

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Paola Curcio Dalla Pozza

**FORMAÇÃO TEÓRICA E TEÓRICO-PRÁTICA EM ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Santa Maria, RS, Brasil,
2018

Paola Curcio Dalla Pozza

**FORMAÇÃO TEÓRICA E TEÓRICO-PRÁTICA EM ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado para o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Elenir Fedosse

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Paola Curcio Dalla Pozza

**FORMAÇÃO TEÓRICA E TEÓRICO-PRÁTICA EM ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado para o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.

Aprovado em 28 de Fevereiro de 2018:

Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)

Vania Olivo, Dra. (UFSM)

Elenir Terezinha Anversa, Enf^a Ms. (SMS)

Santa Maria, RS, Brasil
2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**FORMAÇÃO TEÓRICA E TEÓRICO-PRÁTICA EM ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Autora: Paola Curcio Dalla Pozza
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elenir Fedosse

RESUMO

Este estudo ocupa-se de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção Básica, especialmente em Saúde da Família, desenvolvido por meio de uma parceria entre uma Universidade Pública e uma Secretaria Municipal de Saúde, que adota metodologias de aprendizagem orientadas por dispositivos de gestão e de atenção à saúde, visando qualificar profissionais com competências para compreender e/ou atuar de modo efetivo em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, seu objetivo foi o de analisar os espaços de preceptorias, tutorias de campo e aulas teóricas do mencionado Programa, na perspectiva dos profissionais residentes, preceptores e tutores. Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, viabilizado por meio de um questionário aberto e aplicado pelos pesquisadores, que utilizou uma abordagem qualitativa de análise dos dados. Os resultados demonstraram fragilidades e potencialidades dos dispositivos - preceptorias, tutorias e aulas teóricas, aparecendo situações referentes ao processo formativo: necessidade de capacitação para tutores e preceptores e de mudanças no desenvolvimento das aulas teóricas. Ficou evidente que os diferentes atores envolvidos no Programa entendem a necessidade de uma formação baseada em conceitos ampliados de Educação e de Saúde. Há que se aprimorar os recursos financeiros e humanos, bem como ampliar as discussões acerca dos dispositivos analisados de modo a efetivamente favorecer o fazer-saber e o saber-fazer em Atenção Básica por diferentes profissionais da saúde de modo autônomo e problematizador.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Básica, Formação em Saúde, Relações Interprofissionais.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**THEORETICAL AND THEORETICAL-PRACTICAL TRAINING IN BASIC
ATTENTION: ANALYSIS OF A MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCY
PROGRAM**

ABSTRACT

This study deals with a Multiprofessional Health Residency Program with emphasis on Basic Care, especially in Family Health, developed through a partnership between a Public University and a Municipal Health Secretariat, which adopts device-oriented learning methodologies management and health care, aiming to qualify professionals with competencies to understand and / or act effectively at different levels of the Unified Health System. In this sense, its objective was to analyze the areas of tutoring, field tutoring and classes of the program, from the perspective of resident professionals, preceptors and tutors. It is a descriptive and exploratory study, made possible through an open questionnaire applied by the researchers, which used a qualitative approach to data analysis. The results showed weaknesses and potentialities of the devices - tutorials, tutorials and theoretical classes, appearing situations related to the training process: the need for training for tutors and preceptors and changes in the development of theoretical classes. It was clear that the different actors involved in the Program understood the need for training based on broader concepts of education and health. Improved financial and human resources should be developed, as well as broadening discussions on the devices analyzed in order to effectively do-know and the know-how in Basic Care by different health professionals in an autonomous and problematizing way.

Keywords: Unified Health System, Primary Health Care, Health Education, Interprofessional Relations

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 METODOLOGIA.....	2
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	4
3.1 PRECEPTORIA: REFLETINDO O SEU COTIDIANO E SEUS DESAFIOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	4
3.2 TUTORIAS: DESAFIANDO FRAGILIDADES E IDENTIFICANDO POTENCIAIS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	9
3.3 AULAS TEÓRICAS: REFLETINDO A PRÁXIS QUE TODOS QUEREM, MAS QUE NEM TODOS SE ENVOLVEM PARA FAZER.....	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde—com ênfase na Atenção Básica, especialmente em Estratégia de Saúde da Família (doravante identificado como PRMS-AB/ESF) configura-se como uma parceria entre uma Universidade Pública e uma Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior gaúcho, tendo como propósito fortalecer a formação de profissionais de diferentes núcleos/profissões da Saúde, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS - (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b)

O atual Projeto Pedagógico(PP) do PRMS-AB/ESF tem como proposta adotar metodologias de aprendizagem orientadas pelos dispositivos de gestão e de atenção à saúde, visando qualificar profissionais com competências para compreender e/ou atuar em diferentes níveis do SUS local e regional, de modo interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial. Para tanto, o PP afirma que são necessários momentos de reflexão acerca dos processos de trabalho, das ações, nos diferentes níveis do sistema de saúde local. Afirma ainda que as aulas teóricas, as preceptorias e tutorias, de campo e núcleo, devem se constituir como espaços destinados para realizar discussões do processo de formação em saúde, interligando a teoria com a prática, a realidade social com as políticas de saúde, em nível local e regional, seguindo preceitos éticos e humanos, de acordo com a orientação da Resolução Nº 2, de 03 de abril de 2012, que trata das Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde (CNRMS, 2012).

De acordo com a Resolução, acima referida, as preceptorias e as tutorias têm a função de orientar os profissionais residentes em seus campos de trabalho. As preceptorias devem ser realizadas por profissionais dos serviços de saúde (articulando ações e supervisionando as atividades diárias) e as tutorias devem abordar o trabalho de e em campo; precisam ser coordenadas por mestres ou doutores (que podem ou não ser professores universitários), com regularidade semanal, enfocando técnicas e teorias que aprimorem a formação dos profissionais residentes e, conseqüentemente, dos colegas preceptores que, por sua vez, podem participar dos encontros de tutoria. As aulas teóricas devem ser ministradas por professores universitários e, no caso de um Programa de Residência Multiprofissional voltado à AB, deve abordar conteúdos referentes a este nível de atenção à saúde (CNRMS, 2012).

No caso particular do PRMS-AB/ESF, a metodologia de formação prevista possibilita uma integração ensino-serviço-comunidade e, assim, busca-se alcançar uma qualificação

profissional em saúde diferenciada, consonante às afirmações de Maturana e Rezepka (2000) no que tange aos processos educativos: ampliação da capacidade de ação no mundo e reflexão sobre ele. Segundo os referidos autores, os processos educativos têm como tarefa a formação humana.

No sentido acima, a educação profissional pode ser definida como a criação efetiva de espaços de ação dos educadores e educandos, de modo que os envolvidos adquiram, conforme Ceccin e Carvalho (2009), condições de fazer e de refletir sobre o fazer (saber-fazer). Nesta linha de raciocínio, os processos educativos podem ser libertários e humanizadores à medida que negam uma concepção mecânica da consciência, a qual reflete a condição de “humanos vazios, meramente utilizados como depósitos de conteúdos” (FREIRE, 2017, p. 94). Por isso, Freire propõe uma práxis educativa horizontal, em que educadores e educandos reflitam sobre suas ações no mundo para, assim, poder transformá-lo.

Este estudo foi realizado a partir das inquietações de quem vivenciou, de um modo intenso, o processo de formação, estando envolvida com a construção de assembleias locais dos profissionais residentes e, ainda, com os debates produzidos no interior do Coletivo Gaúcho de Residentes. Neste sentido, sua elaboração, desenvolvimento e análise visou contribuir com o aprimoramento do PP do mencionado Programa, e quiçá com a reflexão acerca da formação multiprofissional em outros Programas de Residência em Saúde, considerando que a formação em nível de pós-graduação não é algo estático, mas sim um “processo de transformação na convivência”, nos termos de Maturana e Rezepka (2000). A pergunta norteadora deste estudo foi: estariam os profissionais residentes, os seus preceptores e tutores imbuídos dos conceitos ampliados (acima apresentados) de Educação e de Saúde em suas práxis? Portanto, o seu objetivo foi analisar os dispositivos de preceptoria e tutoria de campo, bem como as aulas teóricas na formação em AB/ESF, na percepção dos envolvidos – ou seja – dos profissionais residentes, preceptores e tutores.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado sob uma abordagem qualitativa; seu caráter foi descritivo e exploratório, destacando-se, conforme dito anteriormente, os pontos de vistas dos envolvidos acerca do aprimoramento profissional proporcionado pelo PRMS-AB/ESF. Entre as perguntas, destacam-se: 1) Enquanto profissional residente, preceptor, tutor, como você analisa os espaços de tutorias, preceptorias e aulas teóricas na formação e nos serviços de

saúde? 2) Você sente dificuldade ou identifica algum problema na realização das tutorias, preceptorias? Se sim, qual(is)?

Foram incluídos neste estudo, profissionais residentes do primeiro (R1) e do segundo ano (R2), preceptores e tutores de campo, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, não afastados de suas atividades profissionais durante o período de coleta das informações (dezembro de 2017 e janeiro-2018). Os sujeitos do estudo estavam vinculados ao PRMS-AB/ESF; atuavam em quatro unidades de ESF, no Setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município – ou seja – em todos os equipamentos de saúde vinculados à AB e ao Programa.

As coletas foram realizadas por meio de um questionário aplicado por três profissionais residentes (uma enfermeira, uma fonoaudióloga e um psicólogo) que abordou as preceptorias e as tutorias de campo, bem como as aulas teóricas. Os participantes do estudo foram entrevistados em seus locais de atuação ou em suas residências, conforme suas escolhas.

Como instrumento de registro, foi utilizado um gravador digital, sendo os discursos transcritos na íntegra. Após as leituras das transcrições, retiraram-se os vícios de linguagem, ou seja, realizou-se a correção ortográfica. As informações obtidas foram tratadas com a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2006), desdobrada em exploração do material, pré-análise/tratamento dos resultados, estabelecimento das categorias e análise/discussão propriamente dita. Foram estabelecidas três categorias, a saber: 1) Preceptoria: refletindo o seu cotidiano e os seus desafios nos serviços de saúde; 2) Tutorias: desafiando fragilidades e identificando potenciais para a formação em saúde e 3) Aulas teóricas: refletindo a práxis que todos querem, mas que nem todos se envolvem para fazer.

Convém ressaltar que este estudo integra uma pesquisa mais ampla que se ocupa em discutir o potencial da participação de profissões (especialidades) não médicas inseridas nas atuais equipes de Atenção Básica em Saúde nos serviços públicos municipais da Região Sul do Brasil, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição onde foi realizado, sob o número CAAE 53596916.0.0000.5346.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 12 profissionais residentes de um total de 17 (aproximadamente 70%); seis do primeiro ano e seis do segundo ano (os que não participaram estavam em período de férias, um dos critérios de exclusão). Dos seis preceptores, cinco foram entrevistados (aproximadamente 80% - o não entrevistado estava em férias) e dos quatro tutores, apenas dois (50%) puderam responder à pesquisa (um se desligou do PRMS-AB/ESF e o outro estava afastado das atividades por problemas de saúde).

Quando os profissionais residentes foram questionados sobre seus pontos de vistas sobre as Preceptorias de Campo, 11 (91,7%) avaliaram-na como negativa; quanto às Tutorias de Campo, obtiveram-se seis (50%) respostas negativas e quanto às Aulas Teóricas 10 (83,3%) avaliaram-nas negativamente. Quanto à avaliação das preceptorias e tutorias, pelos preceptores e tutores, respectivamente, esta não foi obtida diretamente; houve indicação das dificuldades/fragilidades e, portanto, sugestões de melhora, mas não avaliaram os espaços que coordenam de forma positiva ou negativa. A seguir discutem-se os dados acima apresentados, segundo as três categorias elaboradas por meio do tratamento dos dados.

3.1 PRECEPTORIA: REFLETINDO O SEU COTIDIANO E SEUS DESAFIOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os dados revelam que os espaços de Preceptoria de Campo pouco têm auxiliado no processo de formação dos profissionais residentes, conforme identificado nas falas dos residentes do primeiro ano (R1a, R1b, R1c, R1d, R1e e R1f) e do segundo ano (R2a, R2b, R2d, R2e e R2f). Apresentam-se, a título de exemplo, as falas de um R1 e de um R2.

“Preceptoria a gente não tem tido né, muitas?! Tiveram [...] o quê? Duas esse ano!”(R1c).

“A preceptoria é um pouco falha porque não é um espaço fixo, está sempre desmarcando, remarcando, ou não acontece, ou quando acontece, não acontece da forma que deveria acontecer” (R2f).

Tais considerações a respeito das preceptorias, embora inquietantes e por vezes angustiantes, ajudam a identificar questões importantes para o aperfeiçoamento da qualificação dos profissionais (PARENTE, 2008). A primeira fala constata a escassez dos encontros de preceptoria (situação mais expressiva, pois foi relatada também por R1b, R1f e R1e). A segunda fala também se queixa da regularidade dos encontros (“não é um espaço

fixo”) visto que são marcados e desmarcados ou simplesmente não acontecem. Outros profissionais residentes (R1b,R1c,R1e,R1f) justificam que a não realização de preceptorias de campo decorrem da “falta de organização” ou “em função do atendimento da demanda espontânea das unidades”.

Além da falta de preceptorias, R2f reclama que “quando acontece, não acontece da forma que deveria acontecer”, no entanto, não explicita “o que deveria acontecer”, apenas indica uma falha, sem se comprometer em identificar o porquê dela.Outros R1a, R2b, R2d e R2e - afirmaram que as preceptorias de campo, quando realizadas, ocupam-se em discutir pautas não condizentes com o momento ou necessidades dos serviços e dos profissionais residentes.Para alguns residentes (R1a, R1d, R2b, R2d) esses espaços, não são acolhedores ao ponto de se sentirem confortáveis para real exposição de suas opiniões, como exemplificado abaixo:

“Eu avalio, humm, um espaço muito fraco, fragmentado, muito hierarquizado, que não há espaço para o residente, aonde que dificilmente a gente realmente tem espaço para falar, para troca e discussão”(R1a).

Segundo Parente (2008), para além de supervisionar, os preceptores (e também os tutores) devem ser agentes de escuta, que promovem catalisação e facilitação dos processos de aprendizagem dos profissionais residentes.Cabe ressaltar que esse processo de escuta por parte dos preceptores e tutores poderia estar descrito no PPdo PRMS-AB/ESF,como uma premissa pedagógica, fato que poderia favorecer o trabalho interdisciplinar, a criação de ações conjuntas e troca de saberes dos diversos núcleos profissionais envolvidos no campo, o que, por sua vez, tornaria os encontros de preceptorias acolhedores e abertos para novas ideias. Tal consideração procede devido ao fato de os espaços de preceptorias de campo estarem descritos no PP apenas como ações desenvolvidas por profissionais do serviço de saúde imbuídos em supervisionar diretamente os profissionais residentes de diferentes núcleos em suas atividades diárias nos campos de práticas. Outro ponto que se faz necessário discutir sobre a construção das preceptorias e seu processo formativo, na visão dos profissionais residentes (acima elencada) e dos preceptores (apresentada mais adiante), é a complexidade de organizar um momento crítico reflexivo no cotidiano do campo de prática (o qual ainda é muito centralizado no modelo curativista). Essa cultura que produz números de atendimentos ao invés de produzir vida, alicerça o fazer mecânico AB, tal como em outros níveis do

sistema de saúde, dificultando o processo de fazer e refletir o fazer (MATURANA, REPZEKA, 2000).

Do ponto de vista dos preceptores, a preceptoria de campo também foi entendida como um espaço restrito com horário e local definido que não tem ocorrido, mas sob a justificativa de que o trabalho na AB é dinâmico (P1, P4), como se podem observar nas falas a seguir:

“[...] é difícil, porque o serviço não pára para eu ser preceptora; acho que isso da mais realidade para formação, porque é isso, porque a gente esta formando para o SUS e o SUS é isso, ele é dinâmico, ele não para”. (P1)

“A dificuldade é organizar tempo pra isso (preceptoria)”.(P4)

Enquanto que para P1 o cenário dinâmico da AB é um fator positivo para a formação, para P4, a dinâmica do serviço gera uma dificuldade de organização. Parente (2008) afirma que a preceptoria, enquanto dispositivo formador, engloba uma dimensão descentralizada e ampliada, de modo que a totalidade dos processos de trabalho que ocorrem nos territórios é educativa. Neste ponto, faz-se necessário discutir o entendimento dos envolvidos sobre as preceptorias, bem como se a preceptoria pode ser construída no dia a dia, entremeada ao fazer e ao diálogo sobre ele, ou se necessariamente é indispensável estabelecer um espaço e um momento específico para acontecer a formação/troca entre profissionais residente e preceptores, como foi indicado na fala da maioria dos residentes (R1a, R1c, R1e, R1f, R2d, R2e, R2f) e dos preceptores (P1, P3, P4, P5, P6). A propósito, apresentam-se, a seguir, exemplos de falas referentes a essa questão:

“[...]é difícil conseguir um tempo com ao preceptor para discutir coisas relacionadas ao campo e ao núcleo, mas acho que são espaços muito potentes para desenvolver ações e reflexões”. (R1e)

“A preceptoria, eu acho uma coisa bem importante, porque é um espaço que a gente precisa para discutir, porque tem coisas que a gente tem que discutir em reunião de equipe, tem coisas que são em tutoria, mas acho que tem coisas que a gente pode resolver entre nós”. (P1)

Para Fajardo e Ceccim (2010), a preceptoria acontece no dia a dia e o preceptor tem a função de facilitador no processo de ensino e aprendizagem do profissional residente, à medida que ao trabalhar na assistência pode comparar o vivido em sua graduação com o

vivido no serviço e romper barreiras do modelo de educação tradicional pelo qual, a maioria dos profissionais da saúde, graduou-se; deve se envolver em compartilhamento de experiências, assim como sustentar reflexões conjuntas, caracterizando uma prática pedagógica construcionista; a propósito, um dos princípios dos Programas de Residência em Saúde (CNRMS,2012).

Concordando com os profissionais residentes, os preceptores (P1, P2, P3 e P4) referiram, além da falta de tempo, as suas diversas saídas do campo para reuniões (convocadas pela Gestão Municipal e pelos gestores do PRMS-AB/ESF), a falta de gerenciamento sobre os interesses do profissional residente (que muitas vezes se porta como estudante) e suas atividades, bem como pela falta de outros profissionais da unidade também se inserirem nas preceptorias para discutir e implementar as ações de saúde, conforme as falas abaixo:

“eu vejo (a preceptorial) como problema [...] eu tenho saído bastante, o pessoal tem marcado reunião e coisas; e a gente não conseguiu efetivar isso como deveria”. (P1)

“A dificuldade que o preceptor sente é esse gerenciamento do residente; não no sentido de vigiar e punir, não é isso! É na questão da atividade, se ele está conseguindo entender o que o serviço está propondo, né? Como ele está desenvolvendo essa atividade”. (P2)

“A dificuldade [...] acho que é a falta. Eu não sei se é falta de integração, sabe? Como eu te falei, parece que tudo fica meio dividido. A Residência se junta com o tutor e preceptor: ah, vamos fazer tal coisa e o resto da equipe nem está sabendo. É complicado, assim, sabe? E depois a gente quer que todo mundo pense junto, mas como assim pensar junto?”. (P3)

Ainda a respeito da preceptorial, convém dizer que um preceptor (P6) não se incluiu no processo formativo dos profissionais residentes, visto que não a elencou como uma de suas ações/atividades. Cabe refletir se a atividade não foi elencada por não ser realizada ou se os profissionais entenderam de forma diferente dos colegas. Mas, independentemente dos motivos que o levou a não se incluir como responsável pela formação dos profissionais residentes, convém destacar a necessidade de um processo de capacitação para atuar como preceptor de Programas de Residência, além da iniciativa (vontade) dos próprios preceptores em apropriarem-se do PP dos Programas e das Diretrizes Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde. Seguem-se falas de todos os envolvidos a este respeito:

“Eu acho complicado porque eu acho que eles não são muito preparados pra isso, né?”.(R2a)

“Não houve uma qualificação para que eu pudesse ser preceptora, né?Previamente, antes de começar a preceptoria. Essa qualificação veio depois, com o curso que a gente desenvolveu em 2017. Foi um curso de preceptoria no SUS. Aí que a gente se apropriou um pouco mais desses processos da preceptoria. Mas, até então, o que a gente tinha eram reuniões pra se discutir processos de trabalho, mas não se discutir necessariamente o papel do preceptor na formação do residente”. (P5)

“Então [...]acho que deveria ter algum tipo de preparação específica para os tutores, a mesma coisa para os preceptores, né? O que define um bom preceptor? É aquele que controla o residente, é aquele que está disponível para o residente?” (T2)

Um fato importante de ser destacado é que os P1, P2, P4, P5, T1 e T2 referiram a importância de um Curso de Especialização em Preceptoria e Tutoria que aconteceu no município, no ano de 2017, que possibilitou aprimorar o entendimento e execução das preceptorias (foi considerado um avanço, apesar de que nem todos envolvidos no PRMS-AB/ESF puderam participar).

A capacitação de preceptores e tutores inclui discussões sobre o papel dos profissionais residentes nas unidades de saúde sob suas responsabilidades; é necessário refletir constantemente se os residentes são “meros alunos” ou, de fato, profissionais em formação, o que implica refletir sobre como trata-los no cotidiano dos serviços, visando evitar expressões como as que seguem:

“Porque a gente está aqui, como se fosse criança no primário, a gente não está aqui como profissional. E essa visão que a gente não é profissional, a gente sendo profissional, eu acho que é isso que mais adoce”. (R1a)

“Preceptor vê ele (o residente) como profissional substituto [...] eu não vou estar na unidade, tu tem que assumir meu papel”. (T2)

P1, P2, T1 e T2 sugeriram que deveria existir uma estrutura, com diretrizes e com linhas de ações a serem desenvolvidas junto aos profissionais residentes, unificando e qualificando tal espaço/dispositivo de formação. Além disso, os próprios preceptores(P1 e P4)salientam a necessidade de um processo de avaliação deles para que se possam aprimorar

e melhorar o suporte aos profissionais residentes, melhorando, assim, a formação no PRMS-AB/ESF.

“Acho que seria interessante, fazer o que a gente fez no nosso curso agora, instituir avaliação formativa do preceptor [...]. A gente ter esse feedback, tanto dos residentes quanto do próprio tutor, da própria coordenação do curso, eu acho que isso nos ajudaria, nos qualificaria mais...Inclusive para os residentes se sentirem ouvidos também. Porque a gente bem no fim, a gente avalia, mas em qual momento a gente é avaliado, em que momento é pensado essa formação?” (P1)

“O feedback também acho que é algo muito importante que tem que ser feito e que nós preceptores ainda não temos isso como [...] sistemático. Sabe?” (P4)

Portanto, ao ressaltar a importância da avaliação do profissional preceptor, entende-se a efetiva constituição de sujeitos ativos no processo de formação, no qual os preceptores ultrapassariam uma visão reducionista de supervisores e passariam a olhar de forma integral as particularidades dos profissionais residentes, analisando o cotidiano desse processo e transformando-o constantemente, conforme destacam Meira, Martins, Martins (2010). Concordando com as autoras, defende-se que o desafio das preceptorias é diário e tem um grande potencial transformador se as pessoas envolvidas forem participes e se responsabilizarem pela construção do conhecimento interdisciplinar e resolubilidade dos serviços onde estão alocados.

3.2 TUTORIAS: DESAFIANDO FRAGILIDADES E IDENTIFICANDO POTENCIAIS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Entre os três dispositivos de formação analisados pelos profissionais residentes, pode-se perceber que os espaços de tutoria de campo foram avaliados de um modo mais equilibrado, houve avaliações positivas por partes dos R1c, R1d, R1e, R2a, R2b, R2f e negativas por R1a, R1b, R1f, R2c, R2d, R2e, o que significa que ainda apresentam obstáculos a serem superados, como se pode observar nas falas-exemplos abaixo:

“A nossa tutoria de campo[...] eu acho que está sendo bem válida. Eu gosto bastante assim”. (R1c)

“A tutoria de campo eu acho que, de forma geral, estava boa; era bom assim. A gente conseguia discutir.” (R1a)

“As tutorias de campo eram muito ruins, muito ruins, eram horríveis! Eu vou ser bem sincera, assim[...] eram muito desgastantes, era basicamente acordos e pactuações. E, ah [...] vamos lembrar que tem que fazer tal e tal coisa... tipo, não era pra discutir assuntos, não era para melhorar o serviço”. (R1f)

Outras dificuldades foram relatadas pelos residentes e, também, pelos preceptores e tutores, na realização das tutorias de campo, dentre elas: a utilização do espaço e do tempo para discutir assuntos aleatórios e superficiais que pouco auxiliaram na formação profissional (R1a, R1c, R1f, R2a, R2b, R2c, R2e, P6, T1 e T2), conforme pode-se constatar nas falas a seguir:

“[...] Eu acho que se usa as tutorias para falar de coisas superficiais e acaba não centrando no que a gente realmente quer falar. (R2b)

“[...] As tutorias [...] acabam sendo aquela bateção de boca que já falei [...]”(R2e)

“Eu acho que poderiam ser mais aproveitadas [...] Porque, às vezes, fica muito uma discussão de determinado caso e aquilo não chega num final e acaba não sendo visto aquilo que era proposto para a reunião”. (P6)

“Acaba não sendo um espaço para refletir sobre o processo de trabalho, vira um espaço para se falar de quaisquer outras coisas, assim. [...] Nas tutorias com os preceptores, às vezes, os preceptores estão em atendimento, então eles não respeitam o tempo da tutoria.”(T2)

Segundo a Resolução nº 2 (CNRMS,2012) e também o PP do PRMS AB/ESF, a proposta das tutorias de campo é realizar atividades de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e profissionais residentes, no âmbito do campo de prática, integrando os núcleos de saberes e as práticas das diferentes profissões que compõem as áreas de concentração dos Programas de Residência Multiprofissional. Para tanto, faz-se necessário que todos os envolvidos entendam a relevância do momento teórico-prático, uma vez que é o momento propício para troca dos diferentes saberes e experiências de cada núcleo, dando subsídio para a construção de ações multiprofissionais (PARENTE, 2008). Nesse sentido, P2 e T1 evidenciaram a necessidade da aproximação dos tutores aos cenários de prática para entenderem a demanda dos serviços e conseguirem articular tais necessidades com o saber acadêmico, como observado nas seguintes falas:

“[...] Tutorias de campo [...]eu acho que são essenciais, tutor tem que estar lá dentro do campo, não dá mais para fazer tutoria dentro de uma sala de aula, acho que tem que estar mais próximo da realidade.”(P2)

“Falta um engajamento maior dos tutores junto aos serviços e também na sua prática. Muitos dos tutores, que atuam, são pessoas que estão lidando na academia que não tem a vivência da unidade de saúde.” (T1)

Essa discussão é complexa, uma vez que o tutor, no caso do Programa de Residência Multiprofissional em estudo, é um professor universitário e tem outras atividades para desempenhar em seu curso de origem (aspecto referido por P2, T1, T2), como, por exemplo, ministrar disciplinas e orientar práticas clínicas e/ou estágios na graduação, integrar comissões inerentes à função de professor e/ou de gestão dos cursos, sem falar daqueles vinculados a curso de pós-graduação *stricto sensu*, de modo que sua participação nos Programas de Residência, dependendo de como ele a encara, é secundária. Essa condição acaba evidenciando outras dificuldades que impedem que a tutoria seja um espaço efetivo para formação, como a falta de tutores (situação referida por R1e, R2e, P2) e os cancelamentos dos encontros em cima do horário marcado (R1e, R2c, R2f, T2).

“Tutoria [...] a gente consegue um espaço reservado, mas, às vezes, no campo que eu estava anteriormente era complicado, em decorrência da organização do serviço [...] Então a gente estava fazendo tutoria em rodízio [...] depois ficou difícil, porque não tinha um tutor específico para o campo”. (R1e)

“A tutoria de campo, não é um momento contínuo, porque é sempre cancelada, não tem um tempo ideal, ou quando acontece, não acontece da forma ideal”. (R2f)

“Isso limita né? Ter tutores e as tutorias serem realizadas de acordo com o tempo que o professor tem pra disponibilizar para aquilo, então ela é a última prioridade do professor [...], ai as tutorias são de 15 em 15 dias, elas não são no serviço, tem que o residente se deslocar [...]”(P2)

*“Não é atividade de graduação, a gente tem que estar disponível para atividade de graduação, acho que falta um entendimento da coordenação, da faculdade de que não é uma atividade de graduação, mas é uma atividade de educação [...] Poderia ser muito melhor se eu tivesse um espaço protegido, tempo para fazer isso, porque eu saio de uma reunião do **** e vou direto pra lá, só que a reunião,às vezes, vai além, então eu perco uma coisa ou outra.” (T2)*

As dificuldades referentes à falta de tutores, encontradas neste estudo, também foram referidas em outro Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, o qual salienta como um desafio a ser superado - a dificuldade de encontrar parceiros com interesse no assunto, disponibilidade de tempo e disposição para exercer uma atividade não remunerada (FILHO, SAMPAIO, BRAGA, 2016). As tutorias alternadas com presença de tutores diferentes, as tutorias quinzenais, as tutorias que são desmarcadas dificultam o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos na construção desse espaço, como pode se verificarmos nas falas dos R1a, R2b, R2c e R2d, os quais se sentem desconfortáveis na hora de emitir suas opiniões nas tutorias. A propósito, para R1a e T2, as tutorias deveriam ser um espaço protegido para o profissional residente, o qual ele pudesse também, expressar seus sentimentos, porém não é isso que se evidenciam nas falas que seguem:

“Nós sabemos que tudo aquilo que é falado vai servir de alguma forma de represália[...]nós nos sentimos muito acoados na verdade.”(R1a)

“Tem que ser um espaço protegido, né? Para que ele possa se abrir e falar o que quiser, enfim.” (T2)

Ainda, o T2, identificou as tutorias como um processo difícil de lidar, visto que implica conhecer o campo do preceptor e o campo do profissional residente. Como ele deve mediar a relação entre o residente e preceptor e como manejar os conflitos inerentes da rotina do serviço nos espaços de tutoria?

“E eu acho que é difícil como tutora mediar, às vezes, a relação entre o preceptor e o residente, porque a gente não tem gerência sobre o preceptor, talvez um pouquinho sobre o residente. O que se espera do tutor? Como ele deve atuar? Como mediar essas relações, como saber quando proteger o residente, ou saber quando estimulá-lo de certa forma, porque isso é bem difícil, eu acho que falta uma formação [...]”. (T2)

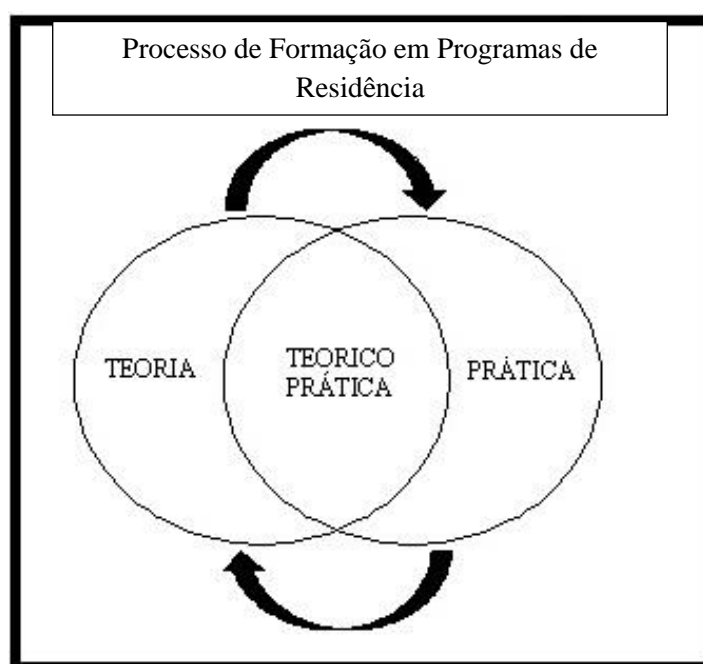
Diante das dificuldades que permeiam as tutorias, T1, T2, P1 e P5 constataram a necessidade de capacitação para os tutores, uma vez que as atuações não são uniformes. R1d, P1 e T1 sugerem que exista uma diretriz que possa fazer com que os profissionais residentes desenvolvam-se em determinados aspectos, sem destituir as singularidades e a cognoscibilidade dos sujeitos, como podemos ver na afirmação abaixo:

“Uniformizar algumas coisas que são importantes, porque vocês vão ter que desenvolver algumas competências básicas, e pra isso vai ter coisas que todos os preceptores/tutores vão ter que focar, mesmo que

eu aborde de forma diferente com vocês em função da particularidade de vocês” (P1).

No sentido acima, assentado em Dias et al (2017), pode-se dizer que a práxis da tutoria é um importante dispositivo político-pedagógico de apoio, uma vez que enfatiza a formação e o desenvolvimento de trabalhadores (preceptores e profissionais residentes) para o SUS, utilizando-se da lógica do apoio institucional, de modo a facilitar processos dialógicos e pactuações de corresponsabilização entre os sujeitos envolvidos.

Adotando-se Maturana(2000), pode-se dizer que o processo de formação da tutoria implica em ajudar profissional a se lapidarem, tanto residentes, quanto preceptores e, na medida em que o tutor auxilia o outro a se esculpir, ele próprio se transforma, modificando as estruturas dos processos de trabalho em saúde de todos os envolvidos. Apresenta-se, a seguir a FIGURA 1, elaborada pela autora, no bojo desta reflexão, com intuito de fortalecer a discussão sobre o envolvimento dos três dispositivos de formação discutidos neste estudo:



Fonte: Autoras

Figura 1. Processo de Formação em Programas de Residência

A tutoria, representada na intersecção, faz a relação entre a prática e o conhecimento científico, enquanto as flechas demonstram a ligação dos momentos aulas teóricas e preceptorias. Mesmo acontecendo em lugares e tempos distintos, os dispositivos devem estar

sincronizadas para que o processo de formação seja coerente com as propostas da CNRMS (2012) e o PP do PRMS-AB/ESF estudado.

O contato com tutores e preceptores, nos campos de trabalho, permite o reconhecimento da experiência e uma troca significativa/produtiva, produtora de autonomia para todos os envolvidos, uma vez que retrata o modelo de formação em serviço – não apenas o serviço, nem apenas a formação. Quando interpretado dessa forma, tornam-se essenciais os espaços reservados para discussão, para produção de sentido frente ao desenvolvimento das ações. O importante é garantir ao preceptor e ao profissional residente e aos outros trabalhadores do serviço (equipe) um espaço dialógico, definido pela existência da ressignificação, sempre possibilitada pela interação dos sujeitos envolvidos nesta comunicação (OLIVEIRA, GUARESCHI, 2010).

3.3 AULAS TEÓRICAS: REFLETINDO A PRÁXIS QUE TODOS QUEREM, MAS QUE NEM TODOS SE ENVOLVEM PARA FAZER

As aulas teóricas enquanto dispositivo de formação tiveram uma avaliação negativa pelos profissionais residentes (R1a, R1b, R1d, R1e, R2a, R2b, R2c, R2d, R2e, R2f), preceptores (P1, P2, P5) e tutores (T1, T2). As mais relatadas, pelos profissionais residentes (R1a, R1b, R1d, R1e, R1f, R2a, R2b, R2c, R2d), foram quanto à falta de didática e a manutenção de aulas expositivas e pouco participativas. Veja-se a seguir falas referentes a essas afirmações:

“As aulas são um momento que, além da falta de didática, a gente não tem aulas que são de formas participativas. Nós temos aulas que deixam muito a desejar, tanto no conteúdo teórico, quanto prático”.(R1a)

“Eu acho que talvez, poderia ser de um jeito mais dinâmico as aulas, maior criatividade, maior envolvimento dos professores para com os alunos, de não ser aquela coisa maçante de conteúdos, de fazer com que o aluno engula conteúdo”.(R2d)

Convém iniciar esta reflexão sobre aulas teóricas, realçando tanto a participação do discente quanto do docente, uma vez que o primeiro deve se fazer partícipe desse espaço (entendendo-o como necessário para sua formação) e o segundo deve buscar organizar de acordo com os princípios do PP, um plano de aula, efetivar o cronograma, e utilizar metodologias diferenciadas. Para Carvalho e Ceccim (2009), dentre os aspectos fundamentais para a formação de “profissionais pensantes”, é necessário espaço e tempo disponibilizados

para criatividade, integração dos conhecimentos, fatos que podem levar ao prazer do conhecimento, à alegria do trabalho coletivo e à responsabilidade social do profissional em formação.

As aulas teóricas, ministradas no Programa de Residência Multiprofissional estudado, no período noturno, parece não responder à proposta do PP do Programa, qual seja, produzir a integração teoria-prática; os preceptores são convidados a participarem das aulas noturnas, em alguns momentos até conduzi-las, mas a participação é restrita e, além disso, os profissionais residentes (R1b, R1c, R1f, R2b, R2d, R1b, R1c, R1f, R2b, R2d), preceptores e tutores relataram que não conseguem prestar atenção devido aos conteúdos das aulas noturnas devido ao cansaço. Confira tal afirmação, nas falas a seguir:

“Muito pouco aproveitamento, eu acho. Por exemplo: as aulas que a gente tinha que ler artigos, assim, bem chatinhos de ler, aí, tu chega cansada na aula, depois de trabalhar o dia inteiro, aí tu tem que te concentrar e ler, em grupo, um artigo que já é difícil.” (R1b)

“As aulas teóricas, eu acho que deveriam ser mais voltadas pra prática. A impressão que eu tenho é que continua a formação na caixinha, tu tem aquele monte de coisas, mas tu não faz uma conexão entre elas.” (P1)

“Falta momentos de reflexão [...], as aulas teóricas preenchem todos os momentos fora do trabalho, e a gente percebe, no geral, que os residentes estão muito cansados, não prestam atenção.” (T2)

Pelos relatos, pode-se perceber uma ambiguidade nos discursos. Ao mesmo tempo em que os profissionais residentes relatam que as aulas são expositivas e pouco participativas, quando surge uma proposta de metodologia ativa, com leitura e construção de conhecimento de forma coletiva, a aula não é bem avaliada, conforme visto na fala de R1b. Parece haver dificuldade de os profissionais residentes saírem de sua condição de aluno de graduação diurna (maior ocorrência de formação na área da saúde) para a resistência de alunos trabalhadores (condição comum em cursos técnicos da saúde e/ou de graduação de outras áreas como a das humanas e das exatas).

Parece haver, portanto, pouco acordo no entendimento dos envolvidos sobre tal dispositivo de formação. Questiona-se - qual a compreensão dos profissionais residentes e dos docentes sobre o conceito ampliado de educação e de práxis em saúde? Será que há ciência de que prática e reflexão/crítica, no cotidiano dos serviços e na sala de aula (em horário que não

interfere na quantidade de horas que os serviços funcionam), são faces de um mesmo processo de formação?

Ademais, acredita-se que um processo de formação em saúde que prima pela abordagem interdisciplinar, não pode se basear numa consciência simplificada, especializada, mecanicista e compartimentada. Deve haver conexão entre o que se vivencia e o que se estuda, entre a prática e a teoria, oportunizada, no Programa em questão, por meio de encontros teóricos (aulas noturnas) em que interagem diferentes profissionais - residentes, preceptores, tutores e/ou docentes – que atuam em diferentes realidades/serviços. Neste sentido, convém que se busque estreitar a relação da prática com a teoria, por exemplo, convidando profissionais dos serviços (preceptores do Programa ou não) para ministrarem as aulas. No entanto, conforme Filho, Sampaio, Braga (2016), esse procedimento pode não ser eficiente, pois nem sempre o profissional convidado se dedicou a estudar e a entender o serviço para o qual foi destinado e, assim, demonstra ter pouco aporte teórico e prático para compartilhar com os residentes profissionais, bem como a sua contribuição pode não ser relevante para os profissionais residentes (vide tal evidência na fala a seguir):

“Teve algumas, assim que as professoras simplesmente jogaram para convidados e fizeram e não teve relevância nenhuma na formação assim, sabe? Só ficava lá de corpo presente.” (R1c)

Filho, Sampaio, Braga (2016) reforçam que este é um dos motivos que torna importante a integração dos diferentes profissionais para boa formação para SUS; esses recursos metodológicos ampliam o entendimento da responsabilidade social dos profissionais. Ainda sobre tal situação, convém discutir que alguns profissionais residentes (R1e, R2d) e um tutor (T1) citaram a falta de comprometimento dos professores para ministrar as aulas teóricas, que muitas vezes eram sem planejamento ou canceladas próximo ao horário previsto (R2c, P2).

“A questão das aulas [...] eu senti que não havia um planejamento anterior antes de passar essas aulas, sem falar as que foram canceladas”. (R2c)

“Acredito que os docentes não investem tanto na residência, acho que as aulas teóricas, muitas vezes, elas são mal preparadas, mal formuladas. Eu acho que precisa repensar a prática pedagógica num programa de pós-graduação diferenciado”. (T1)

Por fim, contrapondo as aulas ministradas pelos profissionais dos serviços (preceptores ou não) e pelos professores, R1a e R1f elogiaram as aulas ministradas pelos próprios colegas residentes, propostas no interior de disciplinas fundamentadas em princípios das metodologias ativas, por exemplo, a realização de seminários:

“Aqueles aulas [...] a gente viu que foi muito bom porque o pessoal se engajou mesmo fazendo as aulas com metodologias ativas, ficou muito melhor do que se fosse alguém lá e expor, sabe, eu gostei.”(R1f)

“O programa ele está bem desenhado, o problema é a forma e quem dá essas aulas, poderia ser utilizado mais metodologias ativas nessas atividades, as atividades elas poderiam ser linkadas um pouco mais com a prática.”(P2)

A propósito do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, pode-se destacar a ferramenta da problematização como uma importante estratégia para alcançar e motivar o profissional residente. Pois, diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MITRE *et al*, 2008). Esse método, enquanto proposta educacional, permite entender uma formação com sujeitos ativos, capazes de pensar e agir com responsabilidade a partir de uma consciência social (MATURANA, REZEPKA, 2000). Cabe, por fim, ressaltar os ensinamentos freirianos sobre a Educação Problematizadora; esta visa um fazer humanista e libertador e necessita de atores que quando submetidos à dominação, lutem por sua emancipação e, assim, coloquem-se como sujeitos dos processos de formação profissional, mostrando-se críticos dos processos de vida, superando uma falsa consciência do mundo. Faz-se necessário entender que somos seres inacabados, inconclusos, e a capacidade de problematizar nossas fragilidades nos permite a superação da educação vertical (FREIRE, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa evidenciou que os profissionais residentes, preceptores e tutores entendem a necessidade de uma formação baseada em conceitos ampliados de Educação e da práxis em Saúde; identificou-se que há dificuldades para realizá-la com precisão e constância. Foram destacadas dificuldades como: falta de planejamento/organização relativas a tempo e

espaço, identificação do papel do profissional residente por preceptores e tutores, falta de capacitações para preceptores e tutores e o comportamento e conhecimento do profissional em formação frente seus deveres no PRMS-AB/ESF.

Pode-se dizer que muitas das dificuldades que comprometeram o percurso de um caminho teórico-metodológico diferente estão relacionadas à problemas de ordem macro-estrutural, ou seja, das instituições envolvidas – (serviços e universidade) e, por isso, não é com apenas com o empenho, de um ou outro, dos envolvidos no processo, que se resolverá. O PRMISPS-AB/ESF, precisa de recursos financeiros, humanos e que a Universidade (departamentos e coordenações de cursos) incentive a participação no Programa, ampliando assim a modalidade *Lato Sensu*, a qual contribui para formação de profissionais voltados para assistência, gestão e ensino (OLSCHOSRY, FERREIRA;2010). Dessa forma, seria desejável que os professores tivessem tempo para se envolverem com as tutorias e aulas teóricas e também para se aproximar do campo de prática, vivenciando efetivamente o que será discutido e problematizado nas tutorias, nas preceptorias e nas aulas. Também seria desejável que: os profissionais residentes fossem mais ativos, resistentes e resilientes em seus locais de prática e de formação teórica. Por isso, é possível considerar que a metodologia de educação libertadora e problematizadora, a qual necessita de um esforço permanente dos envolvidos (profissionais residentes, preceptores, tutores e docentes) para percepção crítica do e no mundo(FREIRE,2012).Em pleno século XXI, a era da tecnologia dura, das comunicações virtuais, do apreço a soluções imediatas, entre outros aspectos deste tempo, a pós-graduação em Programas de Residência tem o desafio de produzir profissionais de saúde, no caso deste estudo – para atuação na AB-ESF – comprometidos com o complexo cotidiano das populações desfavorecidas financeiramente que habitam as unidades básicas de saúde. É preciso esforço conjunto para que os profissionais residentes assumam-se como seres autônomos e problematizadores e responsáveis por seu fazer-saber e saber-fazer, garantindo a manutenção da atenção à saúde com qualidade, efetividade e humanização defendida no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2006. 223p. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 1990. Seção 1, p.18055.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1 p.25694.

CARVALHO, Y.M; CECCIM R.B; **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. Tratado de Saúde Coletiva. 2ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

FAJARDO, A.P; CECCIM, R.B; **Residência em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. O Trabalho Da Preceptoria Nos Tempos De Residência Em Área Profissional Da Saúde,Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.Porto Alegre, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 64.ed. Rio de janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

MATURANA,H; REZEPKA, S.N. **Formação Humana e Capacitação**.5.ed. Vozes, 2008.

MEIRA, A, C, S; MARTINS, A. R; MARTINS, M.C. **Residência em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**.A Relação entre Preceptores e Residentes: Percursos e percalços. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.Porto Alegre, 2010

MITRE, M.S; BATISTA,S.R; MENDONÇA, J.M.G; PINTO, N.M.M; MEIRELLES, C.A.B; PORTO, C.P; MOREIRA, T; HOFFMANN. **Metodologias ativas de ensino -aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2133-2144, 2008

OLIVEIRA, C.F; GUARESCHI, N.M.F. **Residência em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**.Formação De Profissionais Para O Sus:Há Brechas Para Novas Formas de conhecimento?Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.Porto Alegre, 2010

OLSCHOWSKY, A; FERREIRA, S.R. **Residência em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**.Residência: uma modalidade de ensino. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.Porto Alegre, 2010

PARENTE, J.R.F; **Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da família**. SANARE, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, jul./dez. 2008

RESOLUÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - CNRMS Nº 2 DE 13.04.2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e pesquisa. **Projeto do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.** Santa Maria, 2013.