



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**



**Renata Maria Moura Nascimento**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**João Pessoa  
2016**

**Renata Maria Moura Nascimento**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba

Orientador:  
Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

Área de Concentração:  
Saúde da Família

Linha de Pesquisa:  
Educação na Saúde

**João Pessoa  
2016**

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

N244e Nascimento, Renata Maria Moura.

Educação interprofissional e preceptoria na residência multiprofissional em saúde da família / Renata Maria Moura Nascimento. – João Pessoa, 2016.

58p. : il.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte.

Trabalho de conclusão de curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – UFPB/CCS.

1. Educação em saúde. 2. Preceptoria em saúde. 3. Profissionais de saúde. 4. Atenção básica à saúde. 5. Residência multiprofissional em saúde da família. I. Título.

CDU: 37:614-027.553 (043.2)

**Renata Maria Moura Nascimento**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora:



---

Presidente/Orientador: Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte  
UFPB



---

Profa. Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida  
UFC



---

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
UFPB

Aprovado em: 30/09/2016  
João Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelas inúmeras bênçãos concedidas;

Aos meus pais e minhas irmãs, que próximos ou distantes demonstraram preocupação e cuidado, além de torcerem muito pelo meu sucesso;

Ao meu esposo, Luiz Gustavo, pela compreensão e paciência nas noites em claro;

À amiga/irmã que a vida me deu/companheira de luta, Idalina, que desde o início me ajudou e me dou forças para não desistir diante das adversidades;

Aos familiares que ganhei tia Glaudete, tio Didi e Caio, pela recepção, acolhida e todo carinho que recebi nos dias que passei na residência de vocês;

À companheira de viagem, Josi, obrigada pela carona, conversas, risadas, conselhos e acima de tudo, pela amizade que se fortaleceu nesses dois anos de muitas estradas;

Aos companheiros de mestrado da nucleadora UFPB, por partilharmos das mesmas angústias, aflições, inseguranças, e por dividirem comigo conquistas e alegrias;

Aos professores do programa, pelas valiosas contribuições que enriqueceram minha vida e prática profissional;

Um agradecimento especial ao meu mestre, Franklin Forte, que como muita paciência, dedicação, compreensão, sabedoria e humanização me conduziu nesse percurso e acreditou em mim, me dando força sempre;

Meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

A educação interprofissional (EIP) e a preceptoria são propostas de mudança no processo de trabalho em saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). O objetivo do estudo foi compreender a percepção de preceptores e residentes sobre multiprofissionalidade, interprofissionalidade e preceptoria na RMSF. Trata-se de pesquisa qualitativa com a realização de dois grupos focais para coleta de dados, sendo um grupo com residentes e outro com preceptores da RMSF. Procedeu-se a análise de conteúdo com base em Bardin (2011). Os grupos focais foram orientados por um roteiro previamente estabelecido. Preceptores e residentes reconhecem a EIP como estratégia importante para o trabalho em saúde visando à integralidade do cuidado. Apontaram algumas estratégias de práticas colaborativas baseada no encontro dos atores envolvidos de maneira participativa e dialógica, como: reuniões para planejamento, execução e avaliação de ações de promoção e educação em saúde; matriciamento, Projeto Terapêutico Singular, consultas compartilhadas. A EIP apresentou-se como estratégia para a reorientação dessa formação e fortalecimento das relações interpessoais na Atenção Básica, tanto na equipe mínima quanto no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Percebeu-se a sensibilização e o reconhecimento do protagonismo de preceptores e residentes para o desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas em saúde, compreendendo inclusive a necessidade de adoção dessas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Sugere-se que a interprofissionalidade seja tema a ser discutido na RMSF, oportunizando aprofundamento teórico vislumbrando diálogo participativo com o objetivo de propor uma agenda para a prática, ou seja, para cotidiano dos serviços onde estão residentes, estudantes de graduação, preceptores, outros trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), líderes comunitários, comunidade, gestores de saúde e de ensino.

Palavras-chave: ensino, preceptoria, educação interprofissional, comportamento cooperativo, comunicação, residência multiprofissional em saúde.

## **ABSTRACT**

Interprofessional education (IPE) and preceptorship are important issue to work in health in the Multi-professional Residency in Family Health Program (RMSF). The aim of the study was to understand the perception of residents and preceptors on multiprofessionality and interprofissional education at RMSF Program. A study with qualitative approach was carried out of the Focus Group as data production strategy, appreciated by Bardin content analysis (2011). A pre-established script, from a starter question on the EIP and preceptorship, guided the focus groups. Preceptors and residents recognize the EIP as an important strategy for health work aimed at comprehensive care. They pointed out some strategies for collaborative practices based on the meeting of the actors involved in a participatory and dialogical way, such as meetings for planning, implementation and evaluation of health promotion and education activities; matrix support, individual therapeutic project, shared work. EIP is a strategy for reorienting this training and strengthening of interpersonal relations in primary care, both in minimal staff as the Family Health Support Group. Realized the awareness and recognition of the role of preceptors and residents to develop collaborative interprofessional health practices, including understanding the need to adopt these practices in everyday health services. It is suggested that EIP is subject to be discussed in RMSF Program, providing opportunities for theoretical deepening glimpsing participatory dialogue with the objective of proposing an agenda for practice, ie to daily services which are residents, graduate students, preceptors, other workers SUS, community leaders, community health and education managers.

Key words: education, preceptorship, interprofessional education, cooperative behavior, comunication, multiprofessional residency in healthcare.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
IDAI	Integração Docente-Assistencial Investigativa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	14
3	REFERENCIAL.....	15
4	MÉTODOS.....	25
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
6	CONCLUSÃO.....	45
	REFERÊNCIAS.....	46
	APÊNDICES.....	55
	APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS.....	55
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	56
	ANEXO	

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos desafios para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da formação em saúde é a aproximação e integração entre o ensino, serviços e comunidade. Os trabalhadores da saúde devem ser protagonistas para os processos de mudança a partir de reflexões problematizadoras do cotidiano e participação na construção da produção do cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. Embora muitos avanços tenham ocorrido, há ainda muito caminho a ser trilhado (FEUERWERKER, 2008). Nesse sentido, foram estimuladas as parcerias entre Secretarias de Saúde, quer sejam municipais ou estaduais, Escolas Técnicas de Saúde e Instituições de Ensino Superior (IES) para a implementação das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF).

A meta de reorientação para uma nova formação em saúde enfatiza a abordagem integral do processo saúde-doença, a vivência interdisciplinar na Atenção Básica, a integração ensino-serviço e a produção de conhecimentos e educação permanente como parte da rotina dos serviços (MORETTI-PIRES, 2012).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi uma estratégia lançada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº198 GM/MS em 13/02/2004 para a formação e desenvolvimento para o setor. Entre seus objetivos, está construir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho do SUS (BRASIL, 2004).

Para avançar nesse sentido, foram criados os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (BRASIL, 2006b), que apesar de terem sido criadas desde 1970, não existia regulamentação específica para as Residências Multiprofissionais. Somente em 2005, a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.129 foram fundadas as Residências que integram a área da saúde voltada para a educação em serviço (GUIMARÃES, 2010). Desta forma, foram criadas parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino, para a implementação da oferta de programas de pós-graduação *lato sensu* nas modalidades de especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) (GIL, 2005; BRASIL, 2006b). Em 2009, foi criada a Comissão Nacional de Residências das áreas da saúde com o

estabelecimento de orientações e normativas do Ministério da Saúde e da Educação com o objetivo de atender às demandas do SUS (BRASIL, 2009).

A especialização em serviço abrange a idéia de trabalho em equipe multiprofissional, cujo objetivo é a oferta de atenção integral à saúde na perspectiva do conceito ampliado de saúde, articulação entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde, de educação e do controle social, possibilitando desta forma, o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação (DOMINGOS, 2012; SILVA et al, 2016; SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2014; ROSA; LOPES, 2010). Além de ser considerada relevante para a formação de trabalhadores comprometidos, aptos a propor e intervir na política e gestão para que as mudanças necessárias no campo da saúde e fortalecimento do SUS sejam efetivadas (SILVA et al, 2014; SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2016; ROSA; LOPES, 2010).

Assim, a RMSF pela inserção no campo de trabalho, especialmente na Atenção Básica, mostra potencial para formação de profissionais de saúde nesta perspectiva e tem caráter estratégico, tanto no sentido de promover a consolidação da Atenção Básica – ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quanto por conceber uma oportunidade de especialização para as diversas profissões da área de saúde, no sentido de garantir apoio as equipes neste campo desafiante da produção de saúde (SILVA et al, 2014; SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2016).

A inserção responsável e compromissada de estudantes nos cenários reais busca integração ensino-serviço, e tem a educação interprofissional como um alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver (AGUILAR-DASILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva a incorporação da Educação Interprofissional (EIP) nos programas de formação de profissionais de saúde, ao reconhecer que os resultados na população são melhores, devido atendimento multidisciplinar e colaborativo (WILBUR; KELLY, 2015; REEVES et al, 2016). A EIP mostra-se atualmente como estratégia importante para formar profissionais aptos para trabalhar em equipe, prática essa fundamental para a integralidade no cuidado em saúde (BATISTA, 2012; REEVES et al, 2016).

Com o intuito de consolidar a proposta da RMSF, é fundamental a participação do profissional de saúde que atua no serviço, para inserir o profissional residente numa Unidade de Saúde da Família (USF), como forma de efetivar sua prática multiprofissional em seu processo de formação (DOMINGOS, 2012). Com esse papel articulador destaca-se a figura do preceptor de núcleo e de campo, sendo sua participação tanto na pesquisa, na produção do ensino no serviço, como na produção do cuidado, um diferencial no projeto pedagógico da RMSF (FEUERWERKER, 2008). Compreendem-se aqui os termos campo como sendo a atuação na perspectiva da interprofissionalidade e multiprofissionalidade com base na resolutividade e integralidade na produção do cuidado em saúde; e núcleo como o exercício profissional de determinada área de conhecimento reconhecido pelos conselhos de núcleos profissionais (CAMPOS, 2000).

O dicionário Houaiss (2014) descreve os seguintes significados para o termo preceptor:

*Preceptor: adjetivo e substantivo. 1. Que ou aquele que dá preceitos ou instruções; educador, mentor, instrutor. 2. Que ou aquele que é encarregado da educação e/ou da instrução de uma criança ou de um jovem, geralmente na casa deste.*

A preceptoria pode ser analisada sob vários aspectos considerando seus papéis. Historicamente, na residência médica é vista como profissional com mais vivência na especialidade foco da residência, o qual acompanha professor, orientador, supervisor, servindo muitas vezes de espelho para os estudantes residentes (SOARES et al, 2013; BOTTI; REGO, 2008; BOTTI; REGO, 2011).

Na prática, o que se deseja é que o preceptor possa no exercício de suas atividades, ter uma atitude reflexiva e emancipatória diante dos problemas do cotidiano de forma a ajudar na formação de profissionais de saúde, integrando conceitos apreendidos na teoria, aplicando para resolução de problemas da prática cotidiana dos serviços de saúde (TRAJMAN et al, 2009; BOTTI; REGO, 2008).

A compreensão de que no serviço também se aprende a partir da própria dinâmica do processo de trabalho em saúde, ou seja, o trabalho como princípio

educativo, onde os problemas, os conflitos, os desafios do cotidiano do trabalho em saúde são cenários importantes para a formação (BARRETO et al., 2011; KOIFMAN, SAIPPA-OLIVEIRA, 2014; RODRIGUES et al., 2014; SILVA et al., 2016). Assim, estabelece-se uma relação entre o preceptor e o estudante, ambos descobrindo o trabalho coletivo, a partir do diálogo e exposição de sentimentos, pensamentos, conhecimento teórico, para que a elaboração de ideias e as propostas de trabalho sejam pensadas (BARRETO et al., 2011; BOTTI; REGO, 2011; KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2014; DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Dessa forma, os momentos de preceptoria onde estudantes e preceptores se encontram para discutir devem ser espaços coletivos, dialógicos e participativos de educação permanente. Desconstruindo a rotina mecanizada e propondo a mobilização de conhecimentos para elaboração de propostas de atividades e ações a partir da reflexão crítica dos problemas e das demandas do cotidiano (SILVA et al., 2016).

Muito tem se discutido sobre a diversificação dos cenários de aprendizagem e a necessidade de oferta para que os atores assumam seu papel protagonista nesse processo de ensino-aprendizagem, produzindo reflexões mais aprofundadas com vista à produção do cuidado integral e resolutivo em saúde (BOTTI; REGO, 2008).

A partir da minha vivência como preceptora surgiu a inquietação de compreender como profissionais de diferentes categorias que ao trabalhar juntos deveriam integrar saberes e compartilhar práticas estavam preparados para receber residentes no território e conscientes do seu papel como preceptor.

O presente trabalho tem a finalidade de identificar potencialidades e fragilidades para a formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família na perspectiva interprofissional, por meio da percepção dos residentes e preceptores quanto a essa experiência.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Compreender a percepção de preceptores e residentes quanto à formação interprofissional e preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

### **2.2 Específicos**

Identificar as dificuldades e potencialidades na efetivação das atividades de aprendizagem compartilhadas;

Apontar estratégias que potencializam a preceptoria e o trabalho interprofissional;

Analisar a concepção dos residentes e preceptores acerca da EIP.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo foi construído a partir da leitura e consulta às bases de dados eletrônicos (PUBMED e SCIELO) e aos documentos do Ministério da Saúde, investigando sobre Educação na saúde, Residências Multiprofissionais em Saúde, interprofissionalidade e o trabalho colaborativo. Estudos e pesquisas acerca destas temáticas foram selecionados e incluídos com os seguintes descritores de assuntos: “formação”, “Atenção Primária à Saúde”, “Educação na saúde”, “interprofissionalidade”, “multiprofissionalidade” “Residências em Saúde”; idiomas: português, inglês e espanhol.

Dentro desse contexto, a fim de melhor entendimento do texto, optou-se por dividir a revisão da literatura em tópicos que circunscrevem o objeto de trabalho desta pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF); Preceptorial; Interprofissionalidade.

#### **3.1 Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e a Preceptorial**

Criado a partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como base um conjunto de princípios doutrinários e organizativos para orientar os serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1988). Ao pensar no fortalecimento deste sistema foram adotadas diversas medidas governamentais, destacando-se a Atenção Básica como sendo primordial.

Nesse nível de atenção foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que tinha como princípio reorganizar as práticas de saúde sob novas bases e novos critérios. Mais tarde, este programa recebeu a denominação de Estratégia Saúde da Família, com a finalidade de combater o modelo de assistência predominante no país, centrado na concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade (FRANCO; MERHY, 2003).

Dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2014).

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes da Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Para fortalecer esse novo modelo de atuação no SUS a gestão do trabalho e educação na saúde percebeu a necessidade de articulação entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com os objetivos de valorização da integração ensino-serviço, do enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação, como forma de assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2006a).

Ao considerar que o modelo e as políticas de saúde estão em construção, além do modelo e das políticas de formação, faz-se necessário que as práticas e cenários sejam diversificados, fugindo do enfoque biomédico, fragmentado e especializado em direção a um modelo integral, de promoção da saúde, e que incorpore a realidade de vida das pessoas. É nessa perspectiva que os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação, começam a empreender iniciativas com vistas a reorientar a formulação pedagógica e os campos de prática dos cursos da área de saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS apóia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) desde 2002, por considerá-la potente na formação do novo trabalhador em saúde. Esta Residência foi inspirada na experiência da Residência médica criada desde 1977, a mais antiga modalidade de formação em serviço (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2006b).

O caráter inovador conferido aos programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) deve-se a característica da interdisciplinaridade, demonstrado principalmente por meio da inclusão das catorze categorias profissionais da saúde (Resolução CNS nº 287/1998). Este modo de conduzir a formação 'inter-categorias' tende à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e reverenciar os 'núcleos' específicos de saberes de cada categoria profissional (BRASIL, 2006b).



A RMSF é uma modalidade de formação em pós-graduação que busca aproximar a formação profissional em saúde da realidade do trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). (VASCONCELOS et al, 2015; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Esta se tornou uma das estratégias de educação permanente que tem se destacado como fator de transformação na formação de profissionais para o SUS, com influência na assistência, no ensino e na pesquisa e tendo como lócus o processo de trabalho (SILVA et al, 2016; VASCONCELOS et al, 2015).

A Residência fundamenta-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa, ou seja, as atividades práticas orientam as atividades de teorização e reflexão crítica, propiciando à identificação das necessidades de aprendizagem de cada residente. Essa identificação das melhores evidências para a investigação e o plano de cuidado é a imediata aplicação do conhecimento visando à transformação da prática e a saúde das pessoas (BRASIL, 2006b).

Na prática profissional, as competências e habilidades vão se transformando a cada momento, assim, há de se formar profissionais ativos e aptos a aprender a aprender. Esta metodologia de aprendizado deve ser centrada no residente, que tem os problemas da realidade como elemento motivador do estudo e integrador do conhecimento (BRASIL, 2006b).

Tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação, muitas vezes desarticulados e fragmentados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. Direcionando a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A Residência apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, favorecendo o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Dessa forma, prepara os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em

equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SILVA et al, 2016).

A RMSF se baseia na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, buscando não apenas o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para modificá-la (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A vivência do residente em Saúde da Família tende a ser a de compreender e interagir em um determinado território, estruturando a Estratégia de Saúde da Família na sua área de atuação. Não seria apenas observar as atividades, o fazer dos profissionais, e sim ser sujeito ativo que pensa, problematiza, elabora baseado na realidade local de forma participativa e orgânica com a população, com a equipe da Estratégia Saúde da Família/NASF, com a devida supervisão, apoio e suporte de aprendizagem técnica (BRASIL, 2006b).

Nascimento e Oliveira (2010) em estudo sobre RMSF classificam esta como parte das estratégias de formação permanente para o SUS e potente, política e pedagogicamente, para transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde em Unidades de Saúde da Família.

Um dos principais desafios da RMSF é a tentativa de superação de limitações decorrentes da formação original dos profissionais nos cursos regulares de graduação, contribuindo significativamente para uma atuação contextualizada e comprometida com o SUS, reconhecendo, ainda, que as diferentes categorias profissionais da saúde tendem a reproduzir uma visão fragmentada do fenômeno saúde. A RMSF opera a partir de um novo paradigma, promovendo uma visão sistêmica e uma ação baseada na colaboração interprofissional. (VASCONCELOS et al, 2015).

Estudo realizado em Londrina por Domingos, Nunes e Carvalho (2015), buscou revelar a percepção dos trabalhadores de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF nas USF. Esta foi considerada potente no sentido de indução do trabalho em

equipe multiprofissional e inovadora por inserir no serviço categorias profissionais diferentes das que atuam normalmente. Além de também ter sido entendida com uma contribuição para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde.

Vasconcelos et al (2015) em seu estudo de avaliação de RMSF, relatou que a contribuição desta na formação de profissionais ainda é percebida de maneira empírica, por ainda não haver uma sistemática de avaliação da sua eficácia. O que demonstra grande perda, pois esta avaliação poderia subsidiar o direcionamento da política de educação na saúde.

Estudo realizado no Ceará descreveu que a função do preceptor de território surgiu a partir da criação da Residência Multiprofissional, ou seja, sem uma preparação prévia o que resultou na realização de tarefas múltiplas de apoiador, supervisor, educador (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Rodrigues et al (2014) também descreveram sobre a dificuldade do preceptor desenvolver atividades que antes não faziam parte do seu cotidiano e para as quais não se sentia preparado. Nesse estudo, os preceptores relataram a inexistência de capacitação para a docência e sobre a diferença entre os objetivos esperados pelo serviço que focava no saber-fazer e os objetivos da academia, o cuidado.

Dentre as atribuições desse profissional foi destacado por Pagani e Andrade (2012), ser educador e cuidador, onde seria responsável pela educação permanente dos profissionais e cuidaria da formação dos residentes e atuação no território, além também de cuidar da equipe de saúde que recebeu o residente. No entanto foi visto que o papel do preceptor ainda é algo que está em construção.

Barreto et al (2011) propuseram que, o preceptor desenvolva o ato da crítica amorosa e cuidadosa. Numa relação horizontalizada onde o preceptor não é nem tem pretensão de ser a voz da verdade, distanciando-se da proposta de educação bancária, onde o estudante é depositário do saber do preceptor.

Ribeiro (2012) descreveu a preceptoría como um processo capaz de propiciar práticas reflexivas e de gestão coletiva do trabalho alinhadas à educação permanente. A educação permanente entendida como uma reflexão no trabalho para o trabalho.

Trajman et al (2009) em estudo realizado no Rio de Janeiro sobre a atividade da preceptoria, identificou que a maior parte dos profissionais tem interesse em desempenhar a função de preceptor, no entanto, reconhecem dificuldades para o desenvolvimento das atividades de preceptoria como por exemplo, infraestrutura inadequada e problemas de recursos humanos.

Isso, porém foi descrito como positivo no estudo de Rodrigues et al (2014), pois foi considerado que apesar dos campos de prática sofrerem com a precariedade, ao mesmo tempo, revelam ao estudante a situação de trabalho que poderão encontrar depois de formados. Exercitando dessa forma, a criatividade e a capacidade de contornar adversidades.

### **3.2. Interprofissionalidade**

Estudo realizado por Reeves (2016) relata que a educação interprofissional (EIP) oferece uma oportunidade para o aprendizado em conjunto, onde dois ou mais profissionais aprendem juntos de modo interativo. E como resultado dessa afirmação várias iniciativas em EIP para estudantes de graduação e pós-graduação estão sendo desenvolvidas e praticadas em todo o mundo. O que foi reafirmado no estudo de Peduzzi (2016) onde relata que a EIP visa promover que estudantes e profissionais aprendam a trabalhar em conjunto de forma colaborativa.

Essa vivência de aprendizagens interativas na EIP foi vista de forma positiva em estudo realizado por Batista e Batista (2016), por ser capaz de promover o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa. Outros benefícios da EIP relatados foram a prontidão dos estudantes e a redução de posturas estereotipadas e hostis entre as categorias profissionais.

Em documento recente, a Organização Mundial de Saúde reforçou seu empenho com a EIP enfatizando sua importância para desenvolver as aptidões necessárias para a prática colaborativa e uma força de trabalho em saúde pronta para agir (OMS, 2010; PEDUZZI et al, 2013; REEVES, 2016)

O que vai de acordo com Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011), que apontaram como principal aspecto positivo da atuação em equipe, a possibilidade de

colaboração de várias especialidades que possuem conhecimentos diferentes, pois a competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde.

Devido às mudanças no perfil epidemiológico, com o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde que necessitam de acompanhamento prolongado, trazem a necessidade de uma abordagem integral que considere as múltiplas dimensões das necessidades de saúde de usuários e população. Tornando dessa forma a qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, fundamental e crítica para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde (PEDUZZI et al, 2013).

De acordo com Reeves (2016), a necessidade de EIP está relacionada diretamente com a complexidade e natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo organização eficaz dos serviços. Além do fato de que a cooperação eficaz entre prestadores de cuidado à saúde é fundamental para a oferta de atenção integral.

No entanto, para fortalecer a EIP e a prática colaborativa no Brasil, faz-se necessário estar atento às resistências, como por exemplo, a abordagem biomédica estrita, bem como a atuação profissional isolada e independente, totalmente descontextualizada do real e o distanciamento entre ensino, pesquisa e serviço, e somando a isto, esses profissionais atuarão em um campo de saúde cada vez mais complexo e interprofissional (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; PEDUZZI, 2016).

Costa (2016) também observou resistência para o rompimento do modelo atual de formação, onde os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, contradição que traz importantes conseqüências para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS. A lógica e estrutura atual do ensino superior são barreiras para a educação interprofissional.

Para Reeves (2016) a EIP pode ser considerada limitada pelo profissionalismo, e uma solução para isso seria um currículo que promovesse competência interprofissional cultural.

Batista e Batista (2016) verificaram a existência de resistências docentes em propostas de EIP e para superá-las necessita não somente movimentos dos professores em seus processos de aprendizagem sobre a docência, mas também a garantia de suporte por parte da instituição de ensino através de políticas de financiamento e valorização da docência interprofissional, empenhada com uma formação em saúde baseada na integralidade do cuidado.

Porém, sustentar a EIP pode ser considerado igualmente difícil e necessita de um bom diálogo entre os participantes e entendimento dos benefícios de introduzir um novo programa de estudos (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA 2011; REEVES, 2016).

Ellery, Bosi, Loiola (2013) verificaram a necessidade de uma melhoria na formação dos profissionais da saúde, em especial, como um dos elementos decisivos, para resolver a crise do setor. Para que isso ocorra, é fundamental que os profissionais cheguem preparados para enfrentar os desafios que lhes são postos, sobretudo em relação: à visão ampla do processo de saúde-doença; ao trabalho em colaboração interprofissional, dentre outras exigências.

Uma alternativa privilegiada para melhorar a formação dos profissionais e, por conseguinte, o sistema de saúde, foi e continua sendo uma educação contextualizada. Nesse sentido, Ellery, Bosi, Loiola (2013) exploram algumas experiências que buscam operacionalizar as políticas voltadas à integração do ensino, pesquisa e serviços, tendência importante no campo da formação dos profissionais de saúde.

Esse estudo mostrou experiências em Cuba, onde essa integração é nitidamente explicitada nos Programas de Integração Docente-Assistencial Investigativa (IDAI), que reconhecem na ação investigativa um potencial forte para a formação do profissional. Já no Brasil, as experiências de Sobral e Fortaleza apresentam-se mais abrangentes, no tocante ao número de instituições de ensino e serviços de saúde envolvidos, abrindo a possibilidade de participação de todas as instituições de ensino superior e técnico, públicas e privadas, e todas as unidades de saúde. Organizada por iniciativa da gestão municipal do SUS, diferentemente das experiências de integração docente-assistencial do país, que em geral partem das instituições de ensino superior. Essas experiências

do Ceará apresentam-se como propostas sistêmicas, uma vez que buscam integrar os diversos programas e projetos desenvolvidos no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Diversas iniciativas que buscam a melhora na formação e na educação permanente dos trabalhadores da saúde vêm sendo desenvolvidas e obtendo visibilidade em níveis nacionais e internacionais e gerando novas práticas e saberes. Essa integração ensino, pesquisa e serviços se apresentam, portanto, como estratégica para aperfeiçoar os modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde, construindo sistemas de saúde escola (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Os autores citados consideram ser a tendência atual da educação sua relação com os sistemas de cuidados em saúde, de forma a tornar a educação contextualizada, expressiva, com impactos na melhoria dos sistemas de saúde.

O trabalho em equipe, a articulação das práticas de cuidado à saúde individual e coletiva e o desenvolvimento de vínculo deverão ser aptidões que buscam o aumento da eficiência e eficácia na elaboração de planos de cuidado (BRASIL, 2006b).

Cabe mencionar duas iniciativas de EIP no Brasil: a Residência Multiprofissional em Saúde e o Projeto Pró-Saúde e PET-Saúde, ambas no âmbito do Ministério da Saúde (PEDUZZI et al, 2013).

A Residência Multiprofissional reúne os elementos mais fortes das aprendizagens em serviço e como utiliza uma abordagem pedagógica construtivista, fundamentada na aprendizagem significativa e de adulto estabelece relações mais colaborativas e horizontalizadas no processo educativo. Busca-se com essa vivência a potencialização da formação de um profissional crítico-reflexivo e comprometido (BRASIL, 2006b).

Na mesma perspectiva, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), mediante parceria do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.102 de 03 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005b).

O Pró-Saúde foi criado com o objetivo de integrar ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional para uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária com a finalidade de transformar a prestação de serviços à população (BRASIL, 2005b; PEDUZZI et al, 2013).

Esse programa financiou projetos de formação em todas as áreas profissionais da saúde e busca promover mudanças no modelo de atenção e de educação na perspectiva da integralidade da saúde. Possui diferentes estratégias de fortalecimento como, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- Saúde) que envolve tutores da rede de saúde, estudantes e docentes da saúde. No entanto essas iniciativas de EIP no Brasil ainda são tímidas e estão em crescimento (PEDUZZI et al, 2013).



## 4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A escolha por uma pesquisa descritiva dá-se pelo fato da descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2009). Essa pesquisa busca apresentar as percepções de diferentes atores envolvidos na RMSF, acerca do papel da preceptoria e da formação interprofissional.

De acordo com Gil (2009), as pesquisas exploratórias objetivam proporcionar maior entendimento de determinado problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Sua realização prioriza áreas onde há pouco conhecimento científico acumulado ou sistematizado. E a escolha do método qualitativo se deve ao fato de poder averiguar uma realidade que não pode ser quantificada, possibilitando conhecer as relações, crenças, percepções, opiniões e atitudes dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 2008).

O cenário de estudo dessa pesquisa foi um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Instituição de Ensino Superior de referência no estado de Pernambuco, sendo um centro importante agente de formação, de pesquisa e de extensão e está localizada na capital. Para o desenvolvimento da Residência consolidou-se a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde desde 2010, tendo como cenário de aprendizagem a rede de saúde do município onde estão inseridos os trabalhadores do SUS na Atenção Básica, os quais são preceptores da Residência.

O currículo da Residência contempla carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, das quais 20% serão destinadas às atividades teóricas e teórico-práticas (1.152 horas) e 80% às atividades práticas (4.608 horas), distribuídas em 60 (sessenta) horas semanais, em regime de dedicação exclusiva.

Adicionalmente, as atividades práticas foram desenvolvidas no território de Unidade de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de um dos Distritos Sanitários do município.

Foram coletadas as informações no período de agosto de 2015 a março de 2016. Os sujeitos da pesquisa foram os residentes da Residência Multiprofissional em

Saúde da Família de uma instituição de Ensino Superior do Nordeste do Brasil, além dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde vinculados como preceptores da RMSF.

Nesse estudo, os preceptores selecionados foram os profissionais da rede de Atenção Básica que atuam na Estratégia de Saúde da Família e no NASF das Unidades de Saúde da Família (USF) de referência para a RMSF, representados por profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e profissionais NASF.

A turma da RMSF era formada por 11 residentes das seguintes categorias profissionais: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Serviço Social, Farmácia e Psicologia.

Foram convidados a participar dos grupos focais todos os residentes que concluíram o primeiro ano da RMSF e para o grupo de preceptores os critérios de inclusão foram: ter experiência mínima de um ano como preceptor e/ou estar atuando ou ter atuado como preceptor.

Compreende-se grupo focal a organização de um grupo para discussão de uma temática, conduzida por um facilitador/guia/moderador/mediador para aprofundar a discussão sobre um assunto específico. O grupo focal permite a interação entre os participantes no grupo. O objetivo é que a interação entre os voluntários da pesquisa favoreça o aprofundamento e a exploração da questão pesquisada (KITZINGER, 1994; BARBOUR, 2005; STEWART, SHAMDASANI, ROOK, 2007).

A escolha pelo grupo focal como técnica de coleta de dados foi pela possibilidade dos residentes e preceptores expressassem sua opinião e vivências na RMSF.

Para execução do grupo focal foi realizado o convite informal e agendado local, data e horário conforme disponibilidade dos participantes da pesquisa. O local foi organizado em cadeiras em círculo para que todos se vissem e para criar um ambiente confortável para a discussão. Os grupos focais foram conduzidos por questões norteadoras (APÊNDICE A), de forma flexível, registrados em áudio e transcritos posteriormente.

O mediador/facilitador inicialmente deu as boas-vindas aos participantes, sendo apresentada a técnica de coleta de dados – o grupo focal, em seguida os atores

presentes se identificaram e discutiram sobre qual o papel que iriam desempenhar na realização do grupo focal. Explicações sobre o grupo focal foram dadas e algumas questões foram esclarecidas. O mediador/facilitador após a explicação inicial solicitou que todos lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinassem (APÊNDICE B) caso desejam participar da pesquisa. Em seguida, posicionou o gravador em local estratégico para a gravação e fez a primeira questão iniciando o diálogo entre os participantes. Assim, as demais questões foram feitas e discutidas com o objetivo de apreender a percepção dos participantes sobre o objeto estudado nessa pesquisa. Ao final fez-se as cordialidades finais agradecendo aos participantes. A condução dos grupos focais foi realizada pelo mesmo mediador. Os grupos focais foram feitos nas dependências da própria IES e em um dos equipamentos sociais de um território cenário da RMSF. O referencial usado para o grupo focal foi de Stalmeijer, Mcnaughton, Van Mook (2014).

Foram realizados dois grupos focais, sendo o primeiro com a participação de oito residentes e duração aproximada de 58 minutos, e o segundo incluiu oito preceptores, os quais dialogaram por cerca de 50 minutos.

Quanto à análise dos dados, os relatos foram transcritos para leitura exaustiva do material coletado, procurando ordenar o conteúdo, sendo a releitura muitas vezes necessária do material, para organização dos relatos e das observações. Para interpretação dos dados, utilizou-se a proposta da análise de conteúdo, adotando categorias pré-definidas: a educação interprofissional; potencialidades e fragilidades da RMSF e a educação interprofissional; a preceptoria na RMSF; fragilidades e potencialidades no exercício da preceptoria e categorias que foram definidas, a partir da recorrência dos relatos nos grupos focais (BARDIN, 2011).

Os registros dos grupos focais foram apresentados sem correções gramaticais e para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa foram codificados com as letras sendo “GFR” para o grupo de residentes e “GFP” para o grupo de preceptores”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (ANEXO 1) assim como aprovado pelas instâncias da Prefeitura e da IES envolvidas. Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa

envolvendo seres humanos, preconizados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito ao tratamento da sua dignidade, garantia de sigilo, da liberdade, do acesso ao material empírico e da presença do pesquisador em qualquer momento do processo ou posteriormente.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão da presente pesquisa, os relatos obtidos após transcrições das gravações dos grupos focais foram divididos em categorias de análise.

### EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A Educação Interprofissional (EIP) pode ser definida quando como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência” (REEVES, 2016, REEVES et al., 2016). Observou-se nos relatos do grupo focal consonância com esse conceito:

*“Inter é quando o conhecimento do outro passa a ser conhecimento do outro núcleo também, passa a ser conhecimento único para os dois núcleos. E multi cada um tem o seu conhecimento, cada uma sua vida, só estão juntos, mas não têm diálogo. O multi não tem diálogo e o inter tem diálogo entre os núcleos.” (GFR)*

O esforço de uma formação em serviço como na RMSF deve proporcionar vivência de educação interprofissional (EIP). A OMS (2010) ressaltou que muitos formuladores de políticas de saúde têm estimulado para o trabalho colaborativo, visando à melhoria do cuidado prestado a população (REEVES et al., 2016).

Costa (2016) também, avaliando a EIP, ressalta que se deve compreender que juntar alunos ou profissionais de diferentes categorias profissionais num mesmo espaço, não significa a concretização da interprofissionalidade. Para que ocorra o fortalecimento e consolidação da EIP faz-se necessário clareza no reconhecimento e na intencionalidade da prática colaborativa como resultado futuro.

É importante destacar que as práticas colaborativas na perspectiva da interprofissionalidade partem, segundo Thistlethwaite, Jackson, Moran (2013), do uni/multiprofissional e da cooperação para a colaboração, nesse caso visando à integralidade do cuidado e na resolutividade das ações em saúde.

A EIP tem se tornado cada vez mais uma atividade de educação importante, tendo aumentado a produção científica na literatura (PARADIS; WHITEHEAD, 2015). Peduzzi (2001) destacou que na EIP há a recíproca relação entre as intervenções mais técnicas de cada núcleo profissional e a interação dos atores envolvidos nesse trabalho

em equipe. Dessa forma, experiências e vivências nessa perspectiva, fortalecem a formação de profissionais sensíveis para a prática colaborativa em saúde (OMS, 2010).

Interessante perceber também a necessidade do diálogo entre os profissionais. As parcerias com base na equidade das relações e do diálogo. Para tanto, é necessário que os residentes e preceptores tenham capacidade ativa de aprender, ensinar, comunicar-se e assim, a partir do diálogo, construir possibilidades para o alcance dos objetivos, nesse caso, tanto o exercício de práticas colaborativas em saúde visando os sujeitos, famílias e comunidade, como oportunizando espaço para melhoria do processo de trabalho em saúde (GORDON; MENDENHALL; O'CONNOR, 2013).

Dessa forma, é importante que se observe de que maneira esses espaços estão sendo construídos e qual a relação entre esses atores: preceptores, outros trabalhadores implicados no processo de trabalho e os residentes.

Muitos residentes relataram vivências de EIP durante a formação acadêmica na graduação:

*“Tive experiência na graduação no estágio extracurricular onde interagi com outros núcleos da saúde como psicólogo, assistente social, fisio, medicina, odonto...” (GFR)*

*“Eu também participei do PET que tinha parecido com a Residência, onde fazíamos atividades coletivas junto com outros profissionais e também fiz estágio extracurricular no serviço, onde também a gente interagia com outros profissionais” (GFR)*

*“Também tive experiência no estágio que era multiprofissional e não interprofissional, cada um cuidava do seu núcleo....na minha percepção, tinham vários profissionais mas ninguém dialogavam entre si...” (GFR)*

E alguns preceptores haviam sido residentes:

*“...o que facilitou também pra gente foi o fato por exemplo de duas pessoas, quer dizer três pessoas da equipe da gente já tinham passado por residência...então quer queira, quer não elas compartilharam com a gente a experiência delas enquanto residentes e como foi ter um preceptor, né?? então ajudou muito nessa prática.”(GFP)*

Experiências prévias com a EIP na graduação, no caso dos residentes e na Residência no caso dos preceptores, foram fatores que auxiliaram na compreensão de seu papel na RMSF. De fato, no Brasil, nos últimos dez anos tem havido um

investimento na reorientação na formação de profissionais de nível superior, que foi o caso dos PRO-PET SAÚDE e mais recentemente do PET- Saúde/GraduaSUS que propõem a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o SUS e as IES (COSTA, 2016). Muitos desses movimentos foram impulsionados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, também. Reeves (2016) reforça que as atividades com ênfase na EIP não deveriam ser colocadas como optativas, mas sim, curriculares.

Quando questionados sobre a realização de atividades interprofissionais no dia a dia de trabalho com a ESF, relataram ações voltadas à promoção da saúde com ênfase na educação em saúde e prevenção de agravos, consulta compartilhada, discussões de casos, discussões temáticas, matriciamentos e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), Rede de Saberes.

*“No começo da Residência eu achei muito multi, né? Cada um no seu quadradinho, mas a partir das ações que a gente foi fazendo a gente veio se matriciando, cada núcleo matriciou e agora eu sinto uma integralidade” (GFR)*

*“Na Residência da gente também tem outro dispositivo que é o programa que oferece que é a Rede de Saberes, aí toda sexta-feira, quer dizer, de 15 em 15 dias tem uma Rede que é pra justamente estimular essa interdisciplinaridade entre as profissões do programa... aí a gente aprende com o núcleo do outro, é realmente uma troca de saberes na Rede.” (GFR)*

*“Eu acho que um momento muito rico de interdisciplinaridade é no atendimento compartilhado”. (GFP)*

*“Ações de educação em saúde também em maior proporção... na escola... participam também de atividades na área, atividades coletivas.”(GFP)*

É válido salientar que segundo Bispo, Tavares e Tomaz (2014), as ações educativas de prevenção e promoção são preconizadas pela ESF, além de possibilitar a integração das diferentes categorias profissionais presentes nas equipes de saúde e RMSF.

As práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O acolhimento, o vínculo, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, desenvolvimento da autonomia e a corresponsabilização dos sujeitos (BRASIL, 2014). Estes espaços

também favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Cabe destacar uma iniciativa interessante da coordenação da RMSF, a “Rede de Saberes”, a qual é um espaço quinzenal de produção coletiva e interdisciplinar de conhecimento, que acontece durante os dois anos da Residência e busca integrar todos os residentes (de primeiro e segundo ano), docentes, tutores, preceptores, representantes da gestão dos serviços de saúde e convidados. Nesta, a produção do conhecimento se faz a partir da troca de experiências e olhares, baseada na problematização da realidade, e a dimensão da formação e do trabalho são unificadas para dar forma à proposta de educação permanente.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste num conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar. No PTS, a identificação das necessidades de saúde é compartilhada, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação pode propiciar o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2014; BRASIL, 2009).

Na RMSF os atendimentos ou consultas compartilhadas constituem ocasião para um contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento (BRASIL, 2014). Com o intuito de possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009). Assim, os residentes e preceptores ao dialogarem sobre os casos construindo o conhecimento a partir das experiências prévias na formação profissional da graduação, mobilizam as discussões e elaboram propostas terapêuticas e raciocínio clínico, considerando as dimensões do adoecer.

Reeves (2016) descreve vários métodos de aprendizagem, os quais permitem a interatividade: aprendizado baseado em seminários, aprendizado baseado em observação, aprendizado baseado em problemas, aprendizado baseado em simulação,



aprendizado baseado na prática clínica, “blended learning” e utilizando ferramentas virtuais.

Para efetivação da EIP é preciso tempo para que os próprios trabalhadores possam perceber as possibilidades da interprofissionalidade e as práticas colaborativas.

*“Eu acho que a gente chegou num ponto com o passar do tempo de ver a necessidade, por exemplo, para eu fazer determinada coisa necessitava da ajuda dos outros profissionais, dos outros colegas de trabalho e a gente via mesmo que essa corresponsabilidade, essa necessidade de trabalhar em equipe mesmo.” (GFR)*

Barr (1998) destacou três competências no exercício das práticas colaborativas em saúde: comuns, complementares e colaborativas. No caso da RMSF, na atenção básica organizada pela Estratégia Saúde da Família, as práticas de promoção da saúde com ênfase na educação em saúde em seu planejamento, execução e avaliação e as práticas humanizadas em saúde são atribuições comuns a todos os profissionais de saúde. Nesse caso, as reuniões para planejamento/avaliação das ações são momentos de reflexão coletiva, onde o exercício de ser participativo e dialógico pode ser exercido, bem como o protagonismo para a tomada de decisão são competências comuns.

A atenção à saúde conforme cada núcleo profissional pode ser definido como as competências complementares. Por outro lado, percebeu-se nas falas do grupo focal as possibilidades do trabalho em equipe de forma colaborativa, a partir do reconhecimento da necessidade de troca de saberes, mobilizando a construção de uma aprendizagem significativa colaborativa, como no caso das consultas compartilhadas, as discussões de casos, a construção do PTS, o matriciamento são dispositivos fundamentais na prática colaborativa.

Dessa forma, a RMSF provocou um movimento de colaboração entre os profissionais da ESF e do NASF. Batista (2013) apontou que a nova interação gera no processo de trabalho espaços para o diálogo e a troca de saberes, práticas, conhecimento, construindo novo caminho e possibilidades. O desafio é o reconhecimento desse movimento e fortalecimento dele no cotidiano dos serviços independente da RMSF.

*“E eu acho que no nosso caso como a gente consegue agora enxergar muito melhor a forma como o outro trabalha, qual o papel de cada profissão dentro da área da saúde por exemplo...enxergando esse papel a gente consegue interagir e sabe mais ou menos o que esperar, o que a gente pode construir junto...” (GFR)*

Os residentes e preceptores apontaram a necessidade de construção desses espaços dialógicos, tendo em vista que isoladamente os núcleos não dão conta da complexidade dos problemas de saúde de sujeitos, famílias e da comunidade (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA 2011). Embora, não seja um caminho fácil a ser percorrido, levando em consideração diversos fatores nesse processo.

Segundo Peduzzi (2016), a EIP possibilita aos estudantes dos diferentes cursos de graduação em saúde e profissionais inseridos nos serviços que “aprendam a trabalhar juntos de forma colaborativa”. Assim, se distingue na proposta de EIP a relação mútua de influência entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde.

Os estudantes e profissionais da ESF demonstraram em suas falas que a Residência provoca melhorias no serviço, ampliando ações que a equipe já realizava e provocando o próprio serviço para uma mudança no seu processo de trabalho:

*“A nossa entrada nas unidades terminou fomentando a criação de alguns grupos e a gente gostaria que eles permanecessem, mas isso não acontece em todos os grupos.” (GFR)*

*“Muito fortemente elas davam um “ar” nos grupos, que era uma deficiência das USF...era muito difícil, então eles davam um gás, faziam atividades e oxigenava esses grupos...fora o trabalho de grupo, tinha as puericulturas, os atendimentos tanto individual, tinha visitas.”(GFP)*

Essas mudanças também ocorreram entre os residentes, à medida que eles dialogavam, trocavam experiências, conversas informais, acabavam aprendendo e ressignificando o seu próprio trabalho nas USF. Reeves (2016) descreve as oportunidades de aprendizagem informal, em encontros sociais, quando os residentes, preceptores conversam entre si.

*“Eu acho assim quem “bebe” da Residência, quem vivencia a Residência, ele não consegue depois de ampliar essa idéia do trabalho na saúde, entender*

*esse trabalho na interdisciplinaridade, na multidisciplinaridade fica difícil até você voltar para um trabalho que seja só o seu núcleo de novo...porque agora quando eu penso já em alimentação, eu já penso em alimentação e educação física.....então quem experimenta a Residência fica com o olhar bem ampliado em relação a isso, as áreas de saúde.”(GFR)*

Aguilar-da-Silva; Scapin; Batista (2011) também relatam a importância da atuação em equipe como possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos distintos. Além de que, a especificidade de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral.

Assim, além de oportunidade de aprendizado para a EIP devem-se ter facilitadores também sensibilizados, assim todos os participantes se sentem valorizados e capacitados (REEVES et al., 2016).

Algumas barreiras foram citadas para as atividades da EIP: tempo, demanda dos serviços de saúde e integração ensino-serviço.

*“Participar mais dos grupos e das ações que a gente desenvolve pra ter esse contato mais direto, pra saber mais como a gente tá realizando essas atividades, mas a gente sabe que é muito difícil porque eles têm muita demanda.”(GFR)*

*“É outra coisa que pra gente como preceptor não ficou muito claro no início...nós nos tornamos uma unidade/equipe de referência da preceptoria da Residência, mas pra gestão, pra prefeitura não mudou muita coisa na nossa rotina...a gente tinha que atender as mesmas gestantes, tinha que ter a mesma carga horária e não ficou claro pra gente se a gente tava ou não liberados pra participar desses momentos (Rede de Saberes), né? então assim, a gente é que as vezes pedia uma liberação ou as vezes a gente perguntava ao pessoal da universidade se tinha sido pactuado isso com a gestão ou não... (GFP)*

*“Essa questão da gestão liberar, foi com elas da equipe fixa e conosco também, depois de muita peleja a gente conseguiu um turno a mais de liberação para se reunir com os residentes” (GFP)*

Castells (2014) estudando a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro observou que os preceptores não têm uma agenda de trabalho com certa flexibilidade, muitos relatos do trabalho de forma improvisada, sem planejamento.

A discussão da integração ensino-serviço tem sido muito debatida nos últimos anos. Ellery, Bosi, Loiola (2013) discorrem que a integração ensino-serviço é atravessada por uma construção da agenda comum pelo diálogo, tanto no campo da pesquisa, da extensão e do ensino. Assim, serão encontradas as tendências, as intencionalidades que contribuirão para a gestão da integração ensino- serviço. Muitas vezes, a integração é dada pela face da assistência a saúde compreendida como recurso pedagógico para formação. É também uma estratégia para aperfeiçoar os modelos de formação na saúde, de educação permanente, de gestão dos processos de trabalho em saúde, ou seja, construindo o sistema saúde escola.

É importante que a equipe gestora do município e da IES envolvida construam essa agenda de prioridades para a formação, incluindo a discussão da educação interprofissional e do desenvolvimento docente, foco da próxima categoria abordada na presente pesquisa.

## **A PRECEPTORIA**

Não há consenso na literatura sobre o termo: preceptor, mentor, supervisor. Muitas vezes, o preceptor é a pessoa que formalmente conduz o estudante, seja ele residente ou de graduação, não só durante a supervisão clínica, mas que acompanha a rotina do serviço de saúde, com o objetivo de conduzir o ensino aprendizagem com vistas às competências a serem desenvolvidas e as habilidades necessárias para o desempenho de suas funções, muitas vezes vista como um modelo a ser seguido (CARLSON, 2015).

Vem sendo dada muita ênfase à questão da preceptoría para a formação em saúde com qualidade, quer seja nas Residências como para os cursos de graduação. Existem algumas orientações e diretrizes acerca do papel do preceptor, embora, se tenha compreensão que não se trata apenas de seguir normas. Assim, a presente pesquisa evidenciou as percepções sobre o ser preceptor em uma RMSF:

*“Ultimamente ela (preceptora) estava muito como uma supervisora, tanto é que a gente teve reunião e melhorou essa relação... a ponto de só exigir do residente.” (GFR)*

*“Essa relação precisou ser construída com diálogo.” (GFR)*

A preceptoria é exercida a partir de diversas dimensões éticas, políticas, históricas. As concepções do processo saúde-doença e dos serviços de saúde, do processo de trabalho em saúde, o trabalho em equipe multiprofissional permeiam as atividades de ensino que tentam aproximar a teoria e a prática, a partir de ferramentas educacionais que proporcionem o aprendizado (HILLI et al., 2014; BENGTTSSON; CARLSON, 2015).

No caso da RMSF, a preceptoria de território surge como uma nova maneira de formar e capacitar os profissionais de saúde para atuarem na Saúde da Família, em um modelo de gestão participativa (PAGANI; ANDRADE, 2012). Na preceptoria deve-se cuidar para a criação de ambiente de ensino-aprendizagem, o qual apóie o desenvolvimento da preceptoria (CARLSON, 2015; MÅRTENSSON et al., 2016). No entanto, isso não é simples:

*“Ser preceptor é um desafio...tem que ter flexibilidade.”(GFP)*

*“...mas que muitos desafios existem, existem...não só em relação à Residência mas em relação ao serviço em si... é aquela demanda que é muito grande, é a questão da estrutura física que é muito pequena, é todo um contexto, é muitas vezes a ausência da gestão, é a fragmentação desse cuidado.” (GFR)*

A preceptoria deve ser entendida como um espaço de ensino-aprendizagem em que cada aluno é conferido a um preceptor para que ele possa dotá-lo de experiência prática. As suas práticas profissionais diárias servem de modelo e o desenvolvimento de competências clínicas do aluno é o seu foco principal (FOLEY, et al., 2012).

O momento de diálogo entre preceptor e residente constitui-se como cenário importante para o desenvolvimento da EIP. A partir do que já foi discutido, espaço dialógico, emancipatório, democrático, participativo (MÅRTENSSON et al., 2016; SILVA et al, 2016; SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2014), é um importante espaço de troca de

idéias e posições, de escuta para a construção de práticas colaborativas em saúde e fortalecimento do pertencimento ao grupo para o desenvolvimento de educação permanente em saúde. Esse espaço dialógico irá auxiliar na reflexão do cotidiano, na desconstrução de práticas da rotina mecanizada para planejar atividades e ações na perspectiva da integralidade e resolutividade das ações em campo.

No território, a preceptoria, por representar uma prática inovadora de educação permanente para a ESF e o SUS, possibilita o crescimento profissional, institucional e pessoal dos que atuam no SUS (PAGANI; ANDRADE, 2012). Dessa forma, o projeto pedagógico do curso, desenvolvimento da formação em preceptoria deve colocar esses pontos como objetivo a ser alcançado e para reflexão dos preceptores.

Cabe ao preceptor também mediar as relações entre trabalho de residentes, preceptores, trabalhadores da saúde. Assim, são fortalecidos os papéis do residente e do preceptor nesse espaço dialógico de formação. Embora, se tenha certa confusão entre o ser residente e o ser profissional da rede, mas a compreensão que se deve ter é de não apenas mão de obra como substituto de recurso humano, mas de um profissional em formação. Fazer intervenção nesse sentido é importante para um ambiente de ensino favorável (CASTELLS, 2014). Essa foi uma dificuldade observada na fala de alguns residentes:

*“No início a gente teve mais dificuldade também porque a gente era entendido enquanto aluno, estudante estagiário...a gente não era entendido como profissional de saúde que tava formado e podia desenvolver essas atividades...” (GFR)*

*“A gente foi com o passar do tempo se soltando um pouco e conseguindo realizar as atividades da gente.” (GFR)*

*“Construindo a nossa identidade profissional, reforçando ela e reafirmando a importância nesse serviço.” (GFR)*

*“A gente meio que lutou bastante pra ser vista enquanto profissional.” (GFR)*

Nesse íterim, é importante, conforme destacada anteriormente, que se estabeleça uma agenda comum entre a IES e serviço de saúde, na perspectiva de organizar as prioridades e alinhar as pautas com vistas à melhor formação profissional

e melhorar a atenção prestada à população. Discussões sobre o desenvolvimento docente envolvendo preceptores é muito importante para a qualificação da preceptoria e por outro lado, pensar sobre estratégias de discussão sobre o ensino na saúde no projeto pedagógico da RMSF, visando formar os futuros preceptores de cursos de graduação e pós-graduação.

A experiência no serviço e experiência clínica dos trabalhadores da rede por si só não são suficientes para o exercício da preceptoria. Há evidência de que cursos de formação em preceptoria proporcionam maior segurança no seu papel educacional (CARLSON, 2015; MÅRTENSSON et al., 2016).

## **O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA NA RMSF**

Foi percebido que há formas diferentes nos processos de trabalho dos preceptores e residentes para o exercício da preceptoria. Os residentes cujas categorias profissionais são da ESF, como enfermeira e cirurgião-dentista, recebiam as orientações dos profissionais correspondentes, os outros residentes dos demais núcleos profissionais ficaram sob responsabilidade dos profissionais do NASF.

Os residentes relataram necessidade de melhor articulação e integração entre os preceptores da ESF e do NASF:

*“A minha preceptoria são da equipe fixa, então assim eu fico um pouco distante da preceptoria do NASF...” (GFR)*

*“Nós temos certa dificuldade no serviço em estar se articulando com a equipe NASF devido ao processo de trabalho que chega a ser um pouco diferente, certo? Os enfermeiros dentro da unidade já têm uma rotina, já tem as tarefas um pouco mais definidas. Então nós ficamos dentro da unidade todos os dias, na mesma unidade de saúde, não tem aquela rotatividade nas unidades como a equipe NASF tem... então assim de uma certa forma essa minha aproximação com os preceptores chega a ser bem melhor, né?... pra articular, tem facilidade pra estar articulando ações diretamente com eles, por nós estarmos no mesmo local todos os dias, nos vemos todos os dias, então essa aproximação com certeza é bem melhor, é bem mais fácil, digamos assim.”(GFR)*

Seria interessante um alinhamento entre os preceptores e a forma de conduzir o processo da preceptoría. Em estudo desenvolvido no Reino Unido os preceptores relataram também a necessidade de discussões sobre a preceptoría evitando-se diferenças na condução (PANZAVECCHIA; PEARCE, 2014).

Pagani e Andrade (2012) em estudo desenvolvido no Ceará, também relataram sobre a função do preceptor, que é de atuar junto aos residentes nas atividades da Residência, acompanhando a equipe como um todo e apoiando na formação-capacitação dos profissionais diante das dificuldades.

O exercício da preceptoría em alguns casos é realizado por profissionais de núcleos profissionais diferentes e isso traz algumas reflexões:

*“...Então querendo ou não isso vai causando um desestímulo tanto por parte do profissional como por parte do residente...porque assim, você não tem com quem fazer aquela troca, você por mais interdisciplinar que você possa trabalhar em algum momento alguma peculiaridade do seu trabalho, do seu núcleo precisa ser abordado...”(GFP)*

*“Com relação à preceptoría, pelo menos no município não tem o meu núcleo de conhecimento dentro do NASF... então eu tenho uma preceptoría de outro núcleo, mas eu não vejo problema quanto a isso, agora eu sinto falta de realizar algumas atividades de núcleo especificamente num atendimento do NASF” (GFR)*

*“...quando não se tem o preceptor de mesmo núcleo de saber, a preceptoría trabalha mais com o campo da saúde coletiva, educação em saúde... o funcionamento das atividades também, algo que seja comum a todos.” (GFR)*

Percebeu-se nos relatos do grupo focal que os preceptores começaram a aprender o exercício da preceptoría com a própria prática na RMSF, ao mesmo tempo em que iniciaram sua atuação nas equipes da Saúde da Família e no NASF. Esse fator trouxe algumas incertezas próprias do processo, mas também certa insegurança no que diz respeito à definição de seu papel na RMSF. Não há muita clareza da sua função, refletindo os modos de fazer, com muitas discussões.

Isso foi considerado positivo, por Pagani e Andrade (2012) por ter permitido uma variabilidade na atuação, e propiciado uma descoberta de diferentes maneiras de trabalhar. Desse modo, o papel do preceptor de território foi construído com base em erros e acertos.



A falta de experiência e preparo dos preceptores foi relatada tanto na fala dos residentes como na dos próprios preceptores como uma fragilidade no exercício da preceptoria:

*“E com relação ao início da preceptoria, eu senti dificuldades de como os preceptores iriam agir com os residentes...a grande maioria dos preceptores as vezes por falta de experiência de como lidar e como receber os residentes, e como estar conduzindo as atividades com eles...”(GFR)*

*“Na nossa chegada em nenhum momento nós fomos preparadas para receber aquela Residência...teoricamente foi a Residência que recebeu a gente porque a gente em nenhum momento recebeu uma orientação, nada disso... você se vê trabalhando, pra algumas pessoas o NASF também era novo, pelo menos pra mim e eu acho que para a maioria do grupo a gente não tinha experiência de NASF... (GFP)*

Muitas vezes o preceptor trabalhador da saúde é demandado para atribuições novas e para as quais não se sentem preparados. Conforme já discutido, alguns preceptores e residentes tiveram vivências com preceptoria na graduação ou na Residência, o que trouxe um norte para os momentos de preceptoria.

Os preceptores também constroem sua identidade não só no e pelo trabalho, mas também conforme seus referenciais e modelos experimentados em outros espaços quer seja na formação na graduação como experiências de trabalho anteriores (CASTELLS, 2014). Dessa forma, a identidade do ser preceptor vai assumindo um perfil conforme a interação desse trabalhador e os sujeitos em sua volta mediados pelo cotidiano e as forças presentes.

Por isso, os preceptores e residentes falaram sobre a necessidade de capacitação como forma de aperfeiçoar a prática interprofissional, reconhecendo a deficiência de suas formações acadêmicas e profissionais. Essa capacitação deveria ser uma iniciativa da universidade com apoio da Secretaria Municipal de Saúde (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014). Isso demonstra intenção de se aprimorar e melhorar sua prática na residência.

*“Pra conduzir o residente eu sinto falta da universidade e da gestão, eu sinto falta de melhor capacitar a gente, pra que a gente possa estar trazendo mais ferramentas, mais instrumentos e assim contribuir e colaborar muito mais...” (GFP)*

*“Acho que um curso de capacitação para os preceptores seria interessante, porque às vezes, eles não sabem o papel, sei lá... essa relação residente-preceptor...”(GFR)*

Ao realizar a capacitação a academia se aproxima dos serviços de saúde, aproximando teoria e prática, conteúdo e vivência nos serviços, problematização do cotidiano, possibilidades e caminhos possíveis no campo. Esse movimento, sem dúvida qualifica a práxis.

Outros estudos demonstraram a necessidade do desenvolvimento docente voltado para o exercício da preceptoria (PANZAVECCHIA, PEARCE, 2014; RODRIGUES et al., 2014; RIBEIRO, 2012; PAGANI; ANDRADE, 2012; GUBERT; PRADO, 2011), pois não existindo um alinhamento entre os preceptores, ou se as situações encontradas não forem discutidas o profissional atuará na preceptoria conforme suas próprias convicções e segundo sua formação (GUBERT, PRADO, 2011).

Da mesma forma relataram Ribeiro (2012); Pagani e Andrade (2012), que o exercício da preceptoria de território era feito sem planejamento, não havia uma intencionalidade explicitada, pactuada, que orientasse práticas. Dessa forma, os preceptores realizam o trabalho, porém não se reconhecem como aqueles que o constroem e transformam.

Cursos de desenvolvimento docente com foco na preceptoria quando realizados, fazem com que os preceptores compreenderam melhor seu papel na formação profissional, como também na perspectiva de gerenciar a oferta de espaços para que a preceptoria aconteça a partir do diálogo e da complexidade dos serviços de saúde. Entretanto, também foi destacado que há necessidade de reflexão contínua dos preceptores sobre suas práticas, com vistas a melhorar suas competências e habilidades educacionais (PANZAVECCHIA; PEARCE, 2014; BENGTTSSON; CARLSSON, 2015; MÅRTENSSON et al., 2016).

Assim, podem-se surgir a partir das demandas dos próprios preceptores, selecionarem mais os temas a serem abordados no curso, sendo isso o ponto de partida para o planejamento de ações (BENGTTSSON; CARLSSON, 2015). Outra

questão importante é o arcabouço pedagógico do curso que deve ser o das metodologias ativas, para que o preceptor vivencie o protagonismo de um ensino aluno centrado e com base na aprendizagem significativa, já que se sabe que adultos aprendem mais quando há relação entre a experiência prévia é integrada aos novos conhecimentos (BENGTSSON; CARLSSON, 2015; MÅRTENSSON et al., 2016).

Porém na pesquisa de Duffy (2009), preceptores que passaram por curso de preceptoria relataram que apenas o curso não contempla todas as necessidades da função. Principalmente, quando se considera a dificuldade de gerenciamento do tempo despedido com o estudante sem prejudicar o serviço. Para isso, além de capacitações há a necessidade da gestão da jornada de trabalho, da aproximação e do apoio dos outros atores envolvidos no processo.

Assim, compreendendo que os sujeitos a partir da interação vão se modificando, a Residência é vista como cenário onde todos estão aprendendo (SILVA et al, 2016; SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2014):

*“...e a gente foi aprendendo na prática, batendo a cabeça, foi se estrebuchando ali no processo, gostando, aprendendo, conhecendo um pouco de como as meninas faziam, né? e tentando ir atrás de fontes que pudessem garantir uma capacitação pra gente.”(GFP)*

*“Então assim, o espaço da Residência pra essa relação interprofissional é muito importante sem dúvidas, é um espaço, uma oportunidade que infelizmente nem todo profissional vai ter...Nós somos privilegiados por ter tido essa oportunidade.” (GFR)*

É nesse espaço de aprendizagem coletiva em que a RMSF se insere. Assim, com base na EIP e na EPS um movimento de reflexão é possível para ressignificar práticas em saúde, processos de trabalho em saúde, uso de tecnologias. Todos aprendem: residentes, preceptores, tutores e demais trabalhadores da atenção básica, seja ele da equipe saúde da família ou do NASF.

As discussões de casos, construção de PTS, participação na Rede de Saberes, momento de preceptoria, planejamento, execução e avaliação de ações no campo de promoção da saúde estimulam as práticas colaborativas e as mudanças do processo de trabalho com base na interprofissionalidade (BRASIL, 2005a; JECKER et al, 2015;

REEVES et al, 2016). A presença da residência nos serviços de saúde é capaz de fornecer transformações para o mundo da formação e do trabalho.

Diante dos resultados encontrados, reuniões serão marcadas com a coordenação da RMSF. A perspectiva é contribuir para melhoria do programa de formação no formato de Residência, assim foram apontados alguns caminhos possíveis como a necessidade de desenvolvimento docente para os preceptores com base nas metodologias ativas, discussão coletiva dos processos de avaliação de residentes em seus diversos cenários, educação interprofissional e as práticas colaborativas em saúde no âmbito da RMSF e maior aproximação entre os serviços de saúde e a academia.

Como esse estudo foi baseado em fatos relatados pelos residentes e preceptores, seria interessante que outras ferramentas de coleta de dados e outros tipos de estudo com base na observação direta, entrevistas e/ou com indicadores fossem realizados, como também incluindo a percepção de usuários dos serviços, famílias e comunidade e outros profissionais de saúde como os agentes comunitários de saúde envolvidos no cotidiano de trabalho da RMSF. A percepção da população é a espera pelo cuidado integral e resolutivo na saúde, assim, uma formação com melhor articulação ensino-serviço com base na comunidade poderá gerar impacto no processo de trabalho em saúde melhorando a oferta de serviços de saúde.

O estudo evidenciou importantes caminhos trilhados na formação em serviço de profissionais de saúde de nível superior na perspectiva da EIP. O cenário da pesquisa foi a Atenção Básica no contexto da RMSF, diversos são os desafios para a implantação da EIP, para isso é importante o respaldo das políticas públicas de saúde, fortalecimento das relações entre instituição que certifica os estudantes (academia) e os serviços de saúde, articulando do ponto de vista legal, político e com objetivos comuns, bem como investimento nas relações humanas dos atores envolvidos nesse processo e participação da comunidade.

## 6 CONCLUSÃO

O estudo reforça a idéia da RMSF como cenário de aprendizagem e mudanças no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica, como também assinala a RMSF como espaço propício ao desenvolvimento da educação interprofissional.

Identificou-se como ferramentas importantes para a EIP o PTS, matriciamento, a experiência inovadora da IES denominada de Rede de Saberes, consultas compartilhadas, reuniões para planejamento, onde o diálogo é um ponto de partida para o encontro entre os profissionais, em busca de alcançar as demandas da comunidade. Percebe-se como importante para o desenvolvimento de habilidades e competências na RMSF e a não centralidade na prática clínica.

Reconheceu-se o papel protagonista do preceptor na formação em saúde e ressalta-se a importância da valorização da preceptoria em saúde e necessidade de desenvolvimento docente para os preceptores, assim como discussão da preceptoria nos programas de Residência. Por outro lado, percebeu-se a sobreposição de papéis para o preceptor, já que é o responsável técnico pelo serviço de saúde no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde na Atenção Básica quer seja na ESF ou no NASF, responsável pela preceptoria também.

A identidade da preceptoria não é algo acabado e imutável, mas está em permanente construção, dependente da interação desse ator com o mundo que o cerca e as tensões exercidas pela sua agenda, pela demanda dos serviços de saúde, pelo gestor e pela IES que oferta a RMSF e pela sua própria história de vida e profissional.

Para que a articulação para a RMSF aconteça nos territórios exige estreitamento de laços com os serviços de saúde, equipamentos sociais para cumprir o papel de uma formação em serviço norteada pelos princípios doutrinários e filosóficos do SUS, levando em consideração também o aporte legal e teórico que sustenta a RMSF no Brasil. Deve-se lembrar também do papel de cada ator nesse processo formativo: estudante, preceptor, tutor, gestor acadêmico e da saúde para o preparo técnico com compromisso social e político transformador das práticas de saúde com vistas às demandas de sujeitos, famílias e comunidade.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R.H., SCAPIN, L.T., BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, v. 16, n. 1, p. 167-184, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.

BARBOUR, R. S. Making sense of focus groups. **Med Educ.**, v. 39, n. 7, p. 742-750, 2005.

BARRETO, V.H.L. et al. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós- Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Rev. Bras. Educ Med.**, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BATISTA N.A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZOLLO, A., CASETTO, S.J., HENZ, A.O. Organizadores. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 59-67.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Cad FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, 2012.

BATISTA, N.A., BATISTA, S.H.S.S. Educação Interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface**, v.20, n.56, p. 202-204, 2016.

BENGTSSON, M., CARLSON, E. Knowledge and skills needed to improve as preceptor: development of a continuous professional development course – a qualitative study part I. **BMC Nursing**, v. 14, n.51, p. 1-7, 2015.

BISPO, E.P.F., TAVARES, C.H.F., TOMAZ, J.M.T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, v.18, n.49, p. 337-350, 2014.

BOTTI, S.H.O., REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BRASIL. Constituição Federal de 1988 – Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200, da Saúde.

BRASIL. Portaria nº 198 GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 13 Fev 2004.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação. Diário Oficial da União, 30 Jun 2005a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. textos Básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

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: Ministério da Saúde, 2006b. 414p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2012.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Cien Saude Colet**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.



CARLSON, E. Critical friends: A way to develop preceptor competence? **Nurse Education in Practice**, v. 15, n. 6, p. 470-471, 2015.

CASTELLS, M. A. Estudo dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro: a questão da preceptoria. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. Formação Profissional no SUS: Oportunidades de Mudanças na Perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab Educ Saúde**, v.6, n.3, p.503-517, 2008.

DIAS, V.P., SILVEIRA, D.T., WITT, R.R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DOMINGOS, C.M. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. 127fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

DOMINGOS, C.M., NUNES, E.F.P.A., CARVALHO, B.G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface**, v.19, n.33, p. 1221-1232, 2015.

DUFFY, A. Guiding students through reflective practice. The preceptor's experiences: a qualitative descriptive study. **Nurse Education in Practice**. v. 9, p. 166-175, 2009.

ELLERY, A.E.L., BOSI, M.L.M, LOIOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.**, v.22, n.1, p.187-198, 2013.

FEUERWERKER, L.C.M. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Construção das competências coletivas e avaliação [Internet]. Brasília (DF): SGETES; 2008.

FOLLEY, V.E. et al. Preceptorship: using an ethical lens to reflect on the unsafe student. **J Professional Nursing**. v. 28, n.1, p.27-33, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. (Org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 11-199.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad Sau Publica**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GORDON, S., MENDENHALL, P., O'CONNOR, B.B. Beyond the Checklist: What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety. **Cornell University Press**, 2013.

GUBERT, E.; PRADO, M. L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 13, n. 2, p. 285-95, 2011.

GUIMARÃES, T.G. Papel do Preceptor na Residência Multiprofissional: Experiência da Nutrição. 40fl. Trabalho de conclusão de especialização (Curso de Especialização em

Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

HILLI, Y. et al. Being a preceptor - A Nordic qualitative study. **Nurse Educ Today**, v. 34, p. 1420-1424, 2014.

HOUAISS, A. Dicionário da Língua Portuguesa. [online] Disponível em: <<http://dicionario.cijun.sp.gov.br/houaiss/>>. Acesso em 02 abr. 2014.

JECKER, J. et al. **Interprofessional Learning Guide**. Northern Ontario School of Medicine, 2015.

KITZINGER, J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. **Soc Health Illn.**, v.16, n. 1, p. 103-12, 1994.

KOIFMAN, L., SAIPPA-OLIVEIRA, G. (Org.) **Cadernos do preceptor**: histórias e trajetórias. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. 194 p.

MÅRTENSSON, G. et al. Preceptors' reflections on their educational role before and after a preceptor preparation course: A prospective qualitative study. **Nurse Education in Practice**, v. 19, p. 1-6, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORETTI-PIRES, R.O. O pensamento Freireano como Superação de Desafios do Ensino para o SUS. **Rev Bras Educ Méd**, v. 36, n. 2, p. 255-263, 2012.

NASCIMENTO, D.D.G., OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e práticas colaborativas**. Genebra: OMS; 2010.

PAGANI, R., ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.

PARADIS, E., WHITEHEAD, C.R. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. **Med Educ**, v. 49, p.399–407, 2015.

PANZAVECCHIA, L., PEARCE, R. Are preceptors adequately prepared for their role in supporting newly qualified staff? **Nurse Education Today**, v. 34, p. 1119–1124, 2014.

PEDDUZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saude Publica**. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm**. v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Med Educ**, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

RIBEIRO, E.C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de Educação Permanente. **Rev do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Ano 11, Suplemento, p. 77-81, 2012.

RODRIGUES, A.M.M. et al. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversado com enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.35, n.2, p. 106-112, 2014.

ROSA, S.D.; LOPES, R.E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-graduação Lato Sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2010.

SILVA, C.T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n.3, p. 49-54, 2014.

SILVA, C.T. et al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, e2760014, 2016.

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

SOARES, Â.C.P. et al. A Importância da Regulamentação da Preceptoria para a Melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental. In: **Cadernos da ABEM**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 9, 2013.

STALMEIJER, R.E., MCNAUGHTON, N., VAN MOOK, W.N. K. A. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide nº 91. **Med Teacher**, v. 36, n. 11, p. 923-939, 2014.

STEWART, D.; SHAMDASANI, P.; ROOK, D. **Focus groups: Theory and practice**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2007.

THISTLETHWAITE J, JACKSON A, MORAN M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. **J Interprof Care**. v. 27, n. 1, p. 50-56, 2013.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Rev Bras Educ Méd**, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

VASCONCELOS, M.I.O. et al. Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. **Trab. Educ. Saúde**, v.13, supl.2, p. 53-77, 2015.

WILBUR, K., KELLY, I. Interprofessional impressions among nursing and pharmacy students: a qualitative study to inform interprofessional education initiatives. **Med Educ**, v.53, n. 15, p. 01-08, 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### QUESTÕES NORTEADORAS



Roteiro para o grupo focal de residentes

- ✓ Como tem sido a sua prática com os preceptores?
- ✓ Qual a importância do preceptor na RMSF?
- ✓ O que vocês compreendem pela educação interprofissional?
- ✓ Em que momento da residência vocês perceberam que realizaram ações interprofissionais?

Roteiro para o grupo focal de preceptores

- ✓ Como tem sido a sua prática com os residentes?
- ✓ Qual a importância do preceptor na RMSF?
- ✓ O que vocês compreendem pela educação interprofissional?
- ✓ Em que momento da residência vocês perceberam que realizaram ações interprofissionais?

## APÊNDICE B

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
---	--	---

### **Título do projeto: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Pesquisador responsável:** Renata Maria Moura Nascimento

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este é um convite para você participar da pesquisa: **EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA** que tem como pesquisadora responsável Renata Maria Moura Nascimento, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), cujo objetivo é compreender a percepção de preceptores e residentes na formação interprofissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Esta pesquisa fornecerá informações que fomentarão reflexões sobre as atividades desenvolvidas na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da IES.

Caso você decida colaborar, você deverá participar de um grupo focal com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. Durante a realização do grupo focal a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante o grupo focal em expor seu ponto de vista, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e da privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca da efetivação de uma estratégia de formação em rede de serviços de saúde a residência multiprofissional em saúde da família, compreensão do papel do preceptor na residência multiprofissional em saúde da família e também da compreensão da residência nas ações de interprofissionalidade.

Você ficará com uma cópia deste documento, sendo-lhe imputado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade da pesquisadora. Sendo divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Informamos que a sua participação é voluntária e que você não será prejudicado de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Caso deseje informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para Renata Maria Moura Nascimento (81) 99636-4648 ou 99270-1446 ou também para o Comitê de ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco, João Pessoa - PB, ou através do telefone (83) 3216-7791 ou email: [eticaccs@ccs.ufpb.br](mailto:eticaccs@ccs.ufpb.br).



Esperamos contar com seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente,  
O Coordenador da Pesquisa.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Eu.....RG nº  
....., li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

Cidade,..... de ..... de 2015.

---

Assinatura do Responsável Legal

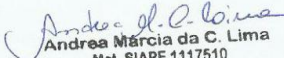
**ANEXO****Anexo 1**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 7ª Reunião realizada no dia 20/08/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA”**, da pesquisadora Renata Maria Moura Nascimento. Prot.: 0357/15. CAAE: 45800515.5.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB