

Coleção de formas e fôrmas de formar preceptores

A collection of shapes and ways of developing preceptors

Colección de formas y moldes para formar preceptores

Marianna Golembiewski Ribeiro Mendes ¹

Daniela Dallegrave ²

RESUMO: Nesta pesquisa situamos as Residências Multiprofissionais em Saúde como tecnologias de formação para o Sistema Único de Saúde e descrevemos o contexto do programa de residência de onde falamos. Caracterizamos o papel dos preceptores e, a partir da bibliografia já produzida, definimos o objetivo do estudo com relação à necessidade de qualificar a formação dos trabalhadores que exercem a preceptoria. Buscamos conhecer através de grupo focal o que os preceptores consideram que poderia contribuir para suas formações. Os resultados da pesquisa foram categorizados como parte da análise temática e o agrupamento dos núcleos de sentido produziu três categorias principais: a primeira categoria abarca as percepções de que as iniciativas de formação para conhecer e reconhecer os programas de residência devem ser voltadas para todos os trabalhadores da instituição. A segunda categoria é referente às iniciativas de formação voltadas para os preceptores em específico e contém sugestões de iniciativas consideradas potentes pelos participantes da pesquisa. Por fim, a terceira categoria expõe questões institucionais que sobrecarregam e desgastam esses profissionais e, por isso, se sobrepõem a qualquer formação possível. Discutimos que o fundamental, no contexto atual, parece ser priorizar maior apoio institucional para não de-formar a ação dos preceptores, que apresentam sentimentos de desvalorização, desgaste e solidão frente à postura da instituição.

Palavras-chave: Residência em Saúde; Preceptoria; Educação Profissional; Saúde Pública.

ABSTRACT: In this paper, we defined the Multi-professional Residences in Health as educational technologies for the Brazilian health system, “Sistema Único de Saúde”, and described the context of the residence program from where this research was developed. We characterized the role of preceptors and, based on the scientific bibliography previously produced about this subject, defined the purpose of the study which regards the need to qualify the training of workers who perform as

¹ Psicóloga Residente da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Ênfase Saúde Mental.

² Enfermeira, Doutora em Educação, docente permanente do mestrado profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

preceptors. We aimed to know through a focus group what these preceptors consider that could contribute to their education. The data of the research went through categorization process as part of the thematic analysis and the resulting clustering of the nuclei of meaning generated three main categories: the first category encompasses perceptions that training initiatives to know and recognize residency programs should be targeted at all workers of the institution. The second category refers to training initiatives directed specifically at the preceptors and includes propositions of initiatives considered relevant by the research participants. Finally, the third category exposes institutional issues that overwhelm these professionals and therefore take precedence over any possible training. We have argued that, in the current context, seeking to provide greater institutional support seems to be the main priority as it would avoid harming the work action of preceptors, for they present feelings of under appreciation, weariness and loneliness as they face the institution's position.

Keywords: Internship, nonmedical; Preceptorship; Education, professional; Public Health.

RESUMEN: En esta investigación ubicamos las Residencias Multiprofesionales en Salud como tecnologías de formación para el Sistema Único de Salud y describimos el contexto del programa de la residencia de que hablamos. Se caracterizó el papel de los preceptores, y basado en la bibliografía existente, se definió el objetivo del estudio con relación a la necesidad de calificar la formación de los trabajadores que están en esta función. Se buscó conocer, a través de un grupo focal, que consideran los preceptores que podrían contribuir en su formación. Los resultados de la investigación fueron categorizados como parte de un análisis temático y el agrupamiento de los núcleos de sentido produjo tres categorías principales: la primera incluye las percepciones de que las iniciativas de formación para conocer y reconocer los programas de residencia deben ser para todos los trabajadores de la institución. La segunda categoría es referente a las iniciativas de formación con foco en los preceptores en específico y contiene sugerencias de iniciativas consideradas potentes por los participantes del trabajo. Al final, la tercera categoría expone las cuestiones institucionales que sobrecargan y desgastan a estos profesionales, así se sobreponiendo a cualquier formación posible. Discutimos que lo parece fundamental, en el actual contexto, es priorizar más apoyo institucional para no deformar la acción de los preceptores, que presentan sentimientos de devaluación, desgaste y soledad frente a esta postura de la institución.

Palabras clave: Internado no médico; Preceptoría; Educación profesional; Salud pública.

APRESENTAÇÃO

O percurso realizado por meio do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) fez perguntar. Todos os dias, desde o primeiro. E para quem foram dirigidas as perguntas? Grande parte dos aprendizados como residentes acontecem em função da convivência com os profissionais dos serviços onde atuam. Da observação das técnicas e, principalmente, da forma singular pela qual os trabalhadores lidam com as situações do cotidiano, com as relações de equipe, com os usuários e com os próprios residentes. Dentre esses trabalhadores, aqueles que costumam ser os mais “perguntáveis” são os preceptores, referenciais importantes na

trajetória de aprendizagem, responsáveis por acompanhar de perto os processos de formação.

E o que forma quem forma? O que pode formar? Informar? Enformar? Foi com perguntas como essas que chegamos à questão de pesquisa deste trabalho. No próximo tópico, contextualizaremos o surgimento das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e o programa de onde nasce esse artigo - a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Além disso, apresentaremos os objetivos desta pesquisa, informações e conceitos que os justificam. E após a apresentação da metodologia utilizada para a produção dos dados, seguiremos com a exposição e discussão do material produzido. Este estudo resulta de trabalho de conclusão de residência, contou com financiamento próprio e foi aprovado por comitê de ética em pesquisa.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pela totalidade de serviços e ações públicas de saúde. Está constituído por redes integradas, hierarquizadas e regionalizadas que são organizadas com a participação das comunidades, de forma desconcentrada e provendo atendimento integral à saúde da população brasileira. Foi conquistado politicamente através do movimento da Reforma Sanitária e instituído pela Lei Orgânica da Saúde¹, abarcando como uma de suas atribuições o ordenamento da formação de trabalhadores para a área da saúde.

Como consequência dessa atribuição, diversas transformações visando o redirecionamento do modelo de formação vêm sendo realizadas para que os profissionais da saúde, ao longo de suas trajetórias, possam construir competências e conhecimentos necessários à atuação no SUS. Rossoni e Lampert² escrevem que esse redirecionamento seria bem sucedido na medida em que incluísse a atuação dos profissionais, ao longo da formação, em cenários de prática que compõem a realidade local. Além disso, propõem que essa atuação deveria estar articulada a um ensino que enfatizasse a humanização do cuidado, bem como a importância do saber trabalhar interdisciplinarmente, construindo a integralidade.

Ao encontro dessas reflexões sobre os processos de formação, é aprovada a Lei nº 11.129/05³ que institui as RMS e as define como modalidade de ensino voltada para a educação em serviço. O órgão incumbido de definir as diretrizes gerais para elas é a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que, através de resolução⁴, estabeleceu as diretrizes ainda hoje vigentes. Segundo este documento, os programas de residência devem ter duração mínima de dois anos com carga horária de trabalho de sessenta horas semanais em regime de dedicação exclusiva, incluindo atividades teóricas, práticas e teórico-práticas. Os programas devem seguir áreas temáticas organizadas e eleitas de acordo com as redes de atenção do SUS e com as prioridades locais regionais de saúde.

Os principais atores que compõem as RMS são os residentes, os preceptores, os tutores, a

coordenação e o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE). Estes atores devem seguir um Projeto Pedagógico (PP) comum, que tenha como finalidade o desenvolvimento tanto de práticas e saberes articulados multidisciplinarmente em campos de conhecimentos comuns como também de práticas e saberes específicos dos núcleos profissionais. Segundo Silva⁵, as RMS buscam diversas integrações, dentre elas, a integração entre trabalho e educação sob a perspectiva de que o trabalhador de saúde é coletivo, já que é a interação entre sujeitos singulares, enunciando saberes diversos, que promove a resolução de problemas de saúde.

O contexto ao qual essa pesquisa se refere e no qual é desenvolvida é a RIS, que existe desde 2004. Foi instituída pelo GHC, uma organização vinculada ao Ministério da Saúde e que provê atendimento SUS exclusivamente⁶. É a maior rede pública de hospitais do sul do país, formada por doze unidades básicas de saúde, um Consultório na Rua, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quatro hospitais, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC).

A Escola GHC que - “busca desenvolver políticas e ações de ensino, pesquisa e extensão” com o objetivo de “qualificar a atenção, a gestão, a formação e a participação social no sistema de saúde e ampliar as possibilidades de inclusão e desenvolvimento social e econômico”⁷- desenvolve o programa da RIS. Atualmente, este é formado por seis ênfases - denominação dada às suas áreas temáticas - Atenção Materno-infantil e Obstetrícia, Atenção ao Paciente Crítico, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Onco-hematologia, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. No último edital de seleção foram ofertadas cerca de 93 vagas, preenchidas entre profissionais da educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A rotina dos residentes se divide entre 80% da carga horária para formação em serviço, exercida nos diversos locais que compõem o GHC, e 20% em atividades teóricas. Quanto às atividades teóricas, todas as ênfases são reunidas mensalmente nos Seminários Integrados, que almejam contemplar um eixo transversal de saberes comum a todos os núcleos profissionais e áreas de ênfase. Além desses, conta com Seminários de Ênfase que abordam questões relevantes ao seu campo de conhecimentos com periodicidade semanal. Os profissionais de mesmo núcleo e na mesma ênfase também compõem semanalmente os Seminários de Núcleo, espaços dedicados aos temas específicos de cada disciplina.

Os atores responsáveis pela elaboração dos Seminários de Ênfase e de Núcleo são os preceptores, que também são incumbidos de participarem de reuniões de preceptoria, de receberem os residentes nos serviços promovendo suas integrações com as equipes e de supervisioná-los em atendimentos hospitalares, ambulatoriais e domiciliares, atuando conjuntamente e avaliando seus desenvolvimentos. Além disso, cada ênfase deve possuir um preceptor com a atribuição

de coordena-la, essa função chama-se “referência de ênfase”. Ultrapassando essas atribuições formalmente instituídas, o que se pode produzir entre preceptores e residentes é a relação que AUTOR⁸ conceitua como ética do acompanhamento. Relação que impulsiona e é impulsionada pelos encontros de aprendizagem entre esses atores no cotidiano de trabalho e que potencializa novas possibilidades de cuidado, sendo permeada pelos afetos que crescem entre eles.

Já no que diz respeito às outras esferas do trabalho, dos preceptores também é esperado que conciliem suas atividades docentes com as assistenciais, institucionais e administrativas. Fajardo⁹ destaca em sua pesquisa que esse excesso e simultaneidade de tarefas é percebido pelos preceptores como um dos fatores que limita o exercício de suas funções, bem como o conhecimento insuficiente do programa e a sensação de despreparo para o exercício de suas atribuições. A autora também descreve recursos utilizados pelos preceptores para enfrentar tais limitações, dentre eles o estudo realizado de forma individual para aprender sobre o programa em que estão inseridos.

Atenta a esses indicativos de necessidade de maior preparação para o exercício da preceptoria, a Escola GHC tem ofertado cursos de curta duração para os preceptores. É com a intenção de contribuir para a qualificação de futuras iniciativas de formação voltadas a este público, na própria instituição ou em outras, que o objetivo deste Trabalho de Conclusão foi delineado. Este objetivo é, de forma ampla, conhecer o que os preceptores consideram que seriam iniciativas de formação pertinentes para eles. Especificamente, desejamos produzir propostas e sugestões concretas bem como questões que impulsionem novas reflexões a partir das quais o debate acerca da formação de preceptores possa ser aprofundado.

METODOLOGIA

A pesquisa foi delineada como qualitativa e exploratória, considerando que o objetivo principal envolve conhecer o que determinado grupo de atores pensa acerca do tema de pesquisa de forma aprofundada. Os interlocutores, portanto foram esse grupo de atores, os preceptores da RIS/GHC. A metodologia escolhida para o procedimento de produção dos dados é a técnica do grupo focal, com decorrente análise temática de conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e obedeceu a resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

Os preceptores foram convidados a participar por meio de correio eletrônico no qual expusemos o objetivo de pesquisa, data e hora de realização do grupo focal e aspectos éticos incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obtivemos a lista de e-mails junto a Escola GHC, onde constava o e-mail de 67 preceptores. Vários dos correios eletrônicos foram devolvidos mecanicamente, o que exigiu uma busca pela correção dos endereços e diversos reenvios. A ideia era realizar o grupo com um preceptor de cada ênfase que, na época, eram sete acrescido de três preceptores de quaisquer ênfases por ordem de demonstração de interesse em participar, o que

totalizaria no máximo dez participantes.

O grupo seria realizado no início de agosto de 2016 e o convite foi realizado com vinte dias de antecedência, alguns preceptores responderam justificando que não poderiam participar porque estariam em férias ou por outros motivos relacionados à rotina local de trabalho. Apesar disso, houve respostas elogiando o tema da pesquisa e reconhecendo a importância do estudo. Nessa primeira tentativa, nenhum preceptor confirmou sua participação. Em função disso, enviamos novo convite por e-mail com nova data para realização do grupo e relatando o motivo de o convite estar sendo feito novamente. Após essa iniciativa, cerca de sete preceptores confirmaram sua participação e quatro desses sete compareceram efetivamente.

A partir de agora, vamos nos referir com palavras no gênero feminino às participantes, pois eram todas mulheres. As ênfases representadas foram Saúde Mental, Atenção ao Paciente Crítico (APC) e Saúde Materno Infantil (SMI). Três das preceptoras eram ou haviam sido referências de ênfase, uma delas já havia deixado a preceptoria pouco tempo antes – e decidimos por mantê-la como participante devido à sua experiência e manifestação do desejo em participar – e outra já havia decidido que esse seria seu último ano na preceptoria. Não descreveremos mais sobre essas profissionais, pois em se tratando de ênfases com poucas preceptoras isso poderia identifica-las. Nos referiremos a elas por nomes fictícios: Dália, Margarida, Rosa, e Violeta.

O grupo focal foi realizado de acordo com as orientações de Gatti¹¹, teve duração de uma hora e foi gravado para transcrição posterior do áudio. As questões orientadoras foram: “o que é ser preceptor?”, “como se formam preceptores?”, “quais as funções que um preceptor pode exercer e que características, dentre atitudes, conhecimentos, habilidades ou competências vocês acreditam que facilitem o exercício dessas funções?”, “que experiências vocês entendem que tenham contribuído para a formação de vocês como preceptores?” e “o que vocês acreditam que poderia contribuir com a formação de vocês e de outros preceptores no futuro?”. Além das pesquisadoras também estava presente uma residente que auxiliou registrando sua observação do grupo, as participantes foram informadas de sua presença já no convite por meio de correio eletrônico.

Escolhemos a técnica do grupo focal para produzir os dados, pois propicia o debate entre os participantes da pesquisa, o que gera informações qualitativas aprofundadas acerca do tema a ser abordado¹². A partir da transcrição do áudio feita por nós, realizamos a análise temática proposta por Minayo¹³, método que escolhemos por servir de apoio para captar o sentido simbólico da fala dos participantes. O procedimento envolveu a leitura exaustiva do material e seu agrupamento em núcleos de sentido representados a seguir.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das informações produziu três categorias contendo sete subcategorias, conforme a

Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 12(1), 45-58, dez, 2018. ISSN 1982-8829

tabela abaixo:

FORMAÇÃO INSTITUCIONAL	CONHECER PARA RECONHECER	RESIDÊNCIA COMO TECNOLOGIA	
FORMAÇÃO PARA O ACOMPANHAMENTO	PARA ALÉM DA TÉCNICA ASSISTENCIAL	MANUAL DO PRECEPTOR	EQUIPE DE SUPORTE PERMANENTE
O QUE SE SOBREPÕE À FORMAÇÃO DA PRECEPTORIA	AUTONOMIA QUE NÃO SE EFETIVA	ADOCIMENTO	

Tabela 1: Categorias geradas pela análise temática de conteúdo

A primeira delas, intitulada “Formação institucional”, abarca os conteúdos e sugestões relacionadas à formação de todos os trabalhadores da instituição. A demanda de que iniciativas de formação se deem para todos e não apenas para os que estão na preceptoria é sustentada pela necessidade de que a residência seja conhecida e reconhecida dentro da instituição. Assim, trabalhadores de serviços e setores que não têm residentes podem se motivar a recebe-los, talvez até mesmo tornando-se preceptores. Por sua vez, os trabalhadores de locais que já são campo de prática podem qualificar-se como orientadores dos residentes que ali estão e melhor aproveitarem as potências que a residência, na forma de seus atores, pode trazer para cada serviço.

A subcategoria chamada “Conhecer para reconhecer” foi gerada pela percepção das preceptoras de que a residência está invisibilizada para os trabalhadores que não estão na preceptoria. Afirmam que muitos deles estão há anos ou até mesmo décadas trabalhando no GHC e não sabem do que se trata o programa, o que gera em uma delas até mesmo o sentimento de se assemelhar a “*alienígena*”, em relação a eles. É importante destacar que a tese de Fajardo⁹ constata que os preceptores dessa mesma instituição já percebiam esse fator como uma limitação interprofissional, indicando que, alguns anos após sua pesquisa, este segue sendo um problema a ser encarado.

Como uma possível solução, o grupo sugeriu que sejam realizadas formações anuais que apresentem a RIS visando todos os trabalhadores do GHC. Além disso, foi sugerida a inclusão da residência em processos de integração que já existem, como o acolhimento de novos trabalhadores. E também em processos de integração que ainda não existem, mas que seriam potencialmente benéficos, como para trabalhadores assumindo a função de assistentes de coordenação (chefia de serviços), como apoiadores de equipes e como referências de ênfase da RIS/GHC, como explicitado na seguinte fala:

“[...] o coordenador, assim como as referências de ênfase receberiam uma integração mínima, processo de integração mínima nessa função que seria dito pra eles ‘olha, no teu serviço tem residência. Que funciona assim, que funciona assado, não tem tais recursos, mas tem tais recursos, tu pode lançar mão disso pra efetivar tal coisa’, os coordenadores não sabem.”
(Violeta)

A seguinte subcategoria, chamada “Residência como tecnologia”, destaca a necessidade de a RIS ser, além de conhecida, valorizada pelos trabalhadores da instituição. O grupo observa que mesmo trabalhadores que estão em contato com a residência podem falhar em reconhecê-la e valorizá-la em sua potência como tecnologia de formação para o SUS.

“No hospital as equipes do meu cenário, eles não tem assim a residência como uma coisa nobre, que a gente tá contribuindo com a formação no hospital. Eles veem assim como ‘tá, estamos recebendo. Estamos fazendo um favor em receber o residente.’ [...]” (Rosa)

Pensamos que nas formações proporcionadas, a residência poderia ser apresentada como fala Merhy¹⁴, como uma das tecnologias que abrem novas possibilidades, que interrogam o instituído nos processos de trabalho. E da RIS/GHC como propiciadora de uma formação multiprofissional que já se mostra capaz no sentido de formar profissionais com perfil adequado às diretrizes estabelecidas para a Atenção Primária em Saúde e para o SUS¹⁵. Com essa abordagem, talvez os trabalhadores mencionados se sensibilizem para o que representa e no que pode contribuir a presença da residência em seus serviços. E assim, enxergar a recepção do residente não como um “favor” e sim como um investimento em um cotidiano de trabalho enriquecido por novas trocas, na possibilidade de um SUS melhor.

A segunda categoria, intitulada, “Formação para o acompanhamento”, reúne os núcleos de sentido relacionados às necessidades de formação específica para quem já é preceptor e para quem está ingressando na preceptoria. Essas necessidades encontram-se intrinsecamente relacionadas à relação de acompanhamento, conforme conceituada na introdução. O grupo pondera que é muito gratificante acompanhar o desenvolvimento profissional dos residentes, ao passo que ser responsável por promover esses processos gera demandas adicionais e diversas às demandas da assistência. A busca para corresponder-las exige esforço e impulsiona a procura por iniciativas de formação efetivas, movimento que todas as participantes mencionaram já terem feito através de iniciativas como matrícula em cursos oferecidos dentro e fora da instituição.

Seguimos com a subcategoria nomeada “Para além da técnica assistencial”, que representa o conjunto de funções percebidas como necessárias ao acompanhamento dos residentes e que não são contempladas pela formação técnica de cada núcleo profissional. A forma de exercer essas funções é influenciada por características dos preceptores, pelos seus modos de acompanhar e de

andar na “*montanha-russa*” que é o trabalho com a preceptoria, conforme mencionado por uma das participantes. Ao mesmo tempo em que a importância dada a essas questões é evidenciada, também se destaca a percepção de despreparo para lidar com elas:

“Funções pedagógicas, às vezes psicológicas, é uma coisa que a gente também tem que participar [...] de que forma nós vamos conseguir dar um ambiente mais propício pra aquela pessoa crescer? A gente não tem um preparo pra isso” (Dália).

Explicitou-se no grupo uma contribuição com relação a conhecimentos formais que podem promover preparo no que diz respeito às ditas “funções pedagógicas”, que envolvem o tema ensino-aprendizagem. Trata-se da sugestão de acesso à Metodologia Ativa, uma estratégia de ensino caracterizada pelo estímulo ao protagonismo do aluno e a sua responsabilização no processo de aprendizagem. Nessa linha, o docente foca-se em facilitar a formação de sujeitos com postura reflexiva e crítica¹⁶.

É seguro afirmar que o debate acerca das contribuições da Metodologia Ativa bem como dos métodos de aprendizagem que dela derivam para a área da saúde vem ocorrendo há mais de uma década¹⁷⁻¹⁹. Além disso, produções como a de Marin e colegas, ao avaliar iniciativas de formação com Metodologia Ativa já implantadas, apontam para sua efetividade no contexto específico das RMS²⁰.

Outra proposta para promover formação aos trabalhadores que ingressam ou já estão na preceptoria é elencada na subcategoria “Manual do preceptor”. Esta categoria abarca conteúdos relativos às informações que embasam a atuação das preceptoras a partir do conhecimento acerca de diretrizes e pactuações diversas. Estas podem derivar da legislação que rege as RMS, da organização e fluxos referentes à RIS/GHC, bem como das tarefas e atividades instituídas como parte do trabalho na preceptoria.

Atualmente, a transmissão desse tipo de conhecimento e de outros mais informais ocorre, de forma compartilhada, de preceptora para preceptora, quando isso se faz possível. No entanto, a necessidade de apropriação desses conteúdos vai surgindo ao longo do tempo, frente às demandas que vão exigir a busca por eles. O que é sugerido, então, é que seja elaborado um instrumento de fácil acesso a essas informações e que as sistematize tendo em vista as dúvidas que surgem no cotidiano da preceptoria:

“Eu acho que uma das coisas que precisaria ter é que [...] tinha que ser algo fixo porque as coisas elas vão mudando e ao longo do tempo, elas acabam ficando muito na oralidade. Então tinha que ter o manual do preceptor. Ó, não tem o manual do residente? O manual do preceptor.” (Margarida)

A última subcategoria cujo título é “Equipe de suporte permanente” se refere às exceções com as quais as preceptoras têm que lidar, situações difíceis relacionadas ao acompanhamento dos residentes. Elas comentam que apesar de serem denominadas exceções, estão longe de serem raras as cenas e casos que acabam gerando a necessidade de manejos diferenciados. Desde residentes que não se adequam ao Plano Político Pedagógico instituído para a RIS e que vão exigir a elaboração de um Plano de Ação para se adequarem ao que deles é esperado até os que acabam por cometer ações contra a ética, exigindo medidas correspondentes à gravidade do acontecido.

Essas situações demandam ações e estratégias que, muitas vezes, vão extrapolar as condições das preceptoras ao atendê-las sem apoio. Por exemplo, para as preceptoras é um risco sustentar que determinado residente não tem condições de permanecer no programa, pois podem ser processadas individualmente por via judicial. Ou seja, podem ser responsabilizadas ao avaliarem os residentes e tomarem medidas cabíveis, mesmo que estejam zelando pela qualidade e pelos parâmetros éticos e pedagógicos do exercício profissional.

Em função do exposto, o grupo apresenta a demanda de que a instituição se responsabilize em conjunto, apoiando as preceptoras de forma resolutiva, num espaço a ser criado, que contasse com pessoas aptas a realizar encaminhamentos efetivos. Esse espaço, além de resolutivo seria para formação, pois promoveria exercício da reflexão e debate acerca dos problemas enfrentados, suas causas, consequências, soluções e pactuações possíveis.

“Pra frente, eu acho que tinha que ter esse acesso, quando a gente tem, por exemplo, a questão de problemáticas da residência. A gente ter um suporte, de sentar e solucionar a questão, entendeu? Não adianta dizer que solucionou, que vai levar pra reunião, que não sei o quê, que tem que ter... Tá. Equipe suporte para problemáticas com residente [...] que a Escola se somasse, entendeu, pra resolver situações- pepino. E tem situações muito graves.” (Violeta)

A terceira categoria a emergir foi chamada de “O que se sobrepõe à formação da preceptoria”, pois durante o grupo focal e ao analisarmos as informações produzidas, ficou evidente o desgaste sofrido por essas trabalhadoras e a sobrecarga que sofrem como preceptoras. Ambos gerados pela falta de apoio institucional, que resulta em um sentimento de desvalorização imenso frente à instituição, a ponto de uma das participantes dizer, em tom emocionado: “A minha hora, o valor do meu trabalho, ele é pago. Mas ele não tem valor nenhum pra instituição. Se eu fizesse, se eu não fizesse, se aquilo vai ter consequência ou não vai ter.”

As questões relativas à formação ficaram em plano de fundo com relação a essa solidão que de-forma. De-forma não no sentido do desaprender que gera uma nova potência e sim no sentido daquilo que deforma mesmo, que distorce, que desgasta a disposição para ocupar o lugar de preceptora. São questões urgentes e impactantes, que afetam a motivação e disposição dessas

trabalhadoras e, por isso, se sobrepõem às necessidades de formação.

A primeira subcategoria, “Autonomia que não se efetiva”, surge a partir do reconhecimento de que a instituição demanda certos planejamentos, organizações e deliberações por parte das preceptoras e de outros atores da residência. Porém, o que é planejado, organizado ou deliberado pode não ser aceito ou não ser levado adiante pelas instâncias decisórias, o que gera muita frustração nesses atores e o sentimento de terem desperdiçado tempo de trabalho em reuniões que não levam a desfechos resolutivos. Isso culmina no fato de que às vezes nem mesmo a coordenação do programa sabe sobre a extensão de sua autonomia dentro da instituição nem de sua posição para sustentar certas decisões.

“Só é resolutivo aquilo que vai subir pra instâncias decisórias [...] porque eu acho que uma das coisas é começar a trabalhar com o que é factível dentro da instituição. A coordenação, várias vezes, disse “isso a gente pode fazer”, “isso é de autonomia nossa” e a própria coordenação descobriu que não tinha autonomia pra fazer a coisa. Então assim, vamos começar a trabalhar com o que é factível, se responsabilizar por aquilo que tá lá, com consequência praquilo.” (Violeta)

O apoio da instituição para esclarecer e pactuar o que é da governabilidade da RIS/GHC poderia auxiliar a solucionar essa questão, evidentemente garantindo o posterior sustento das decisões que forem legitimamente tomadas pelos atores do programa em seu órgão deliberativo máximo que é o Colegiado Geral da RIS/GHC (equivalente à Coremu em outros programas). A iniciativa de realizar esse movimento poderia proporcionar discussões e decisões mais em sintonia com o que de fato é possível, levando em conta a estrutura institucional, e consequentemente valorizando o tempo e esforço da preceptoria para elaborar soluções em conjunto.

Por fim, a última subcategoria representa a consequência que pode decorrer das diversas formas de de-formação pelas quais as preceptoras costumam passar, as quais derivam da falta de reconhecimento e de apoio institucional. Chamada “Adoecimento”, essa subcategoria contém palavras como “desgaste” e “solidão” que ocorreram ao longo do grupo, representando o cansaço e a alienação que são vivenciados por estas profissionais como preceptoras. Destacamos, justamente, a fala da participante que não está mais exercendo a preceptoria, quando se refere ao impacto que o exercício dessa função tinha em sua vida:

“Cara, eu gastava de quatrocentos a quinhentos [reais] com médico, com massagem, com não sei o que, com atendimento, dinheiro hoje que eu não gasto mais.”

Considerações Finais

Neste trabalho, contextualizamos o surgimento das RMS, que são uma tecnologia educacional em saúde em consonância com os princípios do SUS. Caracterizamos a instituição GHC e seu programa de residência multiprofissional, as atribuições dos preceptores dentro deste programa e sua relação com os residentes, que é permeada pela ética do acompanhamento. Justificamos o objetivo desta pesquisa a partir das produções anteriores relativas à preceptoria, destacando a necessidade de iniciativas de formação voltadas a este grupo de atores.

Realizamos grupo focal com preceptoras da RIS/GHC para saber o que elas pensam que poderia contribuir para suas formações. Suas falas apresentaram outras possibilidades de iniciativas além das que seriam voltadas apenas para trabalhadores que estão na preceptoria. As informações geradas pelo grupo foram então categorizadas como parte da análise temática e o agrupamento dos núcleos de sentido produziu três categorias principais.

A primeira categoria abarca as percepções de que as iniciativas de formação para conhecer e reconhecer os programas de residência devem ser voltadas para todos os trabalhadores da instituição. A segunda categoria é referente às iniciativas de formação voltadas para os preceptores em específico e contém sugestões de iniciativas consideradas potentes pelos participantes da pesquisa. Por fim, a terceira categoria expõe questões institucionais que sobrecarregam e desgastam esses profissionais e por isso, se sobrepõem a qualquer formação possível.

A partir dos resultados produzidos, compreendemos que, ainda que iniciativas voltadas à formação dos profissionais que estão na preceptoria sejam necessárias e importantes, o conhecimento acerca do programa de residência deve ser proporcionado a todos os trabalhadores da instituição de forma a gerar reconhecimento do programa e seus atores. E o fundamental, no contexto atual, parece ser priorizar maior apoio institucional para não de-formar a ação destes profissionais, que apresentam sentimentos de desvalorização, desgaste e solidão frente à postura da instituição.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 22 jan 2017.
2. Ministério da Educação (BR), Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução n. 2, de 13 de abril de 2012: dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abr 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192> Acesso em: 22 jan 2017.

3. BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jul 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 22 jan 2017.
4. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. Bol Saúde. 2004;18(1):87-98.
5. Silva QTA. (2010). Residência multiprofissional em saúde: o estar-junto na formação dos residentes em saúde (dissertação de mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
6. Grupo Hospitalar Conceição [homepage na internet]. Quem somos [acesso em 22 jan 2017]. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br>>
7. Escola GHC [homepage na internet]. A Escola GHC [acesso em 22 jan 2017]. Disponível em: <<http://www.escola.ghc.com.br>>
8. [Retirado para fins de avaliação por parecerista] (tese de doutorado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2013.
9. Fajardo AP. Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re) construir as instituições-escola na saúde (tese de doutorado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
10. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. N° 112 de 13 de junho de 2013. Brasília: MS; 2013. Pp. 59–62.
11. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.
12. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM, Marins RS. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado comotécnica de investigação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
13. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª Ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec;1997. p. 71-112.

15. Demarco EA. Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência (dissertação de mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2011.
16. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Magueréz: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc Anna Nery RevEnferm. 2012;16(1):172-7.
17. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Interface Comum Saúde Educ 1998; 2:139-54.
18. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. CadSaude Pública. 2004;20(3):780-8.
19. Mitre S M, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto N M, Meirelles C A B, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. CienSaude Colet. 2008; 13(Supl. 2):2133-2144.
20. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. Interface Comum Saúde Educ. 2010;14(33):331-44.

Artigo apresentado em 23/01/17

Artigo aprovado em 11/03/18

Artigo publicado no sistema em 21/11/18