselho Nacional de Saúde na formação de recursos humanos na área da saúde pelo SUS.

É notório que o contato continuado dos profissionais da saúde com os usuários das ações e serviços permite o cruzamento de saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender cada pessoa conforme sua necessidade, também considerando as necessidades epidemiológicas e sociais da população sob atendimento. Desta forma, a educação em serviço busca desenvolver o aperfeiçoamento profissional por meio da aprendizagem prática e permitindo a troca de experiências, tanto com os usuários como com a equipe multiprofissional (Ceccim e Armani, 2001).

Com base nesses preceitos, a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi criada por meio da Portaria nº109/04 do GHC em março de 2004, passando a integrar o Programa de Aperfeiçoamento Especializado aos Programas de Residência Médica, já existentes na instituição. Está organizada em quatro áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Terapia Intensiva e Hematologia e Oncologia. Contando com a participação de profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, busca provocar a experiência de abertura recíproca e de comunicação entre conhecimentos, de modo a constituir um plano inter/transdisciplinar que se impõe pela troca sistemática e contínua entre saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos.

Conforme o Manual da Residência Integrada em Saúde e seu Projeto Político Pedagógico (PPP), a RIS/GHC têm duração de 24 meses, em regime de dedicação exclusiva (60 horas semanais), sendo 80% da carga horária dedicada à formação em serviço e, 20% a atividades de reflexão teórica.

A proposta da RIS/GHC é fundamentada na formação em serviço e em equipe na interseção permanente entre os núcleos de atuação profissional no campo da saúde. O conceito de núcleo abrange as especificidades dos membros da equipe multiprofissional, garantindo o exercício dos saberes e das práticas exclusivas a cada profissão ou especialidade. O conceito de campo constitui o conjunto de conhecimentos e práticas comuns a várias profissões em relação à saúde.

O corpo docente da RIS é constituído por preceptores de campo e núcleo, orientadores locais, orientadores e co-orientadores de pesquisa e docentes, pertencentes ao quadro de funcionários do GHC. Os preceptores são profissionais designados pelas áreas, responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades relativas ao campo e ao núcleo, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços com que estabelecerão relação durante o desenvolvimento da RIS/GHC.

A partir da descrição do papel do preceptor e suas atribuições, busca-se conhecer as suas representações sociais no exercício dessa atividade. Jodelet (1993) refere-se às representações sociais como forma de conhecimento, elaborada e compartilhada socialmente, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, onde o sujeito da pesquisa dá sentido a um objeto partindo da sua própria realidade e/ou experiências.

A mesma autora acredita que o conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber de senso comum, que é socialmente elaborado e partilhado, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais largamente, ele designa uma forma de pensamento social. As representações sociais são modalidades de pensamento prático, orientados em direção à comunicação, à compreensão e ao domínio do ambiente social, material e ideal. Partindo da ideia de que as representações sociais são uma "forma de pensamento social", refere ainda que é no social que estas se constituem de diversas maneiras, através do contexto

onde as pessoas estão inseridas, pela comunicação que se estabelece entre elas, pelos códigos, valores e ideologias ligados às posições ou pertinência específicas.

Eis que as pessoas em interação tendem a teorizar sobre a vida cotidiana construindo um saber pragmático, fugindo dos moldes científicos. A partir das informações que circulam em seu universo, buscam criar explicações através das representações sociais. Além disso, as representações constituem uma maneira de fixar as pertencas sociais das pessoas, uma vez que contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Para Crepaldi (1999), as representações sociais são sistemas de referência que permitem interpretar o que se percebe, dão sentido para o desconhecido, tornando-o familiar. O ato da representação transfere o que é perturbador e ameaçador em algo próximo. A confiança no familiar, como ponto de referência, serve como um padrão de comparação para tudo o que ocorre e é observado. Assim, as representações sociais são fenômenos que contribuem para a construção da realidade social, devendo esta ser abordada como o produto e o processo de uma elaboração psicológica e social do real.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA PESQUISA REALIZADA

Neste capítulo serão apresentados assuntos referentes à área pesquisada pelo Serviço Social, com sua respectiva análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Optamos por apresentar a avaliação das entrevistas em um quadro com as falas dos entrevistados, unidades de análise e categorias, pois isto constitui um método mais didático para que as categorias detectadas sejam analisadas.

3.1 EXPERIENCIA DA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL: SERVIÇO SOCIAL

Em 1976, inicia-se o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária no Centro da Saúde Escola Murialdo (CSEM), que, no ano seguinte, adquire caráter multiprofissional, agregando profissionais de Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária (Ceccim, 2002).

Na década de 80, surgem residências multiprofissionais nos Estados da Bahia, Paraíba e Minas Gerais; somente a partir do ano 2002, as residências multiprofissionais multiplicam-se em todo o país.

O Rio Grande do Sul, atualmente, conta com programas de residência multiprofissional em saúde para a área de Serviço Social na Escola de Saúde Pública, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Hospital Universitário de Santa Maria, na Universidade Federal de Pelotas, no Grupo Hospitalar Conceição e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Destaca-se que o Serviço Social, enquanto disciplina que compõe o quadro do trabalho em saúde, tem na residência a oportunidade de ampliar a própria formação, associando o conteúdo teórico-prático da saúde às condições de vida, contribuindo para o processo de cuidado. O Serviço Social reconhece a questão social como objeto da intervenção profissional e têm seu processo de trabalho pautado na perspectiva de totalidade, ao não perder de vista os determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais que atingem a sociedade.

De acordo com os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Área da Saúde, a intervenção do Serviço Social na residência é orientada pela perspectiva crítica, instigando o assistente social a ter uma leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários; a perceber as respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil; a legitimar os espaços de luta em defesa e ampliação dos direitos; a construir coletivamente estratégias para a produção da saúde sob o signo defendido pela Reforma Sanitária, como um direito social.

Segundo Stephan-Souza (2001), a residência é o espaço de aprendizagem em que o Serviço Social, ao mesmo tempo em que se fundamenta nos conhecimentos predominantes na saúde, também apresenta ao conjunto das profissões desta área as concepções oriundas da compreensão social e de política referentes à saúde.

3.2 AS DIFERENTES VISÕES DA RESIDÊNCIA

Residência pode ser entendida como uma modalidade de ensino prático-teórico de treinamento em serviço. Inicialmente o termo residência era utilizado para a residência médica e posteriormente passou a ser usado para residências multiprofissionais, residências integradas em saúde e residências em áreas específicas.

Fala dos entrevistados	Unidade de análise	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> •1 A residência me capacitou a ser preceptor. •2 No meu trabalho em primeiro lugar é a residência. •3 A residência faz a diferença no processo de formação. •4 O processo de residência se constituiu fazendo, não tinha fórmula, ninguém foi 	Residência Integrada em Saúde Residência médica Preceptor Falta de capacitação Busca continua Desafio	Residência

<p>capacitado.</p> <ul style="list-style-type: none"> •5 Conhecer a proposta da residência. •6 O movimento de buscar, de se atualizar, de conhecer, de se qualificar profissionalmente, ele também é movimentado pela residência. •7 Em minha atuação profissional trago muita coisa da minha preceptora. •8 A residência foi mais importante que a faculdade. •9 A vinda da residência integrada, ...esse foi o desafio . •10Residência médica participa da RIS. 		
---	--	--

A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, para médicos, sob a forma de cursos de especialização, sua característica principal é o treinamento em serviços sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Foi instituída no Brasil pelo Decreto nº 80.281, de 5 de Setembro de 1977.

Hoje a Residência Médica forma médicos aptos a atuar principalmente em nível hospitalar: unidades de internação, UTI e urgência/emergência. A atividade ambulatorial já ocupa espaço ampliado em muitos programas, mas o que predomina ainda são os estágios em enfermarias, com o agravante de que o congestionamento dos serviços de apoio diagnóstico dos hospitais de ensino faz com que sejam mantidas as internações hospitalares para investigação (Feuerwerker, 1996).

A Residência Integrada em Saúde é uma modalidade de ensino de pós graduação multiprofissional, em serviço, que pertence ao âmbito de regulação da educação profissional, composta por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais.

Segundo seu Projeto Político Pedagógico, a RIS/GHC permite aos profissionais em formação o reconhecimento das diversas “portas de entrada” acessadas pelos usuários e a elaboração de estratégias para a construção de sistemas de referência e contra-referência entre os serviços, visando garantir a

continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diversos âmbitos em que se dão os cuidados. A formação deve ter abrangência para capacitar os residentes a integrar o sistema de saúde como um todo, qualificando o atendimento ao usuário através da continuidade da atenção.

Conforme nos relata o entrevistado abaixo:

O processo da residência, ele constituiu fazendo... não tinha uma fórmula, ninguém foi capacitado, qualificado pra dizer: - agora vamos fazer a residência e a residência vai... Bom a gente buscou modelo, a gente foi criando... Pode ver assim, os próprios instrumentos, avaliação, mudou a partir de que? A gente foi estudar, foi discutir. Sentir que não dava pra usar aquele instrumento. Então, as coisas foram mudando no processo. Eu acho que é interessante isso. É interessante. Claro, dá mais trabalho, né, mas como é dinâmico, acho que é interessante, acho que a vida inteira a gente vai estar fazendo isso. (E 1)

A residência tem papel fundamental para a formação, dada a possibilidade de aliar teoria e prática e permitir a reflexão crítica sobre a organização dos processos de trabalho em saúde.

Paulo Freire (1996) diz que cenários de aprendizagem são espaços para conhecer, na ação concreta no mundo, lugares de construção de conhecimentos, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzem criticamente formas de atuar com saúde e de se relacionar com os usuários, espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, como fortalecimento do SUS.

A residência aproxima saberes e práticas, valoriza os saberes e práticas dos residentes, dos preceptores, tutores, orientadores e usuários, e esta mistura de diferentes pensamentos, práticas e teorias, compõe o processo da residência.

A residência é um espaço rico de troca, através de um processo reflexivo e uma prática dialogada, e tem um forte componente afetivo nas relações de troca.

3.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Formação profissional ou formação é o conjunto de atividades que visam a busca de conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos necessários ao exercício profissional. A formação pode ocorrer de várias maneiras e tem como objetivo conhecer ou atualizar os conhecimentos do indivíduo acerca de um tema.

Fala dos entrevistados	Unidade de análise	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> •1 Além do preceptor várias pessoas são responsáveis pelo processo de formação. •2 Trabalhar com processos diferentes, com o processo de aprendizagem de cada um. •3 Entender o processo de aprendizagem do residente. •4 Trabalhar com processos diferentes. •5 A residência faz diferença no processo de formação. •6 Na formação é importante pensar em currículos e avaliação. •1 Avaliação da residência com a equipe, onde a gente avaliou aqui nessa equipe o processo de formação. •2 Um processo de conversa, um pouco de avaliação. •3 Pensar em avaliação é importante. •4 Formar pessoas comprometidas com o sistema público de saúde. 	Processo de formação Processo de aprendizagem Processo interdisciplinar Processo avaliativo Perfil profissional	Formação profissional

A formação profissional em saúde é entendida como uma formação interdisciplinar, orientada para o trabalho, que integra conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos.

O entrevistado abaixo coloca:

Poder entender o processo de cada residente, como é o processo de aprendizado de cada residente. Como é que ele se dá. Como é ele se dá. Como é que tu vai potencializar algumas práticas que daqui a pouco, foram importantes para a formação. O que é importante e que ainda não foi experimentado. Tem que estar por dentro... Essa sensibilidade, essa habilidade; que eu acho que é uma habilidade. Não é só ser profissional do campo, mas tu tens que ter uma habilidade. (E 2)

A formação profissional acontece em diferentes níveis de compreensão e intervenção junto aos sujeitos, deve ser pensada como educação permanente em saúde, embasada em um compromisso político, social e educacional.

Na formação profissional, as práticas assistenciais se apresentam como lugares de vivência, aquisição de atitudes e construção do conhecimento.

O trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social, devem ser norteadores da formação profissional. Nesta direção, o debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental, bem como a gestão democrática, pública e universal. Esta diretriz deve nortear também a educação permanente.

A construção do trabalho interdisciplinar em consonância com os princípios do SUS é um desafio para o processo de formação, porque é difícil integrar profissionais que vêm de diferentes áreas, muitas delas com formação mais centrada na doença.

A educação permanente é a capacitação que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p59):

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino/gestão setorial/práticas de atenção/control social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

A formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais.

O entrevistado a seguir ressalta:

As relações são fundamentais para o processo de formação, porque a gente está trabalhando em equipe, trabalhar de uma forma interdisciplinar, tu tem que sair do teu lugar no teu campo, tu tem que te disponibilizar a ouvir. Muitas vezes, mesmo não concordando, tem que estar podendo escutar aquilo, poder ver o que daquilo é possível. Aproximar com prática. (E 1)

O processo de aprendizagem é desencadeado a partir da motivação. Esse processo se dá no interior do sujeito, estando, entretanto, intimamente ligado às relações de troca que o mesmo estabelece com o meio.

O entrevistado abaixo ressalta a importância de formarmos profissionais comprometidos com o sistema público de saúde:

Eu procuro formar pessoas comprometidas com o sistema público de saúde. Eu acho que esse é o nosso desafio. É o compromisso com o sistema público de saúde do nosso país. Eu acho que isso é mais importante. Eu acredito nesse sistema e quero que as pessoas tenham o mesmo compromisso que eu tenho com isso. (E3)

Formar profissionais capacitados a atender as diversas demandas do SUS, buscando um atendimento integral, universal e com equidade. Profissionais competentes, que tenham como princípios a dignidade, os valores éticos, a solidariedade e o compromisso social.

A Residência Integrada em Saúde proporciona ao residente, desenvolver a capacidade de pensar criticamente, ampliando a habilidade de reconhecer e resolver seus problemas, preparando-o para uma ação transformadora no cotidiano do trabalho e na sociedade (CECCIM; FERLA, 2003).

Formar profissionais capacitados para atuar em uma equipe multiprofissional, que tentem garantir a integralidade da atenção em saúde, proporcionando a construção de novos saberes e práticas. Podemos entender o trabalho multiprofissional como a concretização do trabalho coletivo, entendendo que as especificidades profissionais serão respeitadas.

Segundo Yamamoto, (2002), o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas.

Profissionais responsáveis pelo processo de formação devem entender a realidade saúde como política pertencente ao tripé da Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde) com uma concepção ampliada de Saúde, que tenham sua Intervenção baseada no SUS, Saúde Coletiva, Reforma Sanitária, na Política de Humanização em consonância com o Projeto Ético-Político Profissional.

Importante afirmar que os residentes, quando concluem a Residência Integrada em Saúde, devem compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e que estejam aptos a buscar estratégias político-institucionais para enfrentar estas questões.

O processo de formação no qual os residentes estão inseridos deve contribuir para que estes sejam trabalhadores preparados para o Sistema Único de Saúde, com uma visão generalista e não fragmentada.

3.4 O PAPEL DO PRECEPTOR

Segundo o Projeto Político Pedagógico (PPP) da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC):

os preceptores são profissionais das equipes designados pela área de ênfase para atuar como referência para o residente, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços com que estabelecerão relação durante o desenvolvimento da residência. São responsáveis pela orientação dos residentes nos conhecimentos relativos a campo e núcleo.

Fala dos entrevistados	Unidade de análise	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> •1 Preceptor de campo é responsável por fazer as articulações na formação multiprofissional, articulações entre campo e núcleo. •2 Fazer o vínculo da instituição com o residente. •3 Fazer a tradução do teórico para o prático. •4 Preceptor de campo tem um papel diferente do preceptor de núcleo. •5 Preceptor de campo é responsável por supervisionar, por articular trabalhos com a equipe. •6 Ser preceptor é ser um mediador. •7 Respeitar o residente e ao mesmo tempo acolher. •8 Ter disponibilidade para ouvir. 	Preceptor de campo Preceptor de núcleo Formação multiprofissional Residente Mediador Diálogo Acolhimento	Preceptor

O residente é um profissional em formação e o preceptor vai ser o mediador no processo ensino e aprendizagem. O preceptor tem um papel importante para o residente, porque será a referência deste durante o processo de inserção na residência.

Um dos entrevistados diz que:

...ser preceptor é ser um educador e um mediador. O residente vem com a experiência mais teórica. E a gente vai mostrar pra ele a teoria vinculada à prática. Principalmente a prática. Eu acho que ser preceptor é isso assim. É ser esse mediador. (E 2)

O preceptor deve ter conhecimento, habilidade em criar e improvisar, sensibilidade e muito bom senso, porque muitas vezes os residentes questionam a sua prática, desacomodando processos há muito instituídos, tornando necessária uma reflexão de sua atuação. A residência instiga a busca de atualização teórica, para dar conta da demanda que os residentes trazem.

Os conceitos de campo e núcleo propostos por Campos (2000) definiram as áreas de ênfases como sendo formadas por um conjunto de saberes e práticas comuns às várias profissões ou especialidades do setor da saúde e outros relacionados, que denominamos campos de aprendizagem. Os campos articulam os diferentes saberes e práticas exclusivas de cada profissão, que denominamos núcleos.

O preceptor de campo deve promover a integração entre os profissionais da residência, equipes multidisciplinares dos diversos serviços de saúde e com a população, servindo de referência na área de atuação, no campo de saber e nas práticas assistenciais de saúde.

O entrevistado abaixo refere que:

Preceptor de campo pra mim é uma pessoa responsável na, no seu local dentro do campo de trabalho, responsável por fazer articulações na formação multiprofissional. Então, ele seria o responsável por estar por dentro, fazer a integração dos residentes. Aproximando o trabalho de campo desses residentes, fazendo a supervisão de campo e núcleo. Tá? Então não só do núcleo, mas fazer a supervisão de campo além dos trabalhos desenvolvidos em campo.(E 1)

O preceptor de núcleo serve de referência na sua área profissional, respondendo pela orientação técnico-profissional. Ele é o responsável por deter os conhecimentos específicos de sua área e articular com os demais campos de atuação na saúde buscando um atendimento integral ao usuário. Os entrevistados falam que os preceptores são responsáveis por fazer articulações na formação

multiprofissional, articulações entre campo e núcleo, fazer vínculo da instituição com o residente, traduzir o teórico para o prático e ser mediador, é quem dialoga nos diversos espaços da residência.

Os entrevistados a seguir definem preceptor como:

O preceptor de núcleo então, ele vai fazer toda a orientação, a articulação daquele profissional específico né, do núcleo profissional específico. (E 1)

Preceptor é o profissional responsável por orientar, por supervisionar, por articular alguns trabalhos com a equipe, com os residentes, entre os residentes. (E 3)

O preceptor na RIS deve ser um profissional que trabalhe a partir de uma concepção ampliada de saúde, respeitando a diversidade, o sujeito enquanto ator social.

É quem apoia, orienta e supervisiona, compartilhando sentidos, conhecimento, formas de ações e de gestão do cuidado individual, familiar e coletivo.

Os preceptores têm um papel fundamental no processo da residência como um todo, são os profissionais que com sensibilidade, habilidade, conhecimento, capacidade de diálogo, capacidade de reflexão, paciência e experiência, são desafiados diariamente a cumprir o seu papel: o papel de mediador em um processo de formação em serviço.

3.5 A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA

Experiência é definida como a ação ou efeito de experimentar, o conhecimento obtido pela prática da observação ou exercício.

Fala dos entrevistados	Unidade de análise	Categorias
•1 Ter boa recepção na equipe e	Experiência profissional	Experiência

<p>experiência na ênfase.</p> <ul style="list-style-type: none"> •2 Ter experiência profissional. •3 Preceptor tem que ter experiência na área. •4 Fui ser preceptora com pouquíssima experiência, o que me dificultou. •5 Experiência e prática na função. 	<p>Falta de experiência</p> <p>Equipe</p> <p>Experiência de vida</p> <p>Experiência prática</p>	
---	---	--

O entrevistado em destaque define experiência como:

O entendimento que temos do nosso processo. Do que nós experimentamos, da nossa construção de vida... Não só profissional, de formação, mas de vida pessoal. A nossa bagagem. (E 1)

Segundo Pinheiro e Ceccim apud Foucault (1994) a experiência não é apreendida para ser simplesmente repetida ou passivamente transmitida, ela acontece para migrar, recriar e potencializar vivência.

O depoimento abaixo ressalta a passagem em diversos locais da instituição como importante para a trajetória profissional:

...a vivência que a gente tem. O grupo Conceição é muito grande tem vários hospitais. Os serviços aqui dentro são completos. E eu acho que a gente é mais antiga... eu, pelo menos, passei por vários hospitais e tive várias experiências. Eu acho que isso facilita. Então eu acho que isso me ajuda. Eu acho que agrega mais um valor assim, na minha trajetória. É essa coisa de estar conhecendo todo o grupo Conceição. A Comunitária também agrega, é muito amplo o campo de atuação. E assim, como comunitária também, a gente está sempre aberta pra tudo, atualizado, buscando, correndo atrás das transformações todas.(E 3)

A trajetória percorrida por um profissional em uma instituição proporciona a vivência e o conhecimento de diferentes espaços de intervenção. Esta experiência é algo que nos possibilita já sairmos transformados. Experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca, ela vem completa de sentidos e percepções.

O saber de experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). O saber de experiência sublinha, então, sua qualidade existencial, isto é, sua relação com a existência, com a vida singular concreta de um existente singular e concreto. A experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida (LARROSA, 2002, p. 27).

A experiência retrata um movimento dialético, ou seja, a teoria e a prática são importantes, mas a forma como elas são vivenciadas e o que elas proporcionam são aquisições para além da vida profissional.

A falta de experiência, como coloca o entrevistado a seguir, pode prejudicar um processo de trabalho.

Fui ser preceptora com pouquíssima experiência no campo que atuo. E acho que isso dificultou bastante. Penso que se eu tivesse tido um investimento nesse momento, enquanto pessoa, enquanto profissional, na área que eu tava atuando ia ajudar bastante.(E 2)

Na vinheta do entrevistado acima percebemos, que a “dita falta de experiência” dificultou a sua caminhada inicial na preceptoria, mas com certeza outros saberes ajudaram. Porque a experiência de vida também é importante, tudo que vivenciamos em nossa vida acrescenta alguma coisa em nossa trajetória.

A experiência é particular e única. Para reproduzir a experiência, o sujeito, precisa se desprender e se deixar transformar, assim a experiência seria devidamente ativada, ou seja, uma experiência real é aquela que marca o indivíduo. Ninguém pode aprender da experiência do outro, talvez tente, mas será impossível.

A experiência não se mede em anos, em informações, em excesso de trabalho, precisamos estar abertos a novos conhecimentos, criando, inventando e transformando. No processo de trabalho e na residência ela é importante, mas não é o fundamental. Muitas vezes uma experiência profissional de anos não acrescenta nada. O importante é o que extraímos da experiência, como a vivenciamos, se ela nos proporcionou alguma transformação ou não.

3.6 O CURRÍCULO COMO ASPECTO FUNDAMENTAL

Currículo é um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática. Ele é formado por conteúdos, métodos de ensino e avaliação. O currículo tem uma dimensão técnica, cultural, política e econômica.

Segundo Veiga-Neto, apud Willians (1984):

Currículo é um conjunto de conhecimentos, valores e práticas retirados de uma cultura e tidos como importantes num determinado momento histórico, em detrimento de outros conhecimentos, valores e práticas que necessariamente ficaram de fora. (1996, p.25)

Fala dos entrevistados	Unidade de análise	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> •5 O currículo de formação mais integrada... •6 Pensando no currículo como um todo. •7 Revendo o currículo e adaptando às necessidades dos residentes. 	<p>Currículo integrado Construção</p>	<p>Currículo</p>

O currículo na residência tem um papel importante, pois é através de seus conteúdos que iremos embasar a prática. Ele deve ter um eixo norteador, e a partir deste eixo ter os seus desdobramentos de acordo com as especificidades das ênfases, com as expectativas dos residentes, devendo sempre estar em consonância com as políticas públicas.

O currículo deve articular dinamicamente trabalho e formação, prática e teoria, ensino e comunidade, levando em conta as características sócio-culturais do meio. Visa o preparo do aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário. O conhecimento deve ser construído pelo próprio sujeito.

O processo de construção do currículo no seu dia-a-dia pode ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora, que assegura a consolidação de núcleos de vontade coletivos, respeitando as

características particulares locais e de cada momento da formação. (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006, p.215)

Conforme refere o entrevistado abaixo:

Penso que a gente sempre tem que estar revendo o currículo e adaptando às necessidades dos residentes,... a gente faz avaliação do trabalho, discute, reflete. (E 1)

O currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem de maneira sistemática. A partir dele é possível pensar as diversas etapas da residência e sistematizá-las em módulos.

O currículo se constrói no dia a dia, com a participação de toda a equipe e todas as atividades da residência fazem parte do currículo, como destaca o entrevistado a seguir:

O seminário de campo que faz parte do currículo, é de responsabilidade de todos os preceptores e orientadores, são todos responsáveis pela organização do espaço. (E 2)

O currículo da residência integrada em saúde deve ser interdisciplinar, o residente deve aprender a compreender o universo cultural do usuário de saúde e ao mesmo tempo aprender a comunicar os conteúdos de seu conhecimento.

3.7 COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS SIMILARIDADES E DIFERENÇAS

Constatamos a partir da análise dos mapas conceituais das entrevistas realizadas pelo Serviço Social, comparando com as análises feitas pela fisioterapeuta e pela nutricionista, muitos pontos em comum.

Os entrevistados do Serviço Social e Nutrição eram das ênfases Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental e a Fisioterapia entrevistou preceptores da ênfase Atenção ao Paciente Crítico, que trabalham com tecnologias mais duras.

Apesar da diversidade de ênfases, a maioria trouxe questões referentes à residência, à formação profissional, à preceptoria, à experiência e aos currículos.

Alguns profissionais levantaram a questão do exercício da função de preceptoria (ensino) e a assistência aos usuários.

Constatamos um ponto que foi trazido somente por um entrevistado, a falta de capacitação para preceptores, acho relevante este fato ter sido levantado apenas por um profissional, porque somente após quatro anos da existência do programa de residência no GHC, está acontecendo a primeira capacitação para preceptores, o curso de Especialização de Práticas Pedagógicas.

A experiência aparece em todas as entrevistas, como um fator determinante para o desempenho da preceptoria com adequação.

As entrevistas com distintas categorias profissionais, de diferentes ênfases, se complementam, porque todos têm a sua atuação profissional embasada em um projeto ético-político e atuam na residência também de acordo com o Projeto Político Pedagógico da RIS, em consonância com os princípios do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi estudar as experiências de profissionais envolvidos com as tarefas de preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto ação educativa na área da saúde, conhecendo as representações sociais do papel dos preceptores a partir do seu ponto de vista, identificando atribuições e demandas para a formação, analisando as particularidades na área de Serviço Social, correlacionando com as áreas de Fisioterapia e Nutrição e utilizar as experiências destes profissionais como fonte de aprendizado.

A residência multiprofissional em saúde é um espaço de formação especializada, desenvolvida em serviço, que capacita o profissional de saúde a desenvolver sua criatividade, sensibilidade, improvisação e bom senso frente aos problemas de saúde.

A formação em serviço tem um papel importante na construção do sistema de saúde. Transformar essa formação tem um determinado e importante impacto na construção da maneira de pensar e de agir dos trabalhadores de saúde, potencializando a reflexão crítica sobre os processos de trabalho, de produção de compromissos sociais, em suas diversas dimensões e conseqüentemente, no dia-a-dia da construção e fortalecimento do SUS.

A residência visa à formação de profissionais com uma visão integral, socialmente comprometido, trabalhadores tocados pelo direito a saúde, com capacidade de comunicação e escuta, para que compreendam aspectos sociais, psicológicos, culturais e do cotidiano do usuário, para além das patologias. A residência multiprofissional está baseada em quatro eixos: assistência, pesquisa, ensino e gestão.

A presença dos residentes recoloca questões que já haviam sido acomodadas pela equipe em seus processos de trabalho e movimentam as estruturas já estabelecidas. A própria organização do serviço é questionada e confrontada gerando novas formas de intervenção.

O desempenho do papel de preceptor estimula a produção científica, causa tensionamento, desacomoda e estimula a avaliação constante da prática. Os preceptores são desafiados a recriar. Ocorrem ganhos profissionais e pessoais, a partir da criação de novos laços, e há uma transformação das práticas de assistência

e ensino.

A partir das falas dos entrevistados, é possível constatar que a experiência profissional é um fator importante no sucesso da atividade de preceptoria e que a formação depende também dos outros profissionais do serviço e não apenas do preceptor. Muitas vezes é mencionado que a própria residência influencia nas práticas de ensino, retroalimentando o processo ensino-aprendizagem.

Os preceptores reconhecem-se como mediadores entre os residentes e as equipes nas quais são inseridos e como facilitadores do processo de construção do conhecimento, através da prática reflexiva. O preceptor deve estar apto a observar, ouvir, estar disponível, orientar, criar, ser referência e qualificar-se.

A construção do currículo também surge como um ponto importante nas estratégias de formação em serviço, uma vez que o currículo é produto de tensões, conflitos, relações de poder, interesses e projetos sociais, políticos, culturais e pedagógicos.

Uma demanda importante é que sejam implementados na instituição processos de educação permanente para preceptores, instrumentalizando e fornecendo subsídios para as práticas de formação em serviço. Embora a excelência técnica seja uma constante, os preceptores carecem de embasamento pedagógico para o ensino.

A preceptoria se caracteriza pela atividade docente, abrangendo ações de ensino, pesquisa e assistencial. O assistente social, ao assumir o papel de preceptor, precisa estar de acordo com o projeto ético-político da profissão e com os princípios do SUS, compreender os determinantes sociais do processo saúde/doença, conhecer as exigências e competências necessárias para a formação do assistente social na saúde e conhecer os cenários de prática.

A realização desta pesquisa proporcionou um aprofundamento sobre a visão dos colegas sobre a preceptoria, a residência e vivência da formação para o Sistema Único de Saúde e resgatou conteúdos teóricos trabalho no Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas.

REFERÊNCIAS

AMANCIO FILHO, Antenor. **Dilemas e desafios da formação profissional em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 15, p. 375-80, mar/ago. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf> Acesso em: 05 abr. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde**: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, n. 19, p. 20-28, jan/abr. 2002

BOTTIL, Sergio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363–373. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>> Acesso em: 01 mai. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 set. 1977.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 30 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Cartilha da Residência Integrada em Saúde/Grupo Hospitalar Conceição**, 2009. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/riscartilha2009.pdf>>. Acesso em: 21 abril. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Portaria nº109/04 de 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)**. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>> Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília. 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 2007, p.28.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde: versão preliminar**, Brasília, 2009. No prelo. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/>>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRAZ, Elizabeth et al. A influência do estágio voluntário na formação profissional do enfermeiro. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2., 2005, Cascavel. Disponível em: [http://cac-
php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau04.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau04.pdf) Acesso em: 15 mar. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva** - vol.5 no.2 Rio de Janeiro 2000. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-
81232000000200002&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext) . Acesso em: 25 mar. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borget. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45. 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Antonio Alcindo. Residência Integrada em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003. p. 211-226

CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, Wilse Arena da; ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. Teoria das representações sociais: uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. **Revista de Educação Pública** Mato Grosso, v. 7, n. 13, jun/dez. 1999. [citado 22 out 2003] Disponível em: <http://www.ufmt.br/revista.html> Acesso em: 01 mai. 2010.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Hospitalização na infância**: Representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté: Cabral, 1999.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde**: aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/icitplanodecurso2009latosensu.pdf> Acesso em: 01 abril. 2010.

FEUERWERK, Laura Camargo Macruz. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Comunicação, Saúde, Educação**. Interface, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERREIRO, Iara Coelho Zito; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fábio. (Orgs). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). **Ensinar Saúde**: a integralidade e

o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p 229-250.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

JODELET, Denise. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO Maria Cecília de Souza. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO Maria Cecília de Souza (org.) et al **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32. 1999.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experiênciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 13-35.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J.J.N. et al (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 143-85.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdo, ensino, aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B., MATTOS, R.A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 205-27.

SILVA, Ednilson Bomfim. **Agentes Comunitários de Saúde**: trajetórias, saberes e identidade profissional. Porto Alegre, 2002.

STEPHAN-SOUZA, Auta et al. A Residência em Serviço Social: Um Projeto de Formação Permanente em Saúde. **Libertas** on line, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 53-65, jan/jun. 2001. Disponível em: <www.revistalibertas.ufjf.br/volumes.html>. Acesso em: 10 out. 2009.

UEBEL, Ana Cristina et al. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro da Saúde Escola Murialdo – CSEM. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123. 2003.

VEIGA-NETO, A. Currículo e interdisciplinaridade. In: MOREIRA, A.F.B. (Org.). **Currículo**: questões atuais. Campinas: Papirus, 1997. p. 60- 67.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:

Experiência da Fisioterapia, Nutrição, psicologia e Serviço Social.

Responsáveis

Isabel Telmo Hackner (psicóloga – CRP 07/10710)

Maria Cristina Barros (assistente social – CRESS 2257)

Renata Hélia Lorenz (fisioterapeuta – CREFITO 28070 F)

Tessa Gomes Guimarães (nutricionista – CRN 5227)

Por favor, leia atentamente este termo de consentimento livre e esclarecido. Use o tempo necessário para lê-lo e para perguntar o máximo que desejar. Você pode esclarecer dúvidas antes, durante ou após a realização desta pesquisa.

O Serviço de Hematologia/Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição conta com a Residência Integrada em Saúde, que iniciou em fevereiro de 2009. As pesquisadoras, envolvidas com as tarefas de preceptoria desta residência, buscam, através dessa pesquisa, qualificar seu papel, entrevistando outros profissionais que participem como preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde há mais tempo e que possam contribuir com suas experiências.

Você responderá algumas perguntas, que compõem um roteiro flexível de uma entrevista semi-estruturada. Estimamos que a duração da entrevista seja de, aproximadamente, uma hora. Além dessas perguntas, você poderá manifestar-se livremente sobre algum outro tópico que considere importante. As entrevistas serão, posteriormente, transcritas para que se faça a análise dos dados.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. As pesquisadoras responsáveis por este estudo são a psicóloga Isabel Telmo Hackner, a assistente social Maria Cristina Barros, a fisioterapeuta Renata Hélia Lorenz e a nutricionista Tessa Guimarães, que podem ser encontradas no 4ºB2 – Unidade de Oncologia/Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC, cujo

endereço é: Av. Francisco Trein, 596 – Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS. Os telefones para contato são: 51 – 3357.2268 e 51 – 3357 2581.

E-mails: hisabel@hc.com.br, tessa@ghc.com.br, mcnunes@terra.com.br , relorenz@hotmail.com.

Caso você queira questionar algum aspecto ético desta pesquisa, entre em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC: Sr. Vitto Giancristoforo dos Santos, cujo telefone para contato é: 51 – 3357-2407.

Você tem uma participação voluntária e pode se recusar a participar ou a não continuar esta pesquisa em qualquer momento sem penalidades, ou perdas de benefícios.

As informações coletadas serão utilizadas apenas neste estudo. Estes dados são confidenciais, ou seja, você não será identificado em nenhum momento desta pesquisa. As transcrições das entrevistas serão consultadas apenas pelas pesquisadoras envolvidas e pelo orientador do projeto.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase desta pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, de nome _____, confirmo que fui informado quanto aos propósitos deste estudo. Apresento, pois, meu livre consentimento para a participação neste estudo.

_____	___/___/___
Nome e assinatura do Participante	Data
_____	___/___/___
Nome e assinatura da Pesquisadora	Data
_____	___/___/___
Nome e assinatura de Testemunha	Data

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 O que é ser preceptor da residência multiprofissional em saúde?
- 2 Quais os aspectos que você considera importante para exercer o papel de preceptor?
- 3 Como sua formação influenciou na sua atuação enquanto preceptor?
- 4 Quais os desafios deste papel enquanto educador?
- 5 Qual o seu papel no projeto total da residência, enquanto nutricionista (ou assistente social ou psicólogo ou fisioterapeuta)?
- 6 Que tipo de profissionais você espera formar no processo da residência? Como contribuir para essa formação?
- 7 Quanto aos processos de ensino-aprendizagem, quais conhecimentos são considerados importantes para serem incluídos como parte do currículo? O que falta ser trabalhado no currículo? Qual sua participação na montagem do currículo?