

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTIANE TRIVISIOLO ARNEMANN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO APRECIATIVO
CRÍTICO**

Porto Alegre

2017

CRISTIANE TRIVISIOLO ARNEMANN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO APRECIATIVO
CRÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Denise Gastaldo

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Trivisiol Arnemann, Cristiane

Educação Permanente em Saúde no contexto da
Residência Multiprofissional: Estudo Apreciativo
Crítico / Cristiane Trivisiol Arnemann. -- 2017.
263 f.

Orientadora: Maria Henriqueta Luce Kruse.
Coorientadora: Denise Gastaldo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Residências
Multiprofissionais em Saúde. 3. Pesquisa
Apreciativa. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Prática
profissional. I. Luce Kruse, Maria Henriqueta,
orient. II. Gastaldo, Denise, coorient. III. Título.

CRISTIANE TRIVISOL ARNEMANN

**Educação Permanente em Saúde no Contexto da Residência
Multiprofissional: Estudo Apreciativo Crítico**

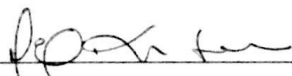
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de julho de 2017.

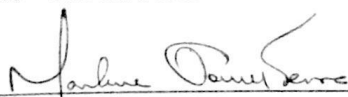
BANCA EXAMINADORA



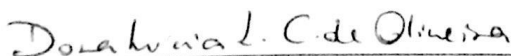
Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva
Membro – UNOCHAPECÓ



Profa. Dra. Marlene Gomes Terra
Membro – UFSM



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira
Membro – PPGENF/UFRGS

Àqueles que me ensinaram sobre a gratuidade do amor. À minha maior fonte de força e
esperança: meus pais, Clair e Arlei.

AGRADECIMENTOS

Impossível só agradecer, é necessário dizer, escrever, afirmar que esta tese se constitui de um conjunto compartilhado de muitos saberes, ideias, vivências, apoio, histórias, vida, que ao longo destes quatro anos e alguns meses foram se unindo, tecendo e formando o que apresento hoje á vocês. Muitas pessoas construíram esta tese, muitas pessoas me ajudaram a estar aqui hoje defendendo um trabalho com muito sentido para mim. Uma tese não poderia ter um só nome, deveria ser um compilado de autores que por muitas vezes ficam escondidos na produção de um trabalho. A gratidão é importante, mas meu sentimento é maior. Por isso, deixo registrado que, sem todos vocês as quais agradeço profundamente e outros que por falha humana não serão lembrados, esta tese não teria sido possível.

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Clair e Arlei, pelo amor, carinho e doação. Agradeço por todas as possibilidades de estudo que vocês me oportunizaram mesmo diante de tantas impossibilidades que vocês enfrentavam. Vocês são responsáveis pelo melhor que há em mim.

Agradeço as minhas doces irmãs, Dariane e Mariane, por estarem sempre ao meu lado, me incentivando, me dando força quando mais preciso. Vocês foram essenciais para que hoje pudesse estar aqui. Vocês iluminam minha vida.

Agradeço ao Jonas, meu melhor amigo, meu companheiro, meu amor. Agradeço por despertar o melhor em mim. Agradeço por ter participado desde o projeto da tese até a sua concretização, do meu lado, me dando maior apoio, acreditando e confiando no meu trabalho e me ajudando a concretizar esse sonho. Gratidão por estar ao meu lado em todos os momentos, gratidão por ter me ajudado a sonhar alto, gratidão pela cumplicidade e pelo amor.

Agradeço aos meus padrinhos Juliana e Delmar. Gratidão por terem me acolhido como filha e me oportunizarem a sonhar e dar passos jamais imaginados.

Agradeço a minha orientadora Maria Henriqueta Luce Kruse pela presença, pelo constante incentivo, pela confiança, pelo carinho, pelo olhar crítico. Agradeço o incentivo em alçar voos altos, a confiar em mim, pelo aprendizado compartilhado. Agradeço imensamente a todas as possibilidades de aprendizado acadêmico e de vida que carrego com muito amor. A considero fonte de inspiração como enfermeira, mulher, professora e orientadora. Foram momentos muito especiais que tive o prazer em compartilhar com a senhora. Muita gratidão sempre.

Agradeço especialmente a minha coorientadora Denise Gastaldo. A combinação entre talento, conhecimento, ética e respeito. Tens algo que jamais esquecerei e que poucas pessoas conseguem fazer: dar dignidade de uma forma singular a cada pessoa, e saber ver o que cada um tem de melhor diante das dificuldades que essa pessoa apresenta. Obrigada por ter me acolhido de forma tão especial em um dos momentos mais importantes da minha vida. Tenho tanto a te agradecer que palavras faltam nesse momento. Agradeço pela firmeza, pela generosidade, pelo carinho e pelo teu rigor e ética que tanto desempenha no teu trabalho. Agradeço pela possibilidade que me deste de sonhar e ter esperanças...

Agradeço a professora Marlene Gomes Terra pela amizade, cumplicidade, pelos grandiosos aprendizados que transpuseram a vida acadêmica. Agradeço pela oportunidade de compartilhar momentos significativos ao lado de uma pessoa tão especial. Nossos encontros sempre foram tão munidos de comunicação no sentido fenomenológico que você sabe tão bem vivenciar no dia a dia.

Agradeço a Professora Dora Lucia de Oliveira pelos momentos vivenciados de aprendizado ao lado de uma pessoa que tanto admiro e respeito.

Agradeço a Professora Maria Elisabeth Kleba por ter aceitado gentilmente participar na banca de defesa de avaliação final do trabalho, dando-me a oportunidade de aprender com a senhora.

Agradeço a Professora Cristianne Famer que ao longo de todo doutorado contribuiu significativamente para a produção deste trabalho, compartilhando conhecimentos, ansiedades e alegrias. Obrigada pelas discussões foucaultianas que nos inquietam e nos mobilizam.

Agradeço a Professora Cristianne Famer que ao longo de todo doutorado contribuiu significativamente para a produção deste trabalho, compartilhando conhecimentos, ansiedades e alegrias. Obrigada pelas discussões foucaultianas que nos inquietam e nos mobilizam

Agradeço a Universidade de Toronto pela possibilidade de realizar doutorado sanduíche. Em especial, agradeço a professora Elisabeth Peter, professora Brenda Gladstone e professora Freida Chavez pela particular acolhida, pela compreensão das minhas dificuldades com a língua inglesa, pela atenção me proporcionada ao decorrer das aulas, pelos encontros e pela possibilidade de ampliar meus conhecimentos acerca da pesquisa qualitativa e da vida. Agradeço a professora Concha Zaforteza Lallemand por ter me disponibilizado sua tese a qual foi fundamental no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço aos amigos que fiz no período que vivi no Canadá, em especial a Dona Ana, pela generosa e amorosa acolhida e pelo seu carinho.

Agradeço a professora Christine Wetzel que como coordenadora da RMS do Hospital de Clínicas me oportunizou toda colaboração e ajuda para que pudéssemos desenvolver o trabalho.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial a coordenação e técnicos administrativos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS pelos momentos de aprendizagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da Bolsa de Doutorado e pelo incentivo à educação e pesquisa científica no Brasil. Agradeço também pela bolsa de estudos no Doutorado Sanduíche.

Aos colegas do PPGENF, pelos momentos de aprendizado coletivo e discussões. Agradeço as colegas e amigas pela acolhida e carinho ao longo do desenvolvimento do doutorado, em especial: Naiana, Crhis, Aline, Carla e Juliane. Cada uma marcou minha vida de uma maneira especial e única.

Agradeço as colegas do grupo de pesquisa, pela convivência, compartilhamento e discussões. Em especial, agradeço as minhas amigas amadas Franciele, Mariane, Camila e Mona, as quais tornaram a caminhada mais leve e bonita. Agradeço a Mariane Xavier pela participação na tese como observadora dos grupos de discussão.

Agradeço a todas minhas amigas e amigos que compreenderam minha ausência e me incentivaram intensamente ao longo do doutorado. Em especial, agradeço a minha amiga Vania Olivo que em todos os momentos de minha vida acadêmica e pessoal, foi essencial para que eu pudesse estar aqui.

E agradeço imensamente aos queridos preceptores da Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas que aceitaram participar deste trabalho e oportunizaram-me produzir um trabalho coletivo e significativo.

RESUMO

ARNEMANN, C. T. **Educação Permanente em Saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico.** 2017, 263 f. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

Esta tese se ocupa da educação dos profissionais de saúde a qual vem sendo (re)discutida, amplamente no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a educação dos profissionais de saúde ainda é considerada fragmentada, descontextualizada e produtora de um currículo estático ao avaliar a dinâmica de mudanças que ocorre nessa área. No Brasil, destaco o movimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) que propõe uma mudança na formação a fim de orientar os profissionais de saúde para o trabalho no Sistema Único de Saúde. O conceito de Educação Permanente é uma proposta educativa destinada a intervir e provocar reflexões sobre o processo de trabalho direcionado a melhorar a qualidade do serviço e das condições laborais: educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. Assim, essa tese objetivou: compreender como práticas pedagógicas de EPS são utilizadas na formação de profissionais em saúde em uma Residência Multiprofissional em Saúde e analisar como o processo reflexivo-dialógico desenvolvido em uma Residência Multiprofissional em Saúde com seus preceptores gera mudanças ao longo das fases de uma Pesquisa Apreciativa. Este estudo é caracterizado como um Estudo Apreciativo Crítico porque articula a metodologia Pesquisa Apreciativa com a Teoria Crítica Social. Utilizo como orientação teórica a EPS e seus conceitos atrelados ao teórico social crítico Paulo Freire. Este estudo foi implementado no Programa de Residência Integrada Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes dessa pesquisa foram sete preceptores da referida Residência. Como estratégia para produção dos dados, foram realizados grupos de discussões com os preceptores. A metodologia foi organizada em quatro estágios que constituem um ciclo 4D: Discovery, Dream, Design e Destiny. Cada fase foi desenvolvida em um objetivo específico. A análise de dados foi realizada de acordo com Green et al (2007), Silverman (2000) e Denzin e Lincoln (2000). Como principais resultados estão a identificação das melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores, como a consulta multiprofissional, o acolhimento dos residentes e as ações integradas entre as diferentes ênfases da Residência. Em relação aos sonhos dos preceptores, destacamos os estágios vivências, a integração da residência médica com a residência multiprofissional e a valorização financeira dos preceptores. Além disso, saliento a construção da proposta de formação pedagógica para a Residência que foi a criação de um Núcleo pedagógico de Educação Permanente em Saúde. Este estudo convidou os participantes a refletirem criticamente sobre suas práticas em seu espaço de trabalho em um processo dialógico, reflexivo e participativo, pois oportunizou que os preceptores tenham a possibilidade de tornarem-se agentes de mudança, logo, sujeitos de um processo construído coletivamente. Com este estudo, esperamos que os preceptores possam atuar de modo participativo na pesquisa, se sintam coautores e valorizados, além de ampliar o diálogo em torno da problemática da EPS contextualizando-a no espaço da residência multiprofissional.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Residências Multiprofissionais em Saúde; Pesquisa Apreciativa; Pesquisa Qualitativa; Prática profissional.

ABSTRACT

ARNEMANN, C. T. **Continuing Education in Health in multiprofessional residence: Critical Appreciative Study**. 2017, 263 f. (Thesis) PhD in Nursing – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

The education of health professionals during their career is being extensively re-discussed in the world. According to the World Health Organization (WHO) the education of health professionals still considered fragmented, out of the context and it is the producer of a static curriculum when assessing the dynamicity of changes which occurs in this area. The concept of Continuing Education in Health is an educational proposal to intervene and provoke reflections on the work process aimed at improving service quality and labor conditions: education in work, education through work and for the work. This thesis aimed: understand how pedagogical practices of Continuing Education in Health is used on multiprofessional residences in health and analyze how the reflexive-dialogic process generates changes throughout the phases of appreciative inquiry. This study is characterized as a Critical Appreciative Study because it applies the methodology of appreciative inquiry articulated in the Social Critical Theory. I applied the theoretical guidance the Continuing Education in Health and its concepts linked to the critical social theorist Paulo Freire. This research was conducted at Multiprofessional Residence Program, which is developed in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. The participants were seven Residency preceptors. As a data collection strategy groups of discussions through meetings with these preceptors were conducted. The methodology was organized into four stages which constitute a 4D cycle: Discovery, Dream, Design e Destiny. Each stage was developed in a specific objective. The data analysis was conducted according to Green et al (2007), Silverman (2000) and Denzin e Lincoln (2000). The main results are the identification of the best practices developed by the teachers, the multiprofessional consultation, the reception of the residents and the actions integrated between the different emphases of the Residence. As dreams of preceptors, they highlight the steps, the integration between the Medical Residence and the Multiprofessional Residence and also a better wage for preceptors. In addition, I Highlighted the construction of the pedagogical training proposal for the Residence: a creation of a Pedagogical Nucleus of Permanent Education in Health. During the study, the participants were invited to reflect critically on their practices in the work space in a dialogical process, Reflective and participatory process that gave the possibility of becoming agents of change, subjects of a collectively constructed process. The study points to the possibility that preceptors feel themselves to be co-authors and valued, in addition to broadening the dialogue around the problem of Continuing Education in Health contextualizing it in the space of the multiprofessional residence.

Keywords: Continuing Education in Health; Residency Program; Appreciative Inquiry; Qualitative Research; Professional Practice.

RESUMEN

ARNEMANN, C. T. **Educación Permanente en Salud en una residencia multiprofesional: estudio apreciativo crítico.** 2017. 263 f. (Tesis) Programa de Posgrado en Enfermería, Doctorad académico – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Esta tesis se ocupa de la educación de los profesionales de salud la cual está siendo (re)discutida ampliamente en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la educación de los profesionales de salud es considerada fragmentada, descontextualizada y productora de currículo estático. En Brasil, el movimiento de la Educación Permanente en Salud (EPS) propone cambio en la formación a fin de orientar los profesionales para el trabajo en el Sistema Único de Salud. La Educación Permanente es una propuesta educativa destinada a intervenir y provocar reflexiones sobre el proceso de trabajo direccionado a mejorar la calidad de los servicios y de las condiciones laborales: educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo. Así, esa tesis tuvo como objetivo: comprender como las prácticas pedagógicas de la Educación Permanente en Salud es aplicada en la residencia multiprofesional en salud y análisis como el proceso reflexivo dialógico genera cambios, a largo plazo, de las fases de la Investigación Apreciativa. Se trata de un Estudio Apreciativo Crítico que articula la metodología de la Investigación Apreciativa con la Teoría Crítica Social. Utiliza como orientación teórica la EPS y sus conceptos relacionados a las ideas de Paulo Freire. El estudio fue implementado en el Programa de Residencia Integrada Multiprofesional del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Los participantes fueron siete preceptores de la Residencia, siendo utilizada como estrategia para producción de datos, los grupos de discusiones con los preceptores. La metodología fue organizada en cuatro etapas que constituyen un ciclo 4D: Discovery, Dream, Design y Destiny. Cada fase fue desarrollada con un objetivo específico. El análisis de datos fue realizado de acuerdo con Green et al (2007), Silverman (2000) y Denzin y Lincoln (2000). Como resultados señalo la identificación de las mejores prácticas desarrolladas por los preceptores, la consulta multiprofesional, el acogimiento de los residentes y las acciones integradas entre diferentes énfasis de la Residencia. Con relación a los sueños de los preceptores, subrayo las pasantías, la integración entre la Residencia Médica y la Residencia Multiprofesional y la valoración financiera de los preceptores. Además de eso, destaco la construcción de la propuesta de formación pedagógica para la Residencia: la creación de un Núcleo pedagógico de Educación Permanente en Salud. Durante el estudio los participantes fueron invitados a reflexionar críticamente sobre sus prácticas en el espacio de trabajo en un proceso dialógico, reflexivo y participativo que les permitió la posibilidad de que se tornaran agentes del cambio, sujetos de un proceso construido colectivamente. El estudio apunta para la posibilidad de que los preceptores se sientan coautores y valorados, además de ampliar el diálogo sobre la problemática de la EPS, contextualizándola en el espacio de la residencia multiprofesional.

Palavras clave: Educación Permanente en Salud; Residencias Multiprofesionales en Salud; Investigación Apreciativa; Investigación Cualitativa; Práctica profesional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases do ciclo DSPD (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino)	72
Figura 2 – Categorias, Subcategorias e Macro-códigos.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias profissionais.....	Erro! Indicador não definido.
Quadro 2 – Nome e questões orientadoras das tarefas reflexivas exploradas no ciclo DSPD .	73
Quadro 3 – Temas, Categorias, Macro códigos, Códigos, Definição e Exemplos.....	83
Quadro 4 – Fases do ciclo 4-DSPS.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNRMS – Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
CIR – Comissão Intergestores Regionais
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
EIP– Educação Interprofissional em Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NOB/RH – Norma Operacional de Recursos Humanos
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
PAR– Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRMS – Programa de Residência Multiprofissional Integrada
RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
RIMS – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Aspectos históricos da Educação Permanente em Saúde no Brasil.....	14
1.2	As Residências Multiprofissionais em Saúde e o dispositivo da Educação Permanente em Saúde	16
1.3	Trajетória profissional e o entrelaçamento com a Educação Permanente em Saúde	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	A Educação Permanente em Saúde	21
2.1.1	A Educação Permanente em Saúde: similaridades conceituais na literatura nacional e internacional.....	29
2.2	As Residências Multiprofissionais em Saúde	37
3	PERSPECTIVAS TEÓRICAS	42
3.1	O Paradigma Crítico Social.....	43
3.2	A Teoria Crítica Social.....	44
3.3	A Teoria Crítica da Educação a partir de Paulo Freire e suas ressonâncias na Educação Permanente em Saúde.....	48
4	METODOLOGIA	57
4.1	Estudo metodológico e congruência teórica	57
4.2	Tipo de estudo	59
4.2.1	Estudo Apreciativo Crítico	59
4.3	Contexto e localização do estudo.....	63
4.4	Posicionamento da pesquisadora	67
4.5	Participantes e amostra do estudo	68
4.6	Estratégias para a geração das informações	71
4.6.1	As Fases do Estudo.....	71
4.6.2	Técnicas de coletas de dados	77
4.7	Reflexividade e posicionalidade.....	78
4.8	Análise dos dados.....	80
4.8.1	Imersão nos dados	81
4.8.2	Codificação.....	81
4.8.3	Criação de Categorias	82
4.8.4	Identificação dos Temas	83
4.9	Rigor do estudo	84
4.9.1	Coerência Teórico-Metodológica	84
4.9.2	Contextualização	85
4.9.3	Transparência e Claridade	85

4.9.4	Limitações do estudo	85
4.10	Dimensão ética	86
5	RESULTADOS.....	88
5.1	Resultados análise de conteúdo	88
5.1.1	Reflexões sobre a RMS	89
5.1.2	Melhores práticas de EPS na RMS.....	103
5.1.3	O que "dá vida" ao trabalho dos preceptores.....	111
5.1.4	Sonhos para a RMS	117
5.1.5	Práticas de Educação Permanente em Saúde na RMS	123
5.2	Resultados da análise de processo	134
5.3	Fase Descoberta	135
5.3.1	Atitude	137
5.3.2	Diálogo	139
5.3.3	Reflexões	141
5.4	Fase Sonhos	142
5.4.1	Atitude	142
5.4.2	Diálogo	143
5.5	Fase Planejamento	146
5.5.1	Atitude	146
5.5.2	Diálogo	148
5.5.3	Reflexões	150
5.6	Fase Destino	152
5.6.1	Atitude	152
5.6.2	Diálogo	153
5.6.3	Reflexões	155
5.6.4	Reflexões sobre o retorno gerado aos preceptores a partir da PAC	157
6	DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES.....	160
6.1	Reflexões sobre a RMS.....	160
6.1.1	A prática da preceptoria.....	160
6.1.2	Formação para a preceptoria.....	162
6.1.3	Docência reconhecida como atividade do preceptor	165
6.1.4	Valorização do trabalho do preceptor.....	168
6.1.5	Formação dos residentes.....	170
6.1.6	Atuação multiprofissional	171
6.2	Educação Permanente em Saúde na RMS	175
6.2.1	Melhores práticas de EPS na RMS.....	175

6.2.2	Sonhos para a RMS	180
6.2.3	Práticas de Educação Permanente em Saúde para RMS: proposta de formação integrada por meio do Núcleo pedagógico.....	181
6.3	Análise do processo em relação as mudanças geradas no processo dialógico-reflexivo do grupo	186
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
	REFERÊNCIAS	196
	Apêndice A – Quadro da revisão escopo	215
	Apêndice B – Resultados revisão.....	216
	Apêndice C – Tabela com as teses e dissertações sobre Residências Multiprofissionais em Saúde e Educação Permanente em Saúde Capes	229
	Apêndice D – Pressuposto onto-epistemológicos e metodológicos para o estudo da Educação Permanente em Saúde	234
	Apêndice E – Análise de processo e conteúdo.....	235
	Apêndice F – Exemplos de códigos (processo/conteúdo).....	249
	Anexo A – Carta para justificativa de mudança metodológica da pesquisa	253
	Anexo B – Carta para apresentação da pesquisa para os participantes	254
	Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	255
	Anexo D – Carta de aprovação do Comitê de Ética.....	257

1 INTRODUÇÃO

A educação dos profissionais de saúde ao longo da carreira está sendo (re)discutida amplamente no mundo (FRENK et al., 2010). Há mais de 100 anos, uma série de estudos sobre a educação de profissionais de saúde, liderados pelo relatório Flexner, publicado em 1910, conduziram reformas inovadoras nesse campo de estudo. Apesar de que mudanças importantes aconteceram, essas não foram suficientes para que, no século XXI, as necessidades, em termos de equidade em saúde, estivessem supridas (FRENK et al., 2010).

Nesse sentido, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a educação dos profissionais de saúde é considerada fragmentada, descontextualizada e produtora de um currículo estático, quando se avalia, conforme a ONU, a dinamicidade das mudanças que ocorrem nessa área. Porém, a partir deste diagnóstico da situação da educação dos profissionais de saúde, a ONU propõe reformulações pautadas pela incorporação de conceitos já trabalhados no campo da graduação e pós-graduação, tais como, aprendizagem transformativa e educação ao longo da vida (FRENK et al., 2010).

Tais conceitos são introduzidos pela comissão ligada a ONU de profissionais responsáveis pela educação dos profissionais em saúde do século XXI, que tem o objetivo de estimular mudanças no cenário da educação dos profissionais em saúde no mundo (FRENK et al., 2010). Essas mudanças vão em direção ao realinhamento do objetivo da educação dos profissionais, ou seja, a qualificação baseada nas necessidades do profissional é redirecionada para a qualificação das equipes de trabalho, orientadas pelas necessidades locais e regionais da população envolvida, considerando o contexto histórico em que estão situadas (FRENK et al., 2010).

Diante disso, destaco que as estratégias de mudança na formação em saúde, propostas pela ONU, têm sido utilizadas em alguns países da América Latina sob a orientação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), precursora do movimento da Educação Permanente. O conceito de Educação Permanente como proposta educativa propõe provocar reflexões e intervir sobre o processo de trabalho. Tal proposta busca melhorar a qualidade dos serviços e das condições laborais por meio da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). O conceito foi estabelecido na década de 1980 como prioridade pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (FERRAZ et al., 2012a). Nas três últimas décadas, diversos países latino-americanos, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, Peru e República Dominicana desenvolveram programas e políticas na área de recursos humanos em saúde, de

acordo com os pressupostos estabelecidos pela OPAS e pela OMS, com financiamento de organismos internacionais (HADDAD; ROSCHKE E DAVINI, 1994; (LOPES et al., 2007). No Brasil, a Educação Permanente em Saúde foi incorporada ao processo que desencadeou a formação do Sistema Único de Saúde.

1.1 Aspectos históricos da Educação Permanente em Saúde no Brasil

No Brasil, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido considerada na formação dos profissionais de saúde. Isso foi evidenciado quando a Constituição Federal estabeleceu que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Nesse sentido, as políticas do Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) em torno da gestão do trabalho e da educação na saúde, objetivaram a integração do ensino com os serviços de saúde como eixo central na organização da política de educação na saúde (BRASIL, 2004; HADDAD, 2011).

Dada tal prioridade, com o objetivo de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde através do decreto 4.726 de 09 de junho de 2003 (SGTES) (BRASIL, 2006). Essa secretaria tem como propósito formular e implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (HADDAD, 2011). Integra essa secretaria, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que propôs a “adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 7).

A partir disso, foi formulada, em 2003, a Resolução Nº 335, a qual aprovou a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e mais tarde foi instituída a Portaria 198 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2003). A política foi criada com o objetivo de propor um processo de educação permanente para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS, com o objetivo de propor mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004a).

Após uma série de avaliações ao longo da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, foi necessária a revisão das portarias e diretrizes. Em agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS número 1996, com novas diretrizes e estratégias para a

implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta nova portaria alinhou-se às diretrizes do Pacto pela Saúde (2006) e reforçou a descentralização e regionalização do SUS. Com isso, ocorreu a descentralização dos recursos financeiros que antes eram repassados pelo Fundo Nacional da Saúde e que, a partir deste momento, passaram a ser realizados pelos Fundos Estaduais e Municipais por meio da pactuação da instância da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão Regional para propor uma maior autonomia das instâncias municipais e estaduais (BRASIL, 2007).

A EPS é considerada uma estratégia político pedagógica reconhecida internacionalmente para fortalecer os sistemas públicos, sendo que o Brasil adotou essa estratégia como política pública do SUS instituindo como desafio a articulação entre formação, trabalho e cidadania (SARRETA, 2009). A EPS foi proposta como estratégia de aprendizagem a partir do trabalho e para o trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano do trabalho em saúde propondo uma nova configuração do trabalho e da educação dos profissionais em saúde (BRASIL, 2007). Tal política objetiva analisar permanentemente o cotidiano do trabalho, destacando situações que mobilizam seus atores, construindo teias de saberes locais, a fim de desenvolver tecnologias e iniciativas que vão ao encontro das necessidades de saúde da população (FERLA, et al, 2015). Do referencial teórico que constitui a EPS, fazem parte os da Reforma Sanitária Brasileira, da Constituição Federativa da Saúde Coletiva, da Educação Popular, do Movimento Institucionalista e das experiências dos profissionais da saúde (CECCIM, 2005a).

A Educação Permanente em Saúde propõe formação e gestão do trabalho que vai “além das questões técnicas que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos e especialmente nas pessoas” (BRASIL, 2004a, p. 11). Além disso, propõe uma nova forma de “produzir conhecimento e de pensar a educação e o trabalho” (LOBATO, 2010, p. 31). Como “processos permanentes, as ações educativas devem ser diferenciadas, iniciadas durante a graduação e perpetuadas na vida profissional” (LOBATO, 2010, p.31), mediante o estabelecimento de relações entre as instituições de educação superior, entre estas o ensino técnico e o profissionalizante, os serviços de saúde, as entidades e outros setores da comunidade (BRASIL, 2007). Ademais, possibilita que a formação e o desenvolvimento de profissionais da saúde ocorram de modo descentralizado, ascendente e interdisciplinar, englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização dos espaços de trabalho (BRASIL, 2004a). Além disso, a EPS permite que as relações entre a organização da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde sejam incorporadas ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para o SUS. A formação não pode ser apenas tomada como referência para a busca

eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve desenvolver “condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado” (CAMPOS, 2003, p. 9).

Como política pública, a EPS baseia-se na “aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços, portanto na problematização da realidade” (BRASIL, 2004a, p. 10). Evidencia que a “possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam” (BRASIL, 2005, p. 12).

A partir desses conceitos em torno da EPS, salientamos que esta política coloca o SUS como interlocutor na formulação dos projetos político pedagógicos de formação dos profissionais, com a finalidade de proporcionar práticas condizentes com os princípios do SUS e que este não seja apenas considerado como um campo de práticas (BRASIL, 2004a). Também, que os projetos das instituições formadoras considerem as diretrizes que orientam a criação do sistema: descentralização, universalidade, integralidade e controle social (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

No campo da saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS (CECCIM; FERLA, 2008). Ressaltam que a presença permanente nos locais de trabalho em saúde, por meio da “produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva, em equipe multiprofissional, podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade” (LOBATO, 2010, p. 33). Nesse sentido, aponta-se para modalidades de formação, tais como, residências multiprofissionais em saúde, as quais potencializariam a formação dos profissionais em saúde em consonância com os princípios da Educação Permanente em Saúde.

1.2 As Residências Multiprofissionais em Saúde e o dispositivo da Educação Permanente

Diante da necessidade de as práticas dos profissionais de saúde responderem às demandas do SUS, foi impulsionada a criação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) (tem ano no Brasil) como dispositivo de transformação das práticas da área da

saúde, as quais, por sua vez, compõem um projeto político maior, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Além disso, ao buscar a história das Residências Multiprofissionais no país, observou-se que “quando instituída a PNEPS, elas tornaram-se aposta estratégica do Governo Federal, com incentivo financeiro, ampliação e qualificação dos Programas no Brasil” (LOBATO, 2010, p. 17).

A RMS tem como objetivo a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO, 2010). Os Programas de RIMS foram construídos para desencadear processos de formação que proporcionassem humanização, acolhimento, responsabilização com o usuário, autonomia, atuação em equipe multiprofissional, integralidade e a resolutividade nos serviços de saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

A RMS, como uma nova modalidade de formação, agrega, na educação de profissionais de saúde, ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, convergindo com os princípios que balizam a PNEPS (LOBATO, 2010). Estudos apontam que esta modalidade de formação converge para que profissionais de saúde possam ter uma atuação profissional orientada pelos princípios da EPS reforçando a premissa de que a RMS é um dispositivo de formação para atores engajados politicamente com a EPS (SILVA et al., 2014).

Uma das dificuldades relacionadas, ainda hoje, acerca da formação em saúde é a compreensão de que essa tem como objetivo central a atualização técnico-científica das práticas em saúde. A formação engloba também outros aspectos, tais como, produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o conhecimento do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A formação para a área da saúde, implicada com os princípios da EPS, tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e do acolhimento e do cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Busca-se, assim, reforçar o que principiei a explorar em minha dissertação de mestrado, na qual propus que as residências multiprofissionais em saúde seriam espaços para o desencadeamento de práticas de Educação Permanente em Saúde. Porém, existe notória dificuldade dos atores em reconhecerem suas práticas de EPS realizadas em virtude da abstração do conceito de EPS. Diante disso, acredito que tenha que ser feito maior esforço para

reconhecer, disseminar e propor práticas de EPS que os profissionais de saúde realizam em espaços de formação para o SUS como as residências multiprofissionais em saúde.

1.3 Trajetória profissional e o entrelaçamento com a Educação Permanente em Saúde

Creio que a escolha de trabalhar com a Educação Permanente em Saúde não ocorreu apenas pela abrangência dessa política, mas também porque há uma relação entre o tema e as minhas experiências e inquietações. O interesse por esta temática iniciou na graduação quando integrei o grupo de pesquisa “Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade”, do qual participam profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde, profissionais do serviço, estudantes de graduação e pós-graduação. Nesse período, participei do Projeto “Ensinar e Aprender a Ser e Fazer Enfermagem como Encontro Vivido nas Relações e Interações Ensino-Serviço na Perspectiva Filosófica” no qual percebia o ensino em serviço como interface entre teoria e prática, através do encontro de múltiplas vozes com diferentes significados que refletiam os diversos interesses das profissões da área da saúde. No decorrer das atividades do grupo, senti necessidade de compreender a percepção dos enfermeiros sobre a Educação Permanente em Saúde. Esse foi meu trabalho de conclusão de curso. Tal produção desencadeou questionamentos que me direcionaram à pós-graduação, pois necessitava avançar na compreensão da Educação Permanente em Saúde no cenário da formação dos profissionais de saúde.

Em 2011, como mestranda, procurei compreender os discursos produzidos na Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria. Desse modo, participei dos Seminários do Núcleo de Enfermagem, atentando para os discursos produzidos pelos residentes. Essa vivência foi importante e culminou na dissertação: A Educação Permanente em Saúde como espaço intercessor da Residência Multiprofissional (2013).

Em março de 2013, após realizar seleção pública, ingressei no curso de Doutorado em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, sendo contemplada com bolsa de apoio financeiro da agência de fomento CAPES. Nesse momento do Doutorado, em decisão conjunta com minha atual orientadora, professora Dr. Maria Henriqueta Luce Kruse, passei a planejar o projeto de Doutorado.

Ao longo do Doutorado, interessei-me pela possibilidade de realizar um doutorado sanduíche, visto que conheci alunos na UFRGS que haviam vivido esta possibilidade. Ainda em 2013, conversei com minha orientadora sobre esta possibilidade e ela me apoiou enfaticamente. A partir daí, entrei em contato com a professora Dra. Denise Gastaldo da

Universidade de Toronto no Canadá, mencionando meu desejo de realizar o estágio sanduíche sob a orientação dela. Em 2014, pude conhecê-la pessoalmente visto que a Prof. Denise Gastaldo ministrou a disciplina “Advanced Qualitative Research: Framing, Writing, and Publishing” na modalidade de professora visitante na UFRGS. No mês de outubro de 2014, qualifiquei o projeto de tese e, em dezembro, fui para a Universidade de Toronto para realizar o doutorando sanduíche, durante sete meses. Lá, fui apresentada a uma nova metodologia, intitulada Pesquisa Apreciativa. Em virtude disso, reformulamos o projeto de tese com o consentimento de minha orientadora. Retornei para o Brasil com as modificações realizadas no projeto de tese e iniciei a coleta de dados na Residência Multiprofissional Integrada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Nesse sentido, a importância da Educação Permanente em Saúde como política que possibilita a qualificação no trabalho e pelo trabalho dos profissionais que atuam no SUS é indiscutível. Aliado ao exposto, esta tese defende que as Residências Multiprofissionais em Saúde são modalidades de formação para os preceptores, tutores e residentes¹, sendo esse espaço, desencadeador de práticas de Educação Permanente em Saúde.

Com base nessas considerações, apresento a seguinte tese: *A Educação Permanente em Saúde se caracteriza como processos instituintes, a partir do protagonismo de sujeitos, como práxis potencialmente coletiva, visando a transformação da realidade problematizada, bem como o fortalecimento das experiências existentes.*

Justifica-se o investimento nessa temática em relação à importância da formação de profissionais de saúde condizentes com os princípios do SUS, atores fundamentais para construção de um sistema humanizado, qualificado e radicalmente comprometido com a defesa da democracia e da qualidade de vida (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013). Diante disso, este trabalho argumenta que, embora haja densas produções acerca da Educação Permanente em Saúde, ainda faltam debates para que se formulem modos de estruturá-la.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem o intuito de articular as necessidades dos serviços de saúde com o processo de formação dos profissionais, a fim de contribuir com a resolutividade dos serviços (PAIVA et al., 2015). Reconhece-se que, diante do atual contexto da saúde pública no Brasil, a estratégia da Residência Multiprofissional, enquanto ferramenta de reflexão das ações, vem se reafirmando como mecanismo de problematização de mudanças no modelo de atenção em saúde que supere o foco das ações na

¹ Reconhecemos a questão de gênero. Porém, como a maioria eram homens, utilizaremos as palavras no masculino.

doença e na execução de procedimentos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SILVA et al., 2014; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013).

Justifica-se a necessidade deste estudo, pois a EPS constitui-se como uma política complexa pelos diversos referenciais que agrega, nova em termos de conhecimento e disseminação e com dificuldades para a sua implementação. Tais dificuldades podem ser atreladas aos profissionais em saúde, atores da sua implementação, que não a conhecem porque não tiveram oportunidade, em sua formação e em sua atuação, de trabalhar sob essa perspectiva; assim como às resistências que são encontradas na concretização do SUS. Ademais, os resultados desta pesquisa podem colaborar para a prática na formação em saúde e para a disseminação da EPS por meio da disponibilização de novos repertórios para as práticas cotidianas na Residência Multiprofissional e em outros espaços formativos.

Nessa direção, apresento os objetivos:

1. Objetivo para a análise da Residência Multiprofissional em Saúde e da Educação Permanente em Saúde

Compreender como práticas pedagógicas orientadas pelos pressupostos da Educação Permanente em Saúde são utilizadas na formação de profissionais em saúde em uma Residência Multiprofissional em Saúde.

2. Objetivo para análise do processo reflexivo-dialógico

Analisar como o processo reflexivo-dialógico desenvolvido no contexto de uma Residência Multiprofissional em Saúde com seus preceptores gera mudanças ao longo das fases de uma Pesquisa Apreciativa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, discorre-se, em um primeiro momento, acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS) e, posteriormente, das Residências Multiprofissionais em Saúde, lócus desta pesquisa.

2.1 A Educação Permanente em Saúde

A EPS é um conceito complexo, que varia de acordo com as diversas correntes teóricas que a constituem, de modo que, conforme prevê Cavalcanti (2015), quanto mais estudamos e escavamos a EPS, mais instáveis sentimo-nos acerca da sua compreensão e suas diretrizes. Apesar disso, alguns conceitos que a compõem nos auxiliam a entendê-la, tais como a aprendizagem significativa, a educação no trabalho e para o trabalho e a problematização das ações nos lócus dos profissionais em saúde.

Ao longo de seu desenvolvimento, muitos autores foram aderindo a esse campo do saber e apresentando diversas conceituações para a EPS. Nesse sentido, quando introduzida no cenário brasileiro, a EPS surgiu como um termo polissêmico e de difícil compreensão para os profissionais em saúde, docentes, discentes e todos os atores envolvidos no tema, distanciando-se da sua proposta inicial advinda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Embora o vocábulo “educação permanente” já existia anteriormente, sendo utilizado na década de 1960, mais precisamente na Inglaterra (CAVALCANTI, 2015), a expressão “Educación Permanente de personal de salud” surgiu na série “Desarrollo de Recursos Humanos”, número 100, da OPAS, em 1994, ao discutir conceitos como aprendizagem significativa, aprendizagem no trabalho e problematização do processo de trabalho. Em 2002, a expressão “Educação Permanente em Saúde” é efetivada como forma linguística da matriz conceitual desenvolvida pela OPAS em 1980 e 1990, figurando como um termo para substituir o “fazer educação na saúde”. Apesar de essa demarcação do termo proveniente da OPAS não ser citada na Política Nacional da Educação Permanente em Saúde (PNEPS), houve uma apropriação desse termo por autores brasileiros (CAVALCANTI, 2015).

A Educação Permanente emerge inspirada nas teorias desenvolvimentistas, disseminada especialmente por organismos internacionais. Porém, foi a partir da década de 1980, quando foi assumida como uma prioridade pela OPAS e pela OMS que a Educação Permanente adquiriu

estatuto de política pública na área da saúde. Esta iniciativa passou a ser difundida como Educação Permanente do Pessoal da Saúde com vistas ao desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa como o meio para se conseguir a adesão dos trabalhadores de saúde (CECCIM, 2005a; CECCIM, 2005b).

Com isso, diversos países latino-americanos, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru desenvolveram programas e algumas políticas na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde de acordo com os pressupostos estabelecidos pela OPAS e pelo OMS, com financiamento de organismos internacionais (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994; LOPES et al, 2007). Alguns movimentos na América Latina e a sistematização da Educação Permanente pela OPAS foram fundamentais para a disseminação desta proposta. A OPAS tem como linha orientadora de trabalho a Educação Permanente em Saúde desde o ano de 1984, desenvolvendo-se através do vínculo entre as dimensões do trabalho e educação, tendo como preocupação “com o trabalhador, seu trabalho e sua contribuição para a saúde da população e a educação permanente de trabalhadores como um instrumento essencial para o desenvolvimento” (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994, p. 34). É nessa série acerca do documento "Educación Permanente de Personal de Salud", da Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100 (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI; 1994) que se passa a discutir a Educação Permanente, assim como suas conceituações, metodologia e propostas de trabalho, referenciais teóricos, divulgação de experiência e onde se dá a mudança da nomenclatura de educação continuada para educação permanente:

Uma alternativa para o desenvolvimento de processos educativos de tipo permanente, usar o centro de aprendizagem no centro do trabalho. Portanto, a seguir, a denominação é utilizada "educação continuada" para referirmos o modelo de trabalho que apresenta esta proposta (OPAS, 1988, p. 6)².

Apesar da Educação permanente em saúde ser uma estratégia disseminada no cenário atual das políticas públicas, é preciso retomar que seu conceito ainda é atrelado ao conceito de educação continuada. Além disso, há divergências entre os autores quanto a definição desses dois conceitos. Para Paschoal (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007) a educação permanente inclui a educação continuada e a educação em serviço e já para Ramos (2006)

² Tradução livre.

educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida³ e a educação de adultos podem ser considerados sinônimos.

No campo da educação, a EPS transita: pelo pensamento de Paulo Freire (1995), quando aponta perspectivas da aprendizagem significativa e considera que o sujeito aprende desde seus conhecimentos prévios e suas motivações; pela Educação Popular, quando enfatiza a educação como uma prática de transformação social; e pela problematização, que prioriza a experiência vivida no processo de aprendizagem. Além disso, resulta do movimento da educação continuada de mudança na formação profissional e faz interface com saberes da análise institucional (LOURAU, 1975) e da socioanálise (FOUCAULT, 1998). A EPS prioriza uma abordagem capaz de ressignificar o trabalho pela sua dimensão micropolítica e subjetiva, rompendo com formas já instituídas no agir dos profissionais de saúde. Ademais, parte da realidade e objetiva ampliar a capacidade de resolver os problemas, buscando soluções adequadas, criativas e apropriadas a cada contexto social (CECCIM, 2004; NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

A EPS também é constituída de ideias que estão em debate no campo da saúde e se nutre da discussão pela produção de novos paradigmas para a gestão, a educação e o cuidado, pautada nos seguintes referenciais: 1) Saúde Coletiva, na realização de uma crítica ao paradigma científico moderno e à produção da fragmentação social do trabalho (CAMPOS, 2003; ALMEIDA FILHO; PAIM, 2000); 2) da Promoção da Saúde, acionando o conceito de “empowerment” (empoderamento) para ressaltar as diretrizes da participação social (BRASIL, 2005b); 3) do movimento em Defesa da Vida, ressaltando que as práticas de saúde precisam estar comprometidas, ética e prioritariamente, com a proteção da saúde e com a defesa da vida (CARVALHO, 2005; CAMPOS, 1997); 4) e da micropolítica do trabalho vivo, evidenciando que as mudanças necessitam ser viabilizadas no cotidiano das práticas de saúde e nas relações entre os sujeitos (MERHY, 2002). A partir desta articulação entre conceitos de diferentes campos, a EPS não institui modelos nem fórmulas. Ao contrário, a EPS possibilita flexibilidade das práticas e a centralidade das pessoas na construção do trabalho que buscam movimentos de inclusão e proteção social. Apresenta-se, de tal modo, como uma abordagem político-pedagógica e um discurso que procura exceder as concepções dicotômicas e constituir relações organizadas em rede em favor da vida (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

³ A ideia de educação ao longo da vida, também presente na Educação Permanente em Saúde, começou a ser discutida nos anos de 1920, e em 1966, na Conferência Geral da UNESCO ela foi definida como objetivo primordial para promover a educação contínua ou por toda a vida (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

No Brasil, a EPS emerge em conformidade com a Constituição Federal, quando é criada a Norma Operacional de Recursos Humanos (NOB/RH) em 1998, reeditada posteriormente em 2000, com o objetivo de subsidiar a gestão do trabalho e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). No intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o artigo 200 da Constituição Federal, cria-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006). Em consequência da criação da SGTES, em 2003, o Ministério da Saúde “assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2004a, p.6). Integra essa secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que foi responsável pela “adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 7), sendo a EPS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003. Diante desse contexto, é gerada a Resolução n.º 335, de 27 de novembro de 2003, pelo Ministro Humberto Costa, que aprova a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e que mais tarde culminaria na Portaria n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004, que institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2004b).

A proposta da EPS, apresentada pelo Ministério da Saúde em 2004, tornou-se estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, bem como das práticas pedagógicas e de saúde. Essa proposta busca articular serviços, gestão setorial, atenção e controle social, tendo em vista a efetiva implementação dos princípios e das diretrizes preconizadas pelo SUS (BRASIL, 2004a), tendo surgido a partir da necessidade de mudanças nas práticas de saúde, pois estas estavam permeadas por atos rotinizados e mecânicos provenientes de uma formação biologicista. Além disso, havia um reduzido impacto dos programas de educação continuada na atuação dos profissionais de saúde e na resolução dos problemas de saúde da população (VICENT, 2007).

A EPS insere-se no cenário da formação em saúde em todos os níveis (técnico e superior). Nesta tese, especificamos a atuação da EPS como fio condutor da formação de residentes, profissionais em serviço, em uma Residência Multiprofissional em Saúde. Nesse sentido, não é nosso objetivo descrever novamente o arcabouço histórico da EPS desde quando essa era um termo relacionado à área da Educação até ser inserida no Brasil como política

pública, assumindo hoje novos rumos no território brasileiro. Já existe um expressivo número de trabalhos com esse objetivo, que citam que a expressão “Educação Permanente” surgiu no campo da Educação, sendo resgatada no campo da saúde e inserida, inicialmente, no cenário internacional pela OPAS e, posteriormente, no Brasil como uma política pública, diferentemente do que ocorre nos demais países (CAVALCANTI, 2015; LEMOS, 2010; SANTIN; HILLESHEIM, 2013).

No Brasil, a trajetória da Educação Permanente em Saúde se apresenta em conformidade com a Constituição Federal, quando é criada a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos de 1998, reeditada em 2000, com o objetivo de subsidiar a gestão do trabalho e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Assim, no intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o artigo 200 da Constituição Federal, cria-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2004a).

A partir dessa Secretaria, em 2003, o Ministério da Saúde “assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a responsabilidade de formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde ” (BRASIL, 2004a, p. 6). Integrou essa secretaria, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que foi responsável pela “adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 7), sendo essa medida aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003.

Nesse cenário, foi aprovada a Resolução Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que dispõe sobre a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, a qual culminou posteriormente na Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diante disso, destaca-se

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, [...] com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004b, s.p.).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi alicerçada na responsabilização dos serviços de saúde, com vistas à transformação das práticas profissionais, configurando-se por meio de espaços de construção de conhecimento comprometido com a realidade social da população (BRASIL, 2004a). Esses espaços foram criados a fim de desenvolver novos processos de produção de saúde através de novas relações e conceitos (ANDRADE et al, 2011).

Dessa forma, a EPS está baseada na aprendizagem significativa, propondo que a capacitação dos profissionais seja pautada na metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho ofertado em cada serviço de saúde. Essa proposta se define com o intuito de preencher as lacunas existentes na área de formação em saúde, transformando, assim, as práticas profissionais e a organização do trabalho (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Com isso, tal política se propõe a transformar a prática dos profissionais de saúde e a da organização do trabalho, tendo como metas a descentralização, implantação ascendente multiprofissional, provocando universidades e gestores a avaliarem sua capacidade de articulação através da democratização de suas instituições (BRASIL, 2004a). Estudos apontam a multiprofissionalidade como aspecto recorrente na política articulando os processos de trabalho para corresponder às necessidades de saúde da população (FORTUNA et al., 2011; MATOS; PIRES, 2009; MATUMOTO et al., 2011; MONTANHA; PEDUZZI, 2010; NICOLETTO et al., 2009; SILVA et al., 2014).

Além disso, a Educação Permanente em Saúde é tratada como um conceito pedagógico empregado para expressar as relações entre ensino, ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde com o uso de novas metodologias de ensino e aprendizagem, sobretudo para a problematização a qual é compreendida como a aprendizagem que se realiza na ação-reflexão-ação (CECCIM, 2005a; CECCIM, 2005b; PEDUZZI et al., 2009). A proposta da aprendizagem significativa está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, constituindo-se por meio de processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde (CECCIM, 2005a). Esta aprendizagem tem como objetivo promover e produzir sentidos para as pessoas, ou seja, quando um conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já é conhecido através do acúmulo e da renovação de experiência (BRASIL, 2004a).

O conceito de aprendizagem significativa emergiu a partir de uma Teoria desenvolvida por David Ausubel onde há uma interação com o novo conhecimento e o já existente aonde os dois vem se modificando e se construindo de maneira não estática a fim de atribuir um novo significado com componentes pessoais. Além de a aprendizagem significativa ter sido

promovida a partir desta Teoria, há também a influência da problematização e da relação dialógica, típicas do pensamento de Paulo Freire e de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge de uma situação vivida (RAMOS, 2009). Na visão deweyana "compreender significa aprender um significado, o que implica contemplar um objeto em suas relações com outras coisas, observar como opera ou funciona, que consequências se seguem dele, o que pode produzir e que utilidade pode ter" (RAMOS, 2009, p. 179).

Convém considerar que a aprendizagem significativa foi idealizada por Paulo Freire a fim de promover a educação, no caso a popular e a de jovens e adultos. Todavia, não é apenas na aprendizagem significativa que a EPS se teoriza, mas também no movimento institucionalista da educação, desenvolvido pela produção de René Lourau e George Lapassade. Esse movimento trabalha com a educação que se efetiva através da reformulação da estrutura e do processo produtivo em si, nas formas singulares de cada tempo e lugar. Ainda, dos institucionalistas deriva a noção de autoanálise e autogestão. E, a última vertente, provém de vários movimentos de mudança na formação de profissionais resultantes da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, da educação continuada para o campo da saúde e da educação formal de profissionais (CECCIM, 2005b).

Todas essas vertentes teóricas vieram a constituir o conceito de Educação Permanente em Saúde adotado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004. Ela é conceituada como uma "ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais" (BRASIL, 2004, p. 10). Assim, a concepção da EPS foi compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos pré-estabelecidos, mas também como espaços de problematizações, reflexões, e diálogos entre os profissionais de saúde para, desse modo, oportunizarem estratégias para promover mudanças nos serviços de saúde.

A política aponta que a formação vigente até então é considerada insuficiente ou insatisfatória para promover a atenção à saúde integral. Em decorrência disso, sugere a reflexão crítica a ser trabalhada com os trabalhadores. Ainda, estudos apontam que as ofertas de cursos tradicionais que não consideram a aprendizagem-trabalho, nem o contexto do local, não surtem efeito no cotidiano dos serviços (CECCIM, 2005a; NICOLETTO et al., 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; SILVA, et al., 2014). Este vai ser um ponto central que a Educação Permanente irá defender: a reflexão crítica dos trabalhadores, a qual objetivará transformar as relações no processo de trabalho que visam a qualificação dos serviços de saúde com perspectivas de atualização dos conhecimentos, a partir de uma proposta de ação estratégica.

Essa ação, por sua vez, emerge, segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ao considerar como referência as necessidades de saúde das pessoas e ao traçar metas a partir das transformações das práticas profissionais e da organização do trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 2005). Saliento que esta política é inédita no sentido de considerar os problemas identificados na vida cotidiana dos serviços como problemas educacionais que visam a disponibilidade de um atendimento integral e qualificado para a população (BRASIL, 2004a). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ressalta ainda que, a aprendizagem através de capacitações, somente será efetiva quando os profissionais de saúde adquirirem consciência do problema e nele se reconhecerem como parte, tornando possíveis as mudanças necessárias (RIBEIRO; MOTTA, 2005).

Nesse sentido, a partir da avaliação e acompanhamento da PNEPS, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (USP) e mediante o Pacto da Saúde, novas portarias são formuladas: Portaria GM/MS nº 339 de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, a PNEPS referente a Portaria Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 foi substituída pela Portaria GM/MS Nº. 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõem novas diretrizes e estratégias para implementação desta e revoga a anterior (BRASIL, 2007).

A mudança em torno destas portarias foi em decorrência da desativação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, os quais foram instituídos juntamente com a portaria de 13 de fevereiro de 2004 com o objetivo de constituírem em espaços de diálogo e de negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e instituições formadoras (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR; 2009; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Conforme as diretrizes e estratégias que constam na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, destaca-se que a reapresentação das demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não sejam decididas “somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino”, mas que atendam aos problemas de atenção a saúde e organização do trabalho (BRASIL, 2004a, p.10). Mais uma vez, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde evidencia que o objetivo maior desta é resolução dos problemas que afligem a população.

Assim, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, lembrando que ela é definida como proposta de ação estratégica, visa contribuir com a transformação e qualificação das práticas de saúde, com a organização das ações e dos serviços, com os processos formativos e ainda com as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos

trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007). Como estratégia para viabilizar esses novos processos de trabalho, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde introduz a criação de dispositivos inovadores de gestão, destacando-se entre eles, o Colegiado de Gestão Regional (CGR) e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), em que ambos os órgãos são responsáveis pela condução da PNEPS, e que substituíram os Polos de Educação Permanente em Saúde. O CGR como as CIES devem ser instituídas em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde dos respectivos Estados do país (BRASIL, 2007).

A postura da proposta inicial da Educação Permanente passou a convergir com a educação em serviço proposta pelas Residências Multiprofissionais que foram criadas em 1976, porém apenas com a institucionalização da PNEPS elas entraram em destaque nas políticas públicas (BRASIL, 2009). A institucionalização da Residência Multiprofissional em Saúde data de 1978, quando foi criado o primeiro programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no Centro de Saúde Escola Murialdo. Nesse momento, o país vivenciava uma época de mobilizações contrárias à ditadura militar e favoráveis à Reforma Sanitária no Brasil (BRASIL, 2009; CAMPOS, 2006). Apesar de as Residências serem criadas em 1978, foi somente, mais de vinte anos depois, em 2002 que o Ministério da Saúde começou a financiar 19 programas de RIMS (LOBATO, 2010).

2.1.1 A Educação Permanente em Saúde: similaridades conceituais na literatura nacional e internacional

Nesta revisão de literatura, objetivo apresentar como a EPS é tratada internacionalmente e discutir seu entrelaçamento com a educação de profissionais em saúde, para posteriormente aprofundar a discussão em uma modalidade de formação que são as Residências Multiprofissionais em Saúde. Para isso, parto das seguintes questões orientadoras: como o tema da EPS é tratado na literatura nacional e internacional? Como os conceitos que fazem parte da EPS são trabalhados nacional e internacionalmente?

Ressalto que essa revisão foi realizada no período de doutorado sanduíche entre os meses de janeiro a julho de 2015, abordando textos escritos em português e inglês. Como critérios de inclusão, considero: 1) documentos sobre a educação dos profissionais em saúde com similaridades conceituais com a EPS; e 2) documentos publicados entre 2000 e 2015. Como critérios de exclusão, considero: 1) documentos que discutem a educação continuada, tais como textos oriundos de cursos, workshops e qualificações profissionais e artigos redigidos na modalidade de nota prévia.

As palavras utilizadas na busca foram diferentes na língua portuguesa e na língua inglesa, pois o termo “educação permanente em saúde”, se traduzido de forma literal para o inglês, é compreendido como uma “educação que não muda”, “que é tida como algo imutável”. Dessa maneira, se realizásse a busca com a tradução do termo “educação permanente em saúde”, utilizando “permanent education”, não conseguiríamos alcançar nosso objetivo. Assim, antes de iniciar as buscas, procurei outras expressões que poderiam estar atreladas à proposta da EPS. São elas: “transformative learning”, “transformative education”, “continuing education”, “lifelong learning”, “meaningful learning”, “health system”, “health personnel” e “health manpower”. Essas palavras foram selecionadas a partir de uma busca e leitura refinada dos documentos que se referiam à formação dos profissionais de saúde da OPAS e da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir dessa busca por palavras-chaves que pudessem se relacionar com a EPS, encontrei o documento *Transforming and scaling up health professionals’ education and training* (WHO, 2013), que foi primordial para selecionar as palavras-chaves de fato utilizadas para a busca dos textos que constituiriam a revisão de literatura em questão.

Esse documento foi publicado em 2013 pela OMS, com o intuito de lançar diretrizes para os profissionais da saúde, objetivando realizar uma reforma da educação dos profissionais de saúde em busca de maior qualidade, eficiência e relevância, com vistas a melhorar a saúde da população. Esse guia com boas práticas para a educação dos profissionais da saúde foi desenvolvido em virtude do Relatório Mundial da Saúde de 2006, intitulado “Trabalhando Juntos pela Saúde”. Tal documento aponta que treinamentos e mais formações de profissionais de saúde não são a resposta às demandas da área da saúde; é preciso, na verdade, realizar esforços imediatos para transformar e ampliar a educação dos profissionais de saúde, a fim de atingir a combinação de habilidades e competências desses profissionais que possam responder às necessidades em constante mudança das populações em todo o mundo. Assim, com base em uma abordagem de liderança colaborativa global, tais esforços, que são adaptáveis e flexíveis em vários contextos culturais e socioeconômicos, são fundamentais para a implementação bem-sucedida dessas recomendações orientadas por evidências. Essas diretrizes exigem novas abordagens na educação dos profissionais de saúde, visando transformar os sistemas e incentivar o afastamento do foco tradicional nos hospitais para iniciativas que promovam o engajamento da comunidade.

Algumas recomendações das diretrizes são que as instituições de educação e treinamento de profissionais de saúde considerem a implementação de educação interprofissional (IPE) em programas tanto de graduação quanto de pós-graduação; bem como

implementem o desenvolvimento profissional contínuo e a formação em serviço de profissionais de saúde, relevantes para a evolução das necessidades de cuidados de saúde das comunidades e considerem a expansão inovadora do corpo docente, por meio do recrutamento de profissionais clínicos e comunitários como educadores da saúde.

Nesse contexto, os autores utilizam o conceito de EPS no sentido de “transformative education”, como um dispositivo para as mudanças na formação em saúde. Tal noção ancorada no conceito utilizado na área da Educação, chamado de “Transformative Learning” (em português, Educação Transformativa), emergindo do campo da Educação dos Adultos (DRIRKX, 1998). A Teoria da Aprendizagem Transformativa definida pelo pioneiro da pesquisa sobre este tema, Jack Mezirow é uma teoria cognitiva de aprendizagem de adultos que resulta em mudanças nas perspectivas de significado que se desenvolveram ao longo da vida de um indivíduo com base em suas experiências de vida (MEZIROW, 1997; 2000). O envolvimento no aprendizado transformador requer características adultas que incluam maturidade emocional, consciência, empatia e controle (MEZIROW, 1997; 2000).

Conforme explicita Jonh Drirkx, o conceito de “Transformative Learning” foi inspirado principalmente em autores como Paulo Freire e Jack Mezirow. Drirkx expõe, ainda, que Paulo Freire articulou a teoria da aprendizagem transformativa quando se referiu à conscientização ou à elevação da consciência, que é a atividade que busca conscientizar as pessoas acerca de questões pessoais, sociais e políticas. Essas ideias foram originadas do trabalho de Freire no Brasil, na América Latina e na África, tornando-se populares ao serem disseminadas em todo o mundo (DRIRKX, 1998).

A partir desse olhar para as repercussões da EPS internacionalmente, podemos perceber que a aprendizagem transformativa, utilizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como educação transformativa, que procura fazer com que as práticas dos profissionais em saúde sejam cada vez mais pautadas nas necessidades e singularidades da população local, indiretamente guarda similaridades com a EPS. Do mesmo modo que a aprendizagem transformativa apresenta relações com Freire, a EPS também se ancora em alguns conceitos trabalhados por esse autor, tais como a Educação Popular, a Educação para Adultos, a aprendizagem significativa e a problematização.

Assim, constato que há iniciativas mundiais, de organizações importantes como a ONU, para a reformulação da proposta de formação dos profissionais em saúde, as quais convergem para um propósito comum: gerar mudanças nas práticas de saúde em busca de uma melhoria na disponibilidade dos cuidados em saúde à população. Desse modo, a partir da revisão realizada,

encontrei estudos na língua inglesa que se relacionam com a aprendizagem transformativa, a aprendizagem significativa, a aprendizagem ao longo da vida.

A aprendizagem transformativa é apresentada nos artigos (COADY, 2013; PARKER, MYRICK, 2010; KEAR, 2013; MORRIS, FAULK, 2007) como uma possibilidade de aprendizado que visa a mudança principalmente no contexto das graduações. Dentre os autores, Parker e Myrick (2010) destacam a proposta de simulação por meio da aprendizagem transformativa na graduação em enfermagem. Esses autores expõem que a simulação de pacientes humanos é uma significativa ferramenta educacional para a aplicação de pedagogias emancipadoras que auxiliam no aprendizado dos alunos.

Na aprendizagem significativa, em inglês “meaningful learning”, Bagnasco et al. (2015) buscam por meio de uma revisão sistemática estabelecer instrumentos que possam medir a aprendizagem significativa dos estudantes de graduação em saúde. Para os autores a aprendizagem significativa é um processo ativo que promove uma compreensão mais ampla e profunda dos conceitos. É o resultado de uma interação entre conhecimento novo e prévio. A aprendizagem significativa produz uma mudança de longo prazo no conhecimento e nas habilidades, que é sustentada pela vontade de aprender e experimentar e é construída exclusivamente pelo aluno.

A revisão sistemática produziu uma síntese dos dados relacionados aos instrumentos que medem os resultados da aprendizagem. Esses dados ajudarão na decisão de quais ferramentas usar e identificar o estado do conhecimento neste campo. No Brasil, a teoria da aprendizagem significativa é ainda pouco explorada no âmbito da Enfermagem. Apesar de o termo “aprendizagem significativa” ser encontrado em artigos que exploram o tema educação em Enfermagem, é difícil encontrar artigos que trabalhem diretamente com a teoria no âmbito da Enfermagem e identificar aspectos que subsidiam a sua aplicação (SOUZA et al., 2015).

Ainda destaco a aprendizagem ao longo da vida, em inglês lifelong learning (NOVAK et al, 2014; McKAUGE et al, 2011). Autores como McKaige et al (2011) incentivam que cada uma das profissões de saúde tenha uma ênfase na prática reflexiva e na aprendizagem ao longo da vida, para manter a sua competência prática. Já a aprendizagem no local de trabalho, em inglês work-based learning (SPOUSE, 2001) destaca a importância da aprendizagem no local de trabalho e o papel essencial que os profissionais têm em apoiar o desenvolvimento profissional de cada um.

Percebo, a partir desta revisão, que conceitos como aprendizagem significativa, aprendizagem no trabalho, aprendizagem ao longo da vida e a aprendizagem transformativa permeiam as propostas contemporânea de educação para a transformação das práticas em saúde. Nesse sentido, assemelham-se as práticas da EPS. Destaca-se que nos trabalhos encontrados na

língua inglesa, estes conceitos atrelam-se à graduação, enquanto que a EPS no Brasil, destina-se em sua maior parte a profissionais em saúde. Em relação à EPS, existe uma lacuna de estudos que articulem a EPS e o ensino de graduação (LIMA; RIBEIRO, 2016).

Nos estudos encontrados na língua portuguesa, no contexto da atenção primária, destaca-se a Educação Permanente (BRANQUINHO et al., 2012; PEDUZZI et al., 2009; MUROFUSE et al., 2009; PAGANI; ANDRADE, 2012; DIEHL; PELLEGRINI, 2014; FORTUNA et al., 2013). Pagani e Andrade (2012) destacam-se, pois, analisam a implantação e a atuação da preceptoria de território, descrevendo o processo de trabalho dos preceptores e identificando suas competências na Estratégia Saúde da Família em Sobral. Este trabalho sinaliza o preceptor como um profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes da Estratégia Saúde da Família, destacando suas competências tais como: conhecimentos conceituais nos campos da saúde coletiva e das relações humanas; conhecimento e desenvoltura na utilização de métodos de ensino (problematização, educação permanente em saúde e educação popular); desenvolvimento de relações harmônicas e de participação. Os dados auxiliam na discussão do papel do preceptor de território de Sobral e na consolidação da sua função de educador na construção do SUS (PAGANI; ANDRADE, 2012)

Ainda, encontramos estudos acerca da formação de facilitadores de EPS (NESPOLI; RIBEIRO, 2011; MENDONÇA et al., 2010). Nespoli e Ribeiro fazem uma análise das concepções teóricas e metodológicas de um material educativo do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Ressaltam que o material educativo foi entendido como uma importante ferramenta pedagógica para articular temas fundamentais para a construção do Sistema Único de Saúde. Além disto, ressaltam que a Educação Permanente em Saúde concebida como uma estratégia de cogestão tem o trabalho como espaço de práticas educativas e de produção de subjetividades. Medonça et al. (2010) ainda relatam que a formação de tutores e facilitadores iniciou como estratégia de fortalecimento da política de EPS.

Sobre as práticas de gestão e a EPS, Andrade et al. (2011) analisaram comparativamente os gestores de saúde, a estruturação estabelecida no âmbito da Educação em Saúde e a evolução da organização, articulação e pactuação das diretrizes da Política de EPS, a partir das deliberações dos órgãos colegiados. Evidenciou-se a consolidação crescente dos espaços de formulação e execução de ações de EPS, ainda que incompleta no funcionamento, considerando a diversidade regional e os momentos distintos de gestão do SUS nos municípios (ANDRADE et al., 2011). Ainda, Ferraz et al. (2013) buscaram analisar a gestão dos recursos financeiros da Política Nacional de Educação Permanente em duas Comissões Permanentes de Integração Ensino

Serviço (CIES), em Santa Catarina. Os resultados indicaram possibilidades de mudança na elaboração de ações de EPS sobre a gestão de recursos financeiros em nível estadual. Oliveira (2007) realizou estudo descritivo na área de Educação Permanente em Saúde e na área de EAD apontando a EPS como estratégia para a formação do profissional por meio de trabalhos coletivos entre os docentes salientando a proposta EAD como um novo estilo para a formação. Silva et al. (2010) realizam reflexão teórica com objetivo de repensar o papel da EPS dos trabalhadores na perspectiva do desenvolvimento individual e coletivo por meio da práxis transformadora. Miccas e Batista (2014) realizaram metassíntese apresentando três concepções principais de educação permanente em saúde: problematizadora e focada no trabalho em equipe, diretamente relacionada à educação continuada e educação que se dá ao longo da vida. Como estratégias para efetivação da educação permanente trazem a problematização, a manutenção de espaços para a educação permanente e polos de educação permanente. Ainda, sinalizam que as instituições formadoras teriam necessidade de articular ensino e serviço para a formação de egressos críticos-reflexivos. Por fim, Silva et al. (2014), por meio de pesquisa realizada em uma Residência Multiprofissional em Saúde, ressaltam que esta modalidade de formação é um espaço para o desenvolvimento da EPS.

Tendo em vista tais questões, apresento, a seguir, os principais resultados da revisão de literatura. Nos apêndices, exponho um quadro que sintetiza as buscas e uma tabela que contém os resultados finais sobre os artigos encontrados (Apêndice A e Apêndice B). Dentre os principais resultados, evidencio que o termo específico “Educação Permanente em Saúde” não existe fora do Brasil com o mesmo sentido brasileiro. Porém, muitos dos conceitos da EPS existem e podem ser capturados como um acréscimo ou mesmo como uma forma de enriquecer ou provocar outros olhares em relação a esse termo. No Brasil, por exemplo, a EPS foi introduzida como uma política pública que permitiu e permite diversas conceituações. Contudo, algumas de suas perspectivas teóricas foram se perdendo de forma que outros autores a reconfigurassem e introduzissem novas abordagens. Hoje, na maior parte da produção em relação à EPS, percebo a introdução de outros conceitos provenientes do movimento institucionalista, tais como a autoanálise e autogestão. Além destes, notamos a presença da perspectiva da Educação Permanente em Movimento, que aborda outros referenciais teóricos orientados pelos autores como Jacques Derrida, Félix Guattari, Emerson Merhy e Ricardo Ceccim, que tratam da micropolítica do trabalho e das subjetividades em torno dos trabalhadores em saúde (MERHY, 2015).

Além disso, como resultados da revisão, reafirmo que a maioria dos estudos sobre EPS ainda tem a atenção básica como principal área pesquisada e a Estratégia Saúde da Família como o principal cenário de pesquisa. Outrossim, apesar da expressividade do número de

trabalhos acerca da EPS no Brasil, percebo a ausência de inúmeros estudos que não foram captados na busca. Tal limitação se deve ao uso de diferentes palavras-chaves nos resumos dos trabalhos para descrever a EPS, implicando uma não uniformidade que gera dificuldades para que possamos encontrar as produções referentes à temática. Ademais, o termo “Educação Permanente em Saúde” não é reconhecido como descritor pelo sistema de indexação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Essa revisão evidenciou, também, que os termos utilizados na língua inglesa, tais como aprendizagem transformativa, aprendizagem ao longo da vida e aprendizagem significativa, relacionam-se com a educação dos adultos e com os pressupostos cunhados por Paulo Freire. Assim, podemos observar que alguns princípios semelhantes à proposta da EPS podem estar incorporados na educação dos profissionais em saúde internacionalmente, principalmente articulados à academia.

Ainda, observo que a proposta da EPS está distante de ser incorporada no cenário acadêmico no que concerne à aproximação com a formação do serviço. Nesse sentido, a ideia é apostar na inserção da EPS nas práticas acadêmicas da graduação e pós-graduação como possibilidade de gerar mudanças no contexto da formação em saúde. Nesse caso, atento às Residências Multiprofissionais como possibilidade dessa interface.

Ressalto, ainda, a produção de teses e dissertações no Brasil sobre EPS. Como já mencionado, o termo “Educação Permanente em Saúde” não é reconhecido como descritor, motivo pelo qual temos dificuldade em encontrar os trabalhos que se ancoram na perspectiva da EPS. Figueiredo et al. (2016) averiguaram, assim, que os autores que abordam o tema EPS mais citados nas dissertações e teses pesquisadas são: Ricardo Burg Ceccim, Maria Cristina Davini, Maria Alice Roschke, José Haddad e Emerson Elias Merhy. A investigação acerca da produção de conhecimentos sobre o tema EPS na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e das universidades públicas brasileiras possibilitou observar que a produção científica de dissertações iniciou em 2005, logo após a publicação da PNEPS pela Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004, do Ministério da Saúde. Entretanto, observou-se que, após 2007, a publicação sobre o tema, tanto de dissertações quanto de teses, teve um acréscimo, coincidindo com o ano da publicação da nova PNEPS, instituída pela portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispôs sobre novas diretrizes para a implementação da EPS no território brasileiro, visando alinhá-las às diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2004a; 2007). Quanto às temáticas, os autores notaram, ainda, significativa produção científica ligada aos temas “políticas públicas de saúde” e “atenção básica”. Dessa forma, considerando que no Brasil a EPS se constituiu em política de saúde inscrita no campo

da educação e formação de trabalhadores em saúde, é compreensível que essas temáticas tenham sido recorrentes nos trabalhos pesquisados (FIGUEIREDO et al., 2016). A EPS implica em trabalhadores da saúde, o que se refere à todos os níveis de atenção. É um dado relevante que haja menos produção relativa à outras temáticas. Pode indicar que ou esses serviços não se reconhecem SUS ou ainda estão muito arraigados à educação continuada.

Quanto à área do conhecimento, os trabalhos relacionados à EPS ainda estão centrados em sua maioria na Enfermagem, ainda que a proposta da PNEPS seja uma representação multiprofissional da equipe em saúde (FIGUEIREDO et al., 2016). Além disso, a maior produção ainda está atrelada à região Sul e Sudeste.

Na análise das referências bibliográficas, observo publicações do Ministério da Saúde, referências a autores diversos e referências relacionadas ao método. Ainda, as pesquisas reforçam a necessidade de inclusão da “educação permanente” como descritor e revelam concentração de estudos no campo das políticas de saúde, da atenção básica e do ensino.

No que concerne ao material encontrado, constato que as produções abordam a EPS, na sua maioria, como estratégia para a transformação das práticas dos profissionais de saúde em prol de um cuidado integral e humanizado e da consolidação do SUS. Além disso, alguns estudos apresentam a EPS como um dispositivo para a gestão do trabalho e para a nova forma de educar os profissionais em saúde, enquanto outros abordam as concepções e práticas de Educação Permanente, os avanços e as dificuldades para sua operacionalização e a EPS como uma estratégia para a organização dos serviços em saúde.

A literatura sobre o tema (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002; PEDUZZI et al., 2009; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; MERHY, 2005; RIBEIRO; MOTTA, 2005; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007) ajuda a identificar características que constituem a noção de EPS, tais como: o trabalho reconhecido como fonte de conhecimento; a integração entre processos educativos com processos de trabalho, bem como a busca da integração entre atenção à saúde, gestão e controle social; a importância do reconhecimento que as práticas de saúde são definidas por múltiplos fatores; a orientação das ações educativas de profissionais que visem a articulação do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; o emprego de estratégias de ensino participativas e contextualizadas e; e a busca pelas mudanças das práticas de saúde e de enfermagem que visem a integralidade da atenção à saúde das pessoas (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Nesse sentido, o levantamento da produção acadêmica sobre a EPS indica um número significativo de publicações. Entretanto, tais produções apresentam carências em metodologias que proponham compreender a implementação da EPS em um espaço de formação como as

Residências Multiprofissionais, pois existem dificuldades para a sua implementação e operacionalização no cenário do SUS. Assim, é necessário ampliar as discussões sobre a temática da Educação Permanente em Saúde e das Residências Multiprofissionais em Saúde, tendo em vista a importância da consolidação das mudanças dos modelos de gestão, atenção e formação em saúde. Aliado a esse esforço, é preciso destacar que a área da Educação dos Profissionais em Saúde no mundo inteiro ainda apresenta escassez de informações e pesquisas (FRENK et al., 2010). Mesmo que alguns países já apresentem iniciativas de inovações, como é o caso do Brasil, estas precisam ter maior destaque no cenário mundial com vistas à disseminação de propostas que convirjam com o objetivo proposto pela ONU e apresentem melhorias para a equidade em saúde.

2.2 As Residências Multiprofissionais em Saúde ⁴

No Brasil, as produções em torno da mudança na formação dos profissionais de saúde foram crescentes após o impulso de políticas e programas de parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o MEC. Diversas experiências, financiadas ou não, têm gerado novas formas de pensar e de organizar o processo formativo (TEÓFILO; SANTOS; BADUY, 2016). Vale retomar que as reformas no âmbito da educação (em nível mundial) seguiram, sucessivamente, três reformas: currículo com base científica, com o ensino baseado em universidades, seguido de um currículo organizado por aprendizado em problemas, com o ensino baseado de forma predominante nos hospitais e uma terceira reforma curricular, baseada no sistema de saúde, organizando-se o processo ensino-aprendizagem por meio das competências (FRENK et al., 2010).

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) se referem a uma formação em saúde ainda pautada em um modelo hegemônico que compromete a abordagem biopsicossocial em sua complexidade. Assim, permanece o desafio da formação dos profissionais com dificuldade em aprofundar as interfaces da clínica, da saúde coletiva e da gestão. Consideram a promoção de espaços de formação que operem tanto na dimensão técnica como na dimensão da experiência relacional “para estar com o outro e seu sofrimento, assim como para trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nesta relação” (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p. 125). Nessa perspectiva, o ensino superior no Brasil tem, entre seus principais desafios, buscado

⁴ O foco desta tese são as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). Assim, RMS refere-se a sigla quando o tema é tratado de forma geral e RIMS quando os preceptores se referem ao Programa do HCPA.

superar conceitos vinculados apenas ao conhecimento técnico e biológico, o quem favorece a evolução para uma prática interdisciplinar e integral dos cuidados (FEUERWERKER, 2010; FURTADO, 2009).

Contudo, na Reforma Sanitária Brasileira legitimada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Assembleia Nacional Constituinte (1988), as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, NOB/RH-SUS já se notava a necessidade pela busca por mudanças nos modelos de atenção a saúde e a transformação nos processos formativos de profissionais desta área (BRASIL, 2006).

Diante deste contexto, “novos perfis profissionais foram solicitados, colocando em pauta as tensões entre SUS e a formação dos trabalhadores” (LOBATO, 2010, p. 33). Porém, para que os profissionais da saúde “sejam, na assistência, no ensino ou na gestão, agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho e se constituam em um contra poder ao instituído, outras estratégias e referenciais devem ser consideradas” (LOBATO, 2010, p. 33) como a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, que sinaliza como ênfase a educação no mundo do trabalho e para o trabalho.

As Residências Multiprofissionais foram criadas a partir de 1978. Porém, foi somente em 2002 que o Ministério da Saúde começou a financiar 19 programas de RIMS (LOBATO, 2010). Quanto a sua multiprofissionalidade, esta surgiu a partir do Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR), o qual foi criado em 1979, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A partir daí vários programas apoiados pelo PAR iniciaram experiências de Residência Multiprofissional em Saúde (LOBATO, 2010). Mais tarde, no desejo de criar uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2009). Assim, o Departamento de Gestão da Educação, em 2003, começa a desenvolver suas ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo CNS, em 2003 (BRASIL, 2009).

Este contexto possibilita a viabilização da Comissão de Residências em Saúde, a qual propiciou a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRM). Diante disso, é instituída a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que estabelece à criação da Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica. Porém, é a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 de 2006 que institui a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006) estimulando vários grupos a se articularem, em diversas regiões do

país, para construir novos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, nasce a Residência Multiprofissional em Saúde como uma possibilidade de “espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino serviço) articulado como dispositivo da educação permanente” (RAMOS et al., 2006, p.378). Em seus princípios norteadores, a RMS aborda a Educação Permanente em Saúde como eixo pedagógico estruturante dos programas e considera esta um espaço para o desenvolvimento de processo de educação permanente em saúde, dispositivo potencial para promover mudança dos modelos de gestão e atenção do sistema (BRASIL, 2006).

Este espaço no qual a RMS se constitui para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde, pode se comportar como um espaço intercessor, ou seja, aquele

onde ocorre a relação entre os sujeitos que “sujeitam” em certas situações e que “se sujeitam” em outras. Isto é, ora assumimos posturas instituídas e ora posturas instituintes. Esta identidade está em constante movimento, provocando um jogo de forças que pode desencadear novas possibilidades do sentir e do agir em saúde (MERHY, 2002, p. 14).

A RMS em si se apropria deste espaço intercessor porque designa a formação de profissionais, “atores de produção de saúde, onde estes não se preocupam com o apenas somatório das ações, mas com o que existe entre elas, como o resultado de um processo singular, que proporciona a busca de novos processos de mudança” (MERHY, 2002, p 50). O espaço, designado por Merhy é compreendido “a partir das relações entre os sujeitos, que se colocam como agentes instituintes na busca por novos processos. Estas relações acontecem no espaço das suas interseções, onde o produto que existe para os “dois” em ato não existe sem esta relação” (MERHY, 2002, p. 51).

A RMS constitui-se como uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pela prática profissional responsável por propor processos formativos enraizados na humanização, no acolhimento, na responsabilização com o usuário, na ação multiprofissional, integral e na resolutividade nos serviços de saúde, consolidando assim os princípios que norteiam o SUS (LOBATO, 2010). As RMS encontram-se atreladas a um contexto de grandes disputas, lutas políticas e sociais, que exigem que os sujeitos envolvidos assumam posição de protagonistas deste processo (LOBATO, 2010). Além disso, que contribuam para a formação de sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população, com habilidades, conhecimentos e atitudes para a elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia apropriados de uma pedagogia que os

permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente (RAMOS et al., 2006, p.379).

Assim como a modalidade de ensino em serviço, RMS, constitui-se como uma das estratégias potenciais para esse repensar do processo de formação em saúde (BRASIL, 2006). A RMS busca proporcionar uma nova perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo além do contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, o deslançar de mudanças de modelo tecnoassistencial em vista às necessidades locais. Estas constituem o processo de Educação Permanente em Saúde, com atuação multiprofissional, possibilitando a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive (BRASIL, 2006). A proposta das Residências em Saúde como multiprofissionais e integradas apresenta-se no cenário brasileiro como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, da equidade no acesso e no direito à saúde. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação multiprofissional e integrada, adequada às necessidades locais, constituinte de um processo de Educação Permanente em Saúde que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive (CECCIM, 2010).

A fim de identificar as tendências na produção do conhecimento sobre o assunto, em dezembro de 2016, consultei o Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Sinalizo que refinei por áreas, programas de pós-graduações e por último, destaquei os últimos cinco anos de produções. Mesmo diante deste refinamento, encontrei um total de 5.941 teses e dissertações que referiam a Educação Permanente em Saúde e a Residências Multiprofissionais em Saúde. Destas 5.941, a partir da leitura de títulos foram selecionadas apenas 50 produções (deixar mais claro quais foram os achados) (Apêndice C). Em relação à temática há um número relevante de produção acerca das Residências Multiprofissionais em Saúde, porém é preciso destacar que a maioria das produções está direcionada à saúde coletiva enfatizando as produções realizadas nesta área. Em relação à interface da temática Residências Multiprofissionais em Saúde e Educação Permanente em Saúde, a maioria dos estudos destacam essa relação apenas na contextualização do tema.

Na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) quando utilizado a palavra chave Residência Multiprofissional em Saúde encontramos um total de doze produções, sendo que excluindo as repetidas e as que foram realizadas em Residências no cenário da Saúde da Família de atenção básica, ficamos com apenas quatro artigos (ARAÚJO et al., 2016;

SANCHES et al., 2016; ALVES et al., 2016; NETO et al., 2015). Além disso, destaco que por essa temática ser brasileira, temos poucos estudos publicados internacionalmente.

Assim, a Residência Multiprofissional vem como fomento da Educação Permanente em Saúde apontando possibilidades para uma formação no serviço, contribuindo na aprendizagem do residente (BRASIL, 2007). E evidenciar as possibilidades de como a EPS é aplicada em uma Residência Multiprofissional é um dos objetivos do nosso trabalho.

3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

A produção de conhecimento em saúde é realizada de maneiras bastante distintas, dependendo do paradigma que guia o processo. Para Kuhn (1962), paradigmas são realizações científicas reconhecidas por um grande número de cientistas, que, durante um certo tempo, proporcionam modelos e soluções a essa comunidade. Os paradigmas são um marco teórico para referência da interpretação de um fenômeno entendido como “real” pelo pesquisador. Kuhn (1962) explica que essa interpretação se constitui como uma atividade estabelecida por um paradigma na resolução de um enigma. Ainda, para os autores Guba e Lincoln, os paradigmas são como assunções básicas, as quais representam uma visão de mundo e que definem a realidade na pesquisa qualitativa. Os paradigmas são definidos de acordo com as respostas de três questões: (1) a questão ontológica; (2) a questão epistemológica; e (3) a questão metodológica (LINCOLN; GUBA, 2000).

De acordo com Gastaldo (2011) e Denzin e Lincoln (2011), a Ontologia remete às seguintes questões: o que nós acreditamos sobre a natureza da realidade? Qual é a natureza da realidade? (GASTALDO, 2011; DENZIN; LINCOLN, 2000). A questão ontológica questiona a forma e a natureza da realidade, ou seja, como as coisas são reais e como elas funcionam (LINCOLN; GUBA, 2000). Além disso, esta questão tem a ver com a natureza do objeto do estudo, e dessa forma, está relacionada ao ponto de partida da investigação, quando o pesquisador desenvolve sua posição em relação à determinado tema (DENZIN; LINCOLN, 2000). Já a Epistemologia considera os seguintes questionamentos: qual é a natureza do relacionamento entre o conhecedor e o que pode ser conhecido, articulando as questões das perspectivas teóricas com a visão do autor sobre a natureza da realidade (ontologia)? Como explica Gastaldo (2011), as questões epistemológicas nos levam a pensar: como é que sabemos o que sabemos? Qual é a natureza do conhecimento? (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA, 2000).

Por fim, juntamente com as questões ontológicas e epistemológicas, temos a questão metodológica. Esta questão objetiva saber como a pessoa que gera conhecimento obtém as informações ou dados. A questão metodológica provoca no pesquisador a reflexão: como devemos estudar o mundo? Como criar conhecimento? (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA, 2000). Diante da complexidade e da necessária articulação em torno dos três componentes que definem um paradigma, reforça-se que a metodologia não pode ser reduzida somente à escolha dos métodos. Os métodos devem estar fixados a uma predeterminada

metodologia que estará articulada coerentemente à ontologia e à epistemologia do objeto do estudo (GUBA; LINCOLN, 2000).

Cada paradigma apresenta questionamentos diferentes, convergindo para sua posição ontológica, epistemológica e metodológica. Diante disso, Denzin e Lincoln (2000) apontam para três paradigmas que orientam a pesquisa qualitativa: (1) o Positivismo e o Pós-positivismo; (2) o Crítico Social e (3) o Interpretativismo ou Construcionismo. Esta pesquisa está situada no Paradigma Crítico Social porque é um Estudo Appreciativo Crítico, orientado pela Teoria Social Crítica, apresentando como metodologia a investigação apreciativa que faz parte do grupo das pesquisas participativas, as quais são exemplos do paradigma Crítico Social. A fim de descrever como foram possíveis as descobertas sobre a metodologia e sobre a teoria e o paradigma, foi construído o quadro com os pressupostos onto-epistemológicos e metodológicos para o estudo da Educação Permanente em Saúde (Apêndice D).

3.1 O Paradigma Crítico Social

O paradigma Crítico Social considera a ontologia como um conjunto de crenças que constroem a realidade e que tem a ver com o objeto de estudo da Ciência. Para compreender a ontologia deste paradigma, é preciso entender que as estruturas sociais são, historicamente, construídas e, além disso, formam e representam a atual realidade. Demais características deste paradigma são importantes, tais como: as pessoas têm um potencial para a autonomia, o poder e as lutas sociais são os fatores que definem a realidade e os valores podem ser naturalizados ao longo do tempo (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA,2000).

Como a ontologia é crítica e realista, a mesma considera que as estruturas sociais são, historicamente, construídas e elas formam e representam a realidade atual. Esta realidade é sempre objetiva e subjetiva (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA,2000). Por sua vez, a Epistemologia deste paradigma se concentra nas forças estruturais e na produção do conhecimento mediada pelos valores de uma determinada sociedade (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA, 2000). Por fim, a metodologia do paradigma Crítico Social é considerada crítica, dialógica e dialética. Propõe a confrontação das estruturas opressivas e transforma os objetivos em produção de conhecimento (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA,2000). Neste estudo, será utilizada a Teoria Crítica Social como orientação teórica e a metodologia da Investigação Appreciativa, por fazer parte das pesquisas participatórias, demonstrando a preocupação e importância da escolha adequada da convergência metodológica a ser utilizada.

Por fim, aliado aos fatores descritos anteriormente e, não menos importante, temos a posição do pesquisador frente à pesquisa. O pesquisador quando assume que sua pesquisa está situada no paradigma Crítico Social, deve considerar que sua posição é envolvida pelo empoderamento, pela defesa e pelo comprometimento com a justiça social (LINCOLN; GUBA, 2000).

3.2 A Teoria Crítica Social

A teoria é um geral um conjunto de proposições para explicar, predizer e interpretar os acontecimentos ou fenômenos de interesse. A teoria é importante para a compreensão de relações causais e potenciais variáveis de confusão, para a compreensão do fenômeno que ocorre dentro de contexto, e para fornecer uma estrutura para orientar potencial de investigação empírica posterior (CURRY, NEMBHARD; BRADLEY, 2009).

A Teoria Crítica Social não é uma teoria nova. Há mais de setenta anos, a Teoria Crítica retém a habilidade de romper o *status quo* imposto pelo paradigma vigente, o positivismo. Esta teoria advém da tradicional orientação teórica desenvolvida por um grupo de escritores que faziam parte do Instituto da Pesquisa Social da Universidade de Frankfurt. Esse grupo era formado por Max Horkheimer, Theodor Adorno e Hebert Marcuse, os quais iniciaram o diálogo com o tradicional grupo de filósofos alemães com pensamento social, especialmente Marx, Kant, Hegel e Weber (KINCHELOE; MCLAREN, 2000).

Este grupo de escritores enfrentou a perseguição nazista e fugiu para os Estados Unidos. Ao se depararem com a cultura americana, os escritores ficaram assustados com a cultura daquilo que é considerado ponto pacífico. Determinadas coisas estavam banalizadas, naturalizadas, não eram questionadas, **taken for granted** (tida como certas) e tais estudiosos foram desafiados a responder sobre a crença do estabelecimento da Ciência Social. O ponto de vista desses teóricos críticos e a sua sensibilidade política foram influenciadas pelas devastações da primeira Guerra Mundial e pelo pós-guerra, com sua depressão econômica marcada por inflação, desemprego e pelas greves e protestos, mostrando que o mundo necessitava ser reinterpretado. A partir dessa perspectiva, eles desafiaram a ortodoxia marxista, aprofundando a crença de que a injustiça e a dominação feita pelo uso do poder moldaram o mundo que vivenciavam (KINCHELOE; MCLAREN, 2000).

Despertados pelas contradições entre a retórica americana progressiva do igualitarismo e pela realidade da discriminação racial e de classe, esses teóricos produziram um trabalho fundamental, enquanto residiram nos Estados Unidos. Mais tarde, em 1953, Horkheimer e

Adorno voltaram para a Alemanha e restabeleceram o Instituto Social de Pesquisa. De outro lado, Herbert e Marcuse permaneceram nos Estados Unidos, onde eles encontraram um novo público para seu trabalho (KINCHELOE; MCLAREN, 2000).

A Teoria Social Crítica é inspirada em autores como Marx, Habermas e Paulo Freire, incluindo feministas, movimentos das classes populares e movimentos emancipatórios. Na contemporaneidade, temos autores como Joel L. Kincheloe e Peter McLaren (2000) que representam a Teoria Social Crítica. No Brasil, o autor da Teoria Social Crítica mais conhecido é Paulo Freire (KINCHELOE; MCLAREN, 2000).

No livro “Handbook of Qualitative Research”, produzido pelos autores Normam Denzin e Yvonna Lincoln, um clássico da pesquisa qualitativa, Kincheloe e McLaren (2000) apresentam uma série de características importantes a serem levadas em conta quando se trabalha com a Teoria Social Crítica. São elas:

“(1)todo pensamento é fundamentado pelo poder das relações e estas são historicamente construídas; (2) os fatos nunca são isolados do domínio dos valores ou removidos de alguma forma da inscrição ideológica; (3) o relacionamento entre conceito e objeto e entre significado e significante nunca é estável ou fixado e é frequentemente mediado pelas relações sociais de produção capitalista; (4) a linguagem é central na formação da subjetividade; (5) certos grupos, em uma sociedade, são privilegiados em relação a outros e, embora as razões desses privilegiados poderem ser amplas, a opressão que caracteriza, contemporaneamente, na sociedade é mais reproduzida quando os subordinados aceitam sua condição *status quo* como natural, necessário, ou inevitável; (6) a opressão tem muitas faces e foca a custo dos outros (classe oprimida versus racismo, por exemplo), frequentemente havendo interconexão entre eles, e finalmente (7), a corrente principal da prática de pesquisa é geralmente relacionada à raça e ao gênero, embora mais frequentemente implicado com a reprodução do sistema de classes” (KINCHELOE; MCLAREN, 2000, p. 306).⁵

Os autores apresentam sete características para os estudos que envolvem a Teoria Social Crítica, e indo mais além, Kincheloe e McLaren reconceitualizam os conceitos já utilizados, evidenciando como podem ser aplicados na contemporaneidade. De acordo com Kincheloe e McLaren (2000), existem cinco ideias centrais para a Teoria Crítica reconceitualizada, são elas:

- **Iluminação Crítica:** o contexto da Teoria Social Crítica analisa o poder e o interesse entre grupos e indivíduos dentro da sociedade, identificando quem ganha e quem perde em situações específicas. Dentro dessa teoria, existem alguns estudos que preferem estudar questões relacionadas à raça, classe, gênero e sexualidade, tais como, os estudos críticos de raça, “Queer theory”, feminismo, dentre outros. A busca pela iluminação crítica é para descobrir vencedores e perdedores em particulares arranjos sociais, nos quais esses jogos de poder operam (KINCHELOE; MACLAREN, 2000).

⁵ Tradução livre.

-Emancipação Crítica: aqueles que buscam a emancipação na tentativa de ganhar o poder para controlar sua própria vida em solidariedade à justiça orientada com a comunidade. Aqui a pesquisa crítica se utiliza da emancipação crítica para expor as forças que evitam que os indivíduos e grupos possam compartilhar decisões que afetam a sua própria vida (KINCHELOE; MACLAREN, 2000).

A Pesquisa Social Crítica tenta expor as forças que impedem os indivíduos e os grupos de moldarem as decisões que afetam, fundamentalmente, suas vidas. Dessa forma, podem ser alcançados maiores graus de autonomia e de agência humana. No início do novo milênio, os pesquisadores, tais como Kincheloe e McLaren (2000), mostram-se cautelosos em usar o termo “emancipação” porque, como muitos críticos têm apontado, ninguém é completamente emancipado do contexto sócio-político no qual se encontra. Além disso, muitos estudiosos questionaram a arrogância que pode acompanhar os esforços para emancipar "os outros". Essas são críticas importantes e devem ser, cuidadosamente, tidas em conta pelos investigadores críticos. Assim, como pesquisadores críticos que buscam as forças que moldam insidiosamente quem nós somos, os autores Kincheloe e McLaren respeitam aqueles que chegam a conclusões diferentes em suas jornadas pessoais (KINCHELOE; MCLAREN, 2000).

-Rejeição do determinismo econômico

Uma advertência de uma Teoria Social Crítica reconceptualizada pelos autores Kincheloe e McLaren (2000) envolve a insistência de que a tradição não aceita a noção marxista ortodoxa que os fatores econômicos ditam à natureza de todos os outros aspectos da existência humana. Teóricos críticos entendem que, no início do século XXI, existem várias formas de poder, incluindo o racial, de gênero e de classe. Ao emitir essa ressalva, no entanto, uma teoria crítica com conceitos reconceptualizados, de modo algum, tenta argumentar que os fatores econômicos são importantes na formação da vida cotidiana, mas que fatores econômicos nunca podem ser separados de outros eixos de opressão.

-Crítica da racionalidade instrumental ou técnica

A teoria crítica reconceptualizada vê a racionalidade instrumental e tecnológica como uma das características mais opressivas da sociedade contemporânea. Teóricos críticos afirmam que a racionalidade instrumental e/ou técnica está mais interessada no método e na eficiência do que no fim. Ela delimita as suas questões ao "como fazer" em vez de "por que fazer". Teóricos Críticos afirmam que muitos estudiosos racionalistas se tornam obcecados com questões de técnica, procedimento e método correto que esquecem o propósito humanístico do ato de investigação. A Teoria Crítica difere, epistemologicamente, das teorias das ciências

naturais que são objetificantes: as teorias críticas são reflexivas, o pesquisador se conhece ao conhecer (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010).

-Reconceptualização Crítica do Poder

A concepção de uma Teoria Social Crítica reconceptualizada, como afirmam os autores Kincheloe e McLaren (2000), visa compreender as diversas e complexas estratégias que operam para poder dominar e moldar a consciência das pessoas. Os teóricos críticos relatam que poder é um tema extremamente ambíguo que exige muito estudo e uma análise detalhada. Esses autores apresentam um consenso de que o poder é um componente básico da existência humana que trabalha para moldar a natureza opressiva e produtiva da tradição humana (KINCHELOE; MCLAREN, 2000).

Dessa forma, Kincheloe e McLaren (2000) utilizam a Teoria Social Crítica como um guia ou um mapa na esfera social. Essa teoria é, particularmente, preocupada com questões de poder, justiça, economia, religião, raça e gênero, ideologias, discursos, educação e de outras instituições sociais, além de se preocupar com a interação da dinâmica cultural na construção de um sistema social. No entanto, é preciso deixar claro que existem várias outras teorias que compõem o paradigma Crítico Social, como por exemplo, as Teorias Marxistas e Neo Marxistas, as Teorias Feministas, as Teorias Críticas de Raça, as Teorias Queer e as Teorias Críticas da Educação.

Diante disso, para este estudo, serão utilizadas as Teorias Críticas da Educação, as quais são exploradas pelos seguintes autores: Peter McLaren, Joe Kincheloe e Paulo Freire. Peter McLaren tem sido reconhecido pelo seu conhecimento educacional de ponta e pelo ativismo político e como um dos principais expoentes da América do Norte do trabalho do educador brasileiro Paulo Freire. Apesar de o termo “crítica” ser um dos termos mais recorrentes nos escritos de Paulo Freire, em nenhum lugar se encontra uma definição específica da Teoria Crítica como tal feita por ele. Entretanto, a maioria dos autores tidos como seus inspiradores se filiam a essa corrente de pensamento. Além disso, os pressupostos das teorias críticas estão presentes na produção teórica de Freire (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010).

Paulo Freire será o principal autor nesta pesquisa em virtude de a Educação Permanente em Saúde, tema central desta pesquisa, apresentar conceitos em sua definição que foram desdobramentos das obras Educação Popular e da Educação de Jovens e Adultos, articulando os princípios desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação. Conceitos como aprendizagem significativa, educação de adultos, ação

transformativa, problematização são encontrados nas obras de Freire e na Educação Permanente em Saúde.

3.3 A Teoria Crítica da Educação a partir de Paulo Freire e suas ressonâncias na Educação Permanente em Saúde

A obra de Paulo Freire não segue uma linearidade teórica. O autor apresenta momentos em que é influenciado por teorias da dependência, através das críticas ao modelo neoliberal do desenvolvimento econômico e social e em outros momentos, da filosofia da libertação, a qual se utiliza da perspectiva multicultural e do civismo como alternativa ao pensamento pós-colonialista. Também, Freire se influencia pela teoria da libertação, tomando partido em favor dos saberes populares, em lugar dos saberes formais e, por último, através da Educação Popular, Freire incorpora a lógica das possibilidades da educação nos setores populares (TORRES, 2004; ZAFORTEZA-LALLEMAND, 2010).

Paulo Freire escreveu, ao longo de sua vida, mais de quatorze livros, que foram traduzidos para inglês, francês, alemão, espanhol e italiano, além de outros doze livros dialogados com diferentes educadores e inúmeros artigos publicados em periódicos⁶. Esse autor tem influência não apenas na seara da Educação, mas também na área da Saúde. Seus conceitos, tais como, os círculos de cultura foram incorporados, principalmente, na Enfermagem e na Saúde Coletiva como metodologia em pesquisas de saúde. O campo da investigação da saúde, principalmente nas áreas relacionadas à promoção da saúde, ao desenvolvimento comunitário e nas pesquisas participativas tem a presença desse autor e sua teoria (ZAFORTEZA-LALLEMAND, 2010).

Assim, os conceitos de Freire como ação-reflexão, a ideia de participação ativa dos desfavorecidos nos processos de mudanças sociais, o conceito de cultura, o pressuposto de que o conhecimento só é alcançado por meio da inter-relação do conhecimento acadêmico com a experiência que cada pessoa traz consigo se destacam na perspectiva da EPS. Além disso, trabalha com a perspectiva da ruptura da hierarquia na produção de conhecimento além dos elementos para o processo de mudança. Essas são algumas das bases que Paulo Freire dispõe ao longo de

⁶ Algumas obras de Paulo Freire: “Educação como Prática da Liberdade” (1967), “Pedagogia do Oprimido”(1970), “Extensão ou Comunicação” (1971), “Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos” (1976), “Cartas à Guiné-Bissau. Registros de uma experiência em processo” (1977), “Educação e Mudança” (1979), “A importância do ato de ler em três artigos que se completam” (1982), “A Educação na Cidade” (1991), “Pedagogia da Esperança: um retorno a Pedagogia do Oprimido” (1992), “Política e Educação” (1993), “Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar” (1993), “Cartas a Cristina” (1994), “À sombra desta Mangueira” (1995), “Pedagogia da Autonomia” (1996), e, “Pedagogia da Indignação” (2000), Pedagogia da Tolerância (2004), estas duas últimas obras foi organizada após a morte do autor.

suas obras e que podem ser articuladas à Educação Permanente em Saúde, tema central desta tese.

A importância da Teoria Crítica de Paulo Freire para esta pesquisa se efetiva em virtude da incorporação de conceitos trabalhados por Freire na Educação Permanente em Saúde. Para que a articulação teórica entre a Teoria Crítica da Educação de Paulo Freire e a Educação Permanente em Saúde possa ser visualizada, inicio descrevendo como Freire trabalha com a Educação e como a Educação Permanente em Saúde incorpora este conceito na Saúde, evidenciando as similaridades conceituais que orientarão este estudo. Logo, serão descritos os principais conceitos presentes na Teoria Crítica da Educação de Paulo Freire e também incorporadas pela Educação Permanente em Saúde. Além dessa articulação entre os conceitos freirianos que estão presentes na Educação Permanente em Saúde, a escolha teórica deu-se também pela metodologia apreciativa utilizada para esta pesquisa, pois essa metodologia oportuniza que os participantes do estudo tenham a possibilidade de se tornarem agentes de mudança, logo, sujeitos de um processo construído coletivamente. Resgatando o anteriormente descrito, para um desenho de um bom estudo qualitativo, exige-se a necessidade de coerência e articulação entre as questões ontológicas, epistemológicas e metodológicas.

Para Freire, a educação não é apenas um meio para dominar os padrões acadêmicos de escolarização, ou para se profissionalizar. A educação é um ato político, antes mesmo de sua especificidade pedagógica, técnica e didática. Esse posicionamento sempre foi preocupação do teórico Freire, tanto nas suas reflexões teóricas quanto na sua práxis educativa (FREIRE, 2015a; 2015b; 2007).

Através da sua obra, *Pedagogia do Oprimido* (2015b), conhecida mundialmente, Freire apresenta seus conceitos e ideias sobre o educar, a educação e a relação educador-educando, sobre a problematização, sobre o diálogo, a conscientização, a práxis e a libertação, como sendo as ações desenvolvidas por sujeitos sociais na busca de "ser mais" (FREIRE, 2015b). Freire defende que a aprendizagem entre os alunos e professores se dá, mais efetivamente, quando esses aprendem juntos, ao contrário da educação tradicional da escola, que se apoia na centralidade do professor como autoridade (FREIRE, 1999; 2015a; 2015b; 2007). Assim, seu trabalho propõe uma educação que tem como base a sua natureza política, dialógica, crítica e problematizadora, em direção à libertação dos seres humanos, para que tenham a possibilidade de se tornarem sujeitos sociais e agentes de transformação da realidade (FREIRE, 1999; 2015a; 2015b; 2007).

Retomando para a Educação Permanente em Saúde, esta é uma prática de ensino e aprendizagem, e ao mesmo tempo, uma política de educação na saúde. Para muitos educadores,

a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, articulada aos princípios desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização e Educação como Prática de Liberdade, Educação e Mudança incidindo pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação (CECCIM, 2005a).

Essa estratégia de aprendizagem, no trabalho, apresenta grande ramificação conceitual devido as suas origens e utilizações ao longo da sua consolidação enquanto política pública no Brasil. A Educação Permanente em Saúde como estratégia para qualificar os trabalhadores de saúde segue, desde a década de 80, não só no Brasil, mas em países da América Latina, os pressupostos pedagógicos apresentados pela OPAS/OMS, os quais utilizam essa estratégia para a qualificação do pessoal de recursos humanos. Como política pública, articula-se à Teoria de Paulo Freire, pois trabalha com sua perspectiva de Educação na Saúde.

Na Educação Permanente em Saúde, a educação dos trabalhadores de saúde se realiza por meio do ato de buscar “ser mais”, sendo que essa busca pode ser concretizada por meio do processo permanente de educação. Para Freire (2003) o “ser mais” não é possível sem que este esteja articulado, nas palavras deste autor, entranhado, em uma vida que tenha uma prática educativa. Essa prática educativa deve ser crítica, reflexiva e problematizadora, de forma que impulse a mudança da realidade. Por isso, Freire defende que o processo de educação para transformação social não pode ser estabelecido a não ser por meio de uma análise das necessidades reais dos sujeitos sociais dentro do seu contexto histórico e social (FREIRE, 1999; 2015b; 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é alicerçada na responsabilização dos serviços de saúde com a transformação das práticas dos trabalhadores, configurando-se em esforços para a construção de conhecimento comprometido com a realidade social das pessoas. Esta possui como princípio pedagógico o processo educativo crítico, reflexivo, criador e libertador, que coloca em análise o cotidiano do trabalho e da formação em saúde. Esta proposta vai em contrapartida ao modelo hegemônico de saúde, pois estrutura-se a partir de relações concretas entre os sujeitos envolvidos, que operam realidades e possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão das ações produzidas no cotidiano do trabalho. Logo, podemos perceber que os conceitos desenvolvidos por Paulo Freire, tais como aprendizagem significativa, ação reflexiva, problematização, diálogos e saberes foram sendo incorporados na Educação Permanente em Saúde, adotada no Brasil como política pública. Esses conceitos são tratados na sequência, a fim de evidenciar a articulação conceitual da Teoria de Paulo Freire com a EPS.

1) Produção de diálogos e saberes:

Para Freire, todas as pessoas têm saberes para compartilhar (FREIRE, 2015b). Além disso, todas as pessoas têm direito de construir conhecimento estruturado derivado do processo científico para que possam aumentar sua percepção crítica da realidade (FREIRE, 2015b; 2014). Porém, Freire reconhece que não é somente através desse conhecimento, tido como o verdadeiro, que as pessoas podem melhorar o mundo. Pelo contrário, Freire dispõe sobre a democratização desse saber que necessita ser compartilhado com os demais, através da exposição de outros saberes, tais como, os saberes a partir das suas experiências e da sua realidade.

A partir dessa perspectiva de saber, trazida por Freire, é que a Educação Permanente em Saúde procura construir com os profissionais que fazem parte desta aprendizagem. O saber científico é valorizado e compartilhado entre todos os participantes da Educação Permanente em Saúde. Além da articulação do conceito de saberes democráticos à Educação Permanente em Saúde, esse conceito também possibilita pensar na metodologia apreciativa que propõe que, no caso dos preceptores, eles possam compartilhar saberes científicos e saberes baseados na sua experiência para buscar conhecer as melhores práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas por eles em uma Residência Multiprofissional em Saúde.

Freire, na obra *Pedagogia do Oprimido*, expõe que o saber e o diálogo se dão de forma polarizada. De um lado, os oprimidos, as classes dos desfavorecidas e de outro, os opressores com seu saber científico, especializado (FREIRE, 2015b). Porém, através das obras construídas mais tarde, tais como *Pedagogia da Esperança* e *a Pedagogia dos Sonhos Possíveis*, Freire amplia o diálogo como uma categoria epistemológica: o diálogo não é apenas entre pessoas e grupos, ele é sim, uma maneira de conhecer o mundo.

Na obra *Pedagogia do Oprimido* (2015b), o diálogo é necessário para que os grupos desfavorecidos possam tomar consciência da possibilidade de transformar a realidade que os oprime. Já na *Pedagogia dos Sonhos Possíveis* (2001a) e na *Pedagogia da Esperança* (2014), o diálogo é necessário para construir conhecimento autêntico e útil para a transformação do mundo. Nessas obras, Freire vai enfatizar o diálogo entre os diferentes saberes: o derivado da experiência, o derivado do conhecimento popular, o saber estruturado dos especialistas. É nessa convergência de diálogo entre estes saberes que pode haver uma potencialidade para a transformação das situações de iniquidades. Nessa troca, o especialista tem a possibilidade de conhecer o saber experiencial, que, juntamente ao conhecimento estruturado, pode propiciar uma ação transformadora. E aos desfavorecidos, esses têm a possibilidade de complementar o seu saber, e o seu saber ligado a sua experiência se converter em saber crítico e democrático, porque todos tem o direito ao saber estrutural (FREIRE, 2001a; 2014).

Portanto, na Educação Permanente em Saúde, este conceito sobre saber e poder se aplica no momento em que a esta estratégia pedagógica considera as rodas de conversa como metodologias para as suas atividades. As rodas de conversa são momentos em que os trabalhadores da saúde podem problematizar determinada situação no trabalho, pensando coletivamente, em estratégias para a transformação da prática de saúde. A partir dos problemas identificados no local de trabalho, identificam-se coletivamente os temas e conteúdos a serem trabalhados, juntamente com todos os trabalhadores em saúde, geralmente sob os nós críticos enfrentados na atenção ou na gestão. Essas atividades possibilitam a construção de estratégias contextualizadas, as quais promovem o diálogo e consideram a singularidade dos lugares e pessoas.

A noção de “círculos e redes” está presente nas formulações em educação e aprendizagem, especialmente na educação como prática da liberdade, tal como nas formulações de Paulo Freire (2014) com os “círculos de cultura” e de Sebastião Rocha (2000) com a “pedagogia da roda”. A partir da possibilidade de encontro coletivo dos trabalhadores em prol de uma análise do trabalho em saúde, saberes científicos, juntamente com os saberes experienciais, são compartilhados através de uma relação horizontal e de respeito por cada saber. Essa relação de compartilhamento de saberes é, também, uma noção de Paulo Freire.

2) Práxis e a Problematização:

Freire (2003) considera que não é possível o ser humano “ser mais” sem que esteja “entranhado”, não em termos provisórios, mas em termos de uma vida, em uma certa prática educativa. No entanto, para conseguirmos a autêntica libertação das mulheres e dos homens, essa prática deve ser crítica, reflexiva e problematizadora, de modo que impulse a mudança da realidade. Tal prática deve se configurar como práxis transformadora.

A “práxis” é considerada por Freire (1999; 2015a; 2015b) como a ação-reflexão-ação transformadora da realidade, sendo, desse modo, fonte de conhecimento reflexivo e de criação, que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si e mediatizados pelo mundo. Sem ela não é possível superar a contradição opressor-oprimido. Para Freire (2015a; 2015b; 2007), o diálogo implica uma práxis que consiste no compromisso entre a palavra dita e nossa ação humanizadora. Desse modo, a palavra assume o sentido de dizer o mundo e fazer o mundo por meio da ação e reflexão crítica que estão, dialeticamente, constituídas (FREIRE, 2015a; 2015b; 2007).

Na Educação Permanente em Saúde, podemos visualizar esta práxis como uma “ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais” (BRASIL, 2004a, p.10). Assim, a concepção da Educação Permanente em

Saúde é compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos pré-estabelecidos, mas também como espaços de problematizações, reflexões, e diálogos entre os profissionais de saúde para, desse modo, oportunizar estratégias para promover mudanças nos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde aponta que a formação dos profissionais em saúde é considerada insuficiente ou insatisfatória para promover a atenção à saúde integral (CECCIM, 2005a). Em decorrência disso, sugere a reflexão crítica a ser trabalhada com todos os profissionais da saúde. Ainda, estudos apontam que as ofertas de cursos tradicionais que não consideram a aprendizagem-trabalho, nem o contexto do local, não surtem efeito no cotidiano dos serviços (NICOLETTO et al., 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; SILVA et al., 2014). Esse é um ponto central que a Educação Permanente defende: a reflexão crítica dos trabalhadores, a qual objetivará transformar as relações no processo de trabalho que visam à qualificação dos serviços de saúde com perspectivas de atualização dos conhecimentos a partir de uma proposta de ação estratégica. Essa ação, por sua vez, emerge, segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ao considerar como referência as necessidades de saúde das pessoas e ao traçar metas a partir das transformações das práticas profissionais e da organização do trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 2005; BRASIL, 2004a, SILVA, 2013). Saliento que essa política considera os problemas identificados na vida cotidiana dos serviços como problemas educacionais que visam a disponibilidade de um atendimento integral e qualificado para a população (BRASIL, 2004a).

Assim, a prática de ensino aprendizagem se refere à produção de conhecimento a partir do cotidiano dos profissionais de saúde. Os problemas em relação ao trabalho em saúde, vivenciados pelos profissionais no dia a dia, são resolvidos através da problematização. As possíveis soluções emergem da problematização, mas requerem ação e intervenção. Essa postura ocorre porque acredita-se que, para a ação puramente prática se tornar, verdadeiramente, práxis, é necessário que, a partir da ação, seja realizada uma reflexão crítica e consciente para compreendê-la. Sendo que, por meio da reflexão e compreensão da ação, ocorre a conscientização do sujeito, sendo possível modificar a realidade a partir de uma nova ação, configurando-se em uma ação transformadora. Dessa forma, a práxis é pensar, refletir e compreender o fazer, para que, a partir da conscientização que emerge do sujeito, este consiga, por meio de sua nova ação, transformar a realidade de modo consciente (FERRAZ, 2005).

Logo, práxis é ação-reflexão-ação dos sujeitos sociais para a transformação da realidade dentro de sua dimensão histórica. Pois, para Freire (2015a; 2015b), a práxis se torna um produto sócio-histórico próprio do ser humano consciente, que faz da sua presença no mundo uma forma de agir sobre ele, o que se constituiu um desafio para esta pesquisa.

3) Aprendizagem Significativa:

A proposta da aprendizagem significativa está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, constituindo-se por meio de processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde (CECCIM, 2005a). Essa aprendizagem tem como objetivo promover e produzir sentidos para as pessoas quando um conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já é conhecido, através do acúmulo e renovação de experiência (BRASIL, 2004a).

O conceito de aprendizagem significativa emergiu a partir de uma Teoria desenvolvida por David Ausubel (1982), em que há uma interação com o novo conhecimento e o já existente, no qual os dois vêm se modificando e se construindo de maneira não estática, a fim de atribuir um novo significado com componentes pessoais. Além de a aprendizagem significativa ter sido promovida a partir desta teoria, há, também, a influência da problematização e da relação dialógica, típicas do pensamento de Paulo Freire e de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge de uma situação vivida (RAMOS, 2009). Na visão deweyana, "compreender significa aprender um significado, o que implica contemplar um objeto em suas relações com outras coisas, observar como opera ou funciona, que consequências se seguem dele, o que pode produzir e que utilidade pode ter" (RAMOS, 2009, p. 179).

Assim, a Educação Permanente em Saúde está baseada na aprendizagem significativa, propondo que a capacitação dos profissionais seja pautada na metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho ofertado em cada serviço de saúde. Pois, a aprendizagem, através de capacitações, somente será efetiva quando os profissionais de saúde adquirirem consciência do problema e nele se reconhecerem, tornando possíveis as mudanças necessárias (BRASIL, 2004a; BATISTA; GONÇALVES, 2011).

4) A Educação Permanente em Saúde:

A proposta inicial da EPS começou a partir de uma crítica às ações do Ministério da Saúde que eram destinadas a algumas específicas ênfases de atualização técnico científica em detrimento de outras que, por muitas vezes, até eram mais importantes naquele momento e

naquele contexto dos respectivos serviços, tão diferentes ao longo de todo o Brasil. Então, a Educação Permanente em Saúde seria uma proposta diferente da Educação Continuada pautada na atualização científica que acontecia em um sentido inverso do que proponha a EPS (CAVALCANTI, 2015). Porém, as diferenciações conceituais não foram interpretadas de maneira tão simples e muitos autores trabalhavam para que houvesse uma similitude da EPS com a proposta da Educação Continuada (FERRAZ et al., 2012a; FERRAZ, 2005; CAVALCANTI, 2015). Segundo Cavalcanti (2015), a maioria dos estudos acerca da EPS direcionam seus objetivos para discutir sobre esta estratégia, em termos de desafios, a partir de outros referenciais sem aprofundar as discussões em torno de como a EPS se apropria como política pública no Brasil. Autores como Cavalcanti (2015) apresentam que a EPS é algo mais amplo que uma estratégia ou ações. A EPS seria o arcabouço para outras estratégias de formação para o SUS como as Residências Multiprofissionais em Saúde. Não há consenso entre os diversos autores constituintes da introdução da EPS no Brasil como política pública, distanciando-a de ações pautadas na educação formal de profissionais em saúde. A partir disso, Cavalcanti (2015) reitera que a EPS não mais se aproximava de ações direcionadas ao campo da educação e sim ao campo da política. É importante ressaltar que se busca elucidar não é que os profissionais seguem ou não, a EPS ou a educação continuada ou que uma anule a presença da outra. Buscamos salientar a ideia de que os profissionais possam refletir criticamente sobre o seu processo de trabalho e buscar, coletivamente, produzir mudanças na saúde, a fim de que os profissionais possam se utilizar desta estratégia pedagógica para refletir e mudar o seu processo de trabalho.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Freire, constituindo-se em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde (CECCIM, 2005a; CECCIM, 2005b). A aprendizagem significativa promove e produz sentidos para as pessoas, ou seja, quando um conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes, com acúmulo e renovação de experiência. Acontece de maneira diferente da aprendizagem mecânica que se constrói a partir de retenção de conteúdos (BRASIL, 2004a).

Assim, a concepção da EPS pode ser compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos já pré-estabelecidos, porém como espaços de problematização, reflexões, diálogos entre os profissionais de saúde para oportunizar estratégias para eles promoverem mudanças e transformações nos serviços de saúde. Para tanto, sugere que as práticas dos profissionais estejam pautadas na reflexão crítica e nas práticas reais na rede de serviços (BRASIL, 2007). A reflexão crítica dos profissionais emerge a partir da

percepção de que a maneira vigente de produzir saúde é insuficiente ou insatisfatória para promover a atenção à saúde. Nos cotidianos dos serviços de saúde, ainda há esta lacuna, pois, os profissionais de saúde ainda refletem, em suas práticas, modelos de saúde enraizados no tecnicismo e reprodução de práticas de saúde (CECCIM, 2005a).

4 METODOLOGIA

4.1 Estudo metodológico e congruência teórica

A investigação qualitativa ganha cada vez mais espaço no cenário das pesquisas em saúde. Esta afirmação pode nos levar a pensar que seu crescimento está relacionado à facilidade no seu desenvolvimento, porém, sabemos que não é verdade. Conforme definem os autores Norm Denzin e Yvonna Lincoln (2000), a pesquisa qualitativa:

São diferentes coisas em diferentes momentos [...] Em geral, trata-se de uma atividade situada que coloca o pesquisador no mundo [...] um conjunto de práticas interpretativas [...] através das quais os pesquisadores procuram compreender os fenômenos em seu contexto natural, captando seu significado do ponto de vista dos sujeitos que neles se encontram implicados (DENZIN; LINCOLN, p. 8, 2000).⁷

A pesquisa se caracteriza como abordagem qualitativa pois tem como objetivo explorar um fenômeno social, tal como concebido pelos atores sociais que o constituem (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa é flexível e permite se ajustar às particularidades do fenômeno estudado através das diferentes técnicas usadas durante a geração dos dados. Ela visa uma compreensão do todo, em um processo no qual os pesquisadores buscam reunir uma complexa rede de dados para posterior análise (POLIT; BECK, 2011). Dessa forma, esta abordagem evidencia que não existe apenas uma única interpretação "verdadeira", mas múltiplas realidades produzidas através de processos de linguagem humana, interação e criação de significado (EAKIN, 2016).

A pesquisa qualitativa foi criada pelas disciplinas das Ciências Sociais e Humanas (GIACOMINI, 2010). Sua utilização, enquanto pesquisa, expandiu-se para a área da saúde. Apresenta como objetivo compreender como as pessoas pensam sobre o mundo, como elas agem e quais são seus comportamentos. Para isso, a pesquisa qualitativa requer pesquisadores que entendam o fenômeno básico do discurso, das ações, além de entender como e por que as pessoas interpretam e atribuem o significado das coisas ao que dizem e ao que fazem (AGGE, 2009; SANDELOWSKI, 2004).

Assim, a pesquisa qualitativa oferece o entendimento dos temas sociais emergentes e a busca pela compreensão da profundidade dos fenômenos complexos em seu ambiente natural, gerando dados que estão contextualizados em uma determinada situação social (MERCADO; GASTALDO; CALDERON, 2002; DENZIN; LINCON, 2000).

⁷ Tradução livre.

Neste estudo, a abordagem qualitativa é utilizada a fim de entender como uma Residência Multiprofissional, considerada um espaço de ensino privilegiado da Educação Permanente em Saúde, prepara profissionais da saúde para trabalharem com práticas orientadas pela educação permanente. Este estudo qualitativo sustenta-se no Paradigma Crítico Social que apresenta duas vertentes: a Emancipatória/Liberacionista; e a Pós-Moderna/Pós Estruturalista. Este trabalho situa-se na vertente Emancipatória a qual trabalha com uma perspectiva ontológica de realismo histórico e crítico (GASTALDO, 2011). Considera-se que as estruturas sociais são historicamente construídas e compartilhadas, representando a atual realidade que tanto é objetiva quanto subjetiva. Apresenta características, tais como: o poder é que define a realidade, os valores e as ideias são naturalizados com o decorrer do tempo e as pessoas apresentam um potencial de provocar mudanças, de autonomia, apesar de estarem profundamente marcadas pelas estruturas sociais em que se encontram (GASTALDO, 2011; LINCOLN; GUBA, 2000).

Este estudo considera que os preceptores da Residência Multiprofissional de Saúde apresentam um potencial para criar práticas na compreensão de como se pensa e se faz a Educação Permanente em Saúde em Residências Multiprofissionais. Esse potencial é considerado, apesar dos diversos obstáculos que os profissionais encontram para fazer esta mudança na formação na saúde, tais como: (1) um contexto hospitalar em que prevalece o modelo biomédico; (2) a educação tradicional em saúde e (3) sua posição social no contexto da Residência.

Dessa forma, o paradigma Crítico Social orienta este estudo por sua convergência teórica e metodológica. Nesse paradigma, podem-se utilizar diversas metodologias, dentre elas: a Pesquisa Ação Participativa, a Pesquisa Dialógica e Cooperativa, a Etnografia Crítica e a Etnografia Institucional (GASTALDO, 2011). Destas, a pesquisa Ação Participativa e a Pesquisa Apreciativa estão situadas na mesma família das metodologias participativas. De acordo com Young (2013), as metodologias participativas são utilizadas para entender como o conhecimento gerado pode enaltecer e descobrir vozes que foram silenciadas e marginalizadas para incentivar uma transformação social (YOUNG, 2013).

Em relação ao paradigma Crítico Social, é necessário esclarecer alguns pressupostos. Existem convergências e divergências entre os paradigmas utilizados no Canadá e no Brasil. No Canadá, este paradigma abrange a Teoria Emancipatória/Liberacionista e Pós-Moderna/Pós Estruturalista, ao contrário do Brasil, em que estas duas teorias representam paradigmas diferentes. Estas diferenças são importantes porque, como realizei o doutorado sanduíche na Universidade de Toronto, muitas características da pesquisa qualitativa canadense foram

incorporadas nesta tese com o objetivo de salientar as diferenciações e trazer para o Brasil uma contribuição diferenciada da que utilizamos, evidenciando as divergências e convergências metodológicas e teóricas a fim de enriquecer o conhecimento metodológico e teórico em relação às metodologias qualitativas para futuramente contribuir também no cenário canadense.

4.2 Tipo de estudo

A metodologia escolhida depende da natureza do problema de pesquisa e do referencial teórico adotado (GREEN et al., 2007; WILLIS et al., 2007). Sendo assim, esta tese é caracterizada como Estudo Apreciativo Crítico (GRANT; HUMPHRIES, 2006; RIDLEY-DUFF; DUNCAN, 2015; MCARTHUR-BLAIR; COCKELL, 2013), pois trabalha com a metodologia de pesquisa apreciativa ancorada na Teoria Social Crítica a qual foi discutida anteriormente no capítulo teórico.

4.2.1 Estudo Apreciativo Crítico

A investigação apreciativa é um novo método de pesquisa social que visa contribuir para as transformações na área da saúde (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b) e tem ganhado atenção nas situações relacionadas aos cuidados da saúde, principalmente na Enfermagem (KAVANAGH, 2010; TRAJKOVSKI et al., 2015, WATKINS; DEWAR; KENNEDY, 2016).

A produção de pesquisas que utiliza a metodologia de investigação apreciativa tem aumentando significativamente neste cenário (HAVENS; WOOD; LEEMAN, 2006; WRIGHT; BAKER, 2005; ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2017). Entretanto, no Brasil, este tipo de metodologia ainda é pouco conhecida e vem sendo utilizada, em sua maioria nas áreas de administração e gestão, provavelmente por ser pouco conhecida como metodologia na área da saúde (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Este fato revela a necessidade de investir em um estudo com este tipo de metodologia e fomentar sua introdução nessa área, dada a sua contribuição para outras disciplinas.

Esta metodologia, conhecida na língua inglesa como “Appreciative Inquiry”, traduzida para língua brasileira como “Investigação Apreciativa”, surgiu a partir da tese de David Cooperrider (1986) defendida no Departamento de Comportamento Organizacional da Case Western Reserve University (CWRU), localizada em Cleveland, Estados Unidos. Este autor introduziu este tipo de estudo como abordagem metodológica na sua tese de doutorado

adotando como teoria o Construcionismo Social baseado no estudo da apreciação e do diálogo entre as pessoas que constituem uma organização.

Em sua tese, Cooperrider (1986) coletou os dados das características de sucesso e de fracassos dos líderes médicos de uma determinada instituição. A partir desta coleta, o autor focou nos dados positivos, pois ele percebeu que estes dados revelavam como os líderes médicos trabalham mais efetivamente. Com a orientação da sua supervisora, Dra. Suresh Srivastva, o método foi avaliado com sucesso e posteriormente nomeado como “Appreciative Inquiry” caracterizado como um método que aprecia características positivas e facilita as mudanças organizacionais (COOPERRIDER; SRIVASTA, 1987; COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2005; COGHLAN; PRESKILL; TAZAVARAS CATSAMBUS, 2003).

De acordo com Cooperrider et al. (2005), a Investigação Apreciativa pode ser utilizada quando se objetiva uma transformação social no campo da pesquisa. Através do diálogo entre as pessoas que participam desta metodologia, pode-se mudar e melhorar as práticas evidenciando os exemplos positivos em prol da instituição das quais fazem parte. Desta forma, esta metodologia explora as capacidades e os processos dentro da organização, fazendo com que as pessoas se sintam co-participativas dos processos de mudanças institucionais. A produção coletiva de opções e caminhos para melhoria nos processos e serviços executados é vital para que haja uma mudança significativa e uma evolução comportamental no grupo que ali desenvolve suas atividades (COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2005).

A partir disso, é possível fazer uma articulação com a Educação Permanente em Saúde, como estratégia de orientação do trabalho dos profissionais tem o objetivo de rever as práticas em saúde. Sua introdução no contexto da saúde como práticas que orientam as ações educativas dos profissionais de saúde sofre resistência do modelo de práticas tradicionais que ainda se perpetuam atualmente. Para que a Educação Permanente em Saúde possa ser institucionalizada no trabalho em saúde como dispositivo de mudanças das práticas, há que se introduzir uma mudança cultural para a operacionalização desta política. Nesse sentido, essa metodologia convida a pensar em alternativas que promovam mudanças na cultura, por exemplo do trabalho através das atividades educacionais já trabalhadas na área da saúde.

A Investigação Apreciativa é uma metodologia interativa, organizacional e propõe uma mudança para engajar as pessoas que trabalham em uma organização, com objetivo de mudar um contexto específico. Os objetivos desta modalidade de intervenção são atingidos através da descoberta, com o entendimento e a proposição de inovações na organização (COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2005; COGHLAN; PRESKILL; TAZAVARAS

CATSAMBUS, 2003). O destaque desta intervenção é que cada organização ou instituição pode encontrar um aspecto positivo que poderá ser utilizado para alicerçar mudanças nas pessoas e nas instituições.

O foco é no que aquela instituição é capaz de fazer de melhor, criando contrastes às abordagens tradicionais baseadas em problemas para provocar mudanças baseadas nos exemplos positivos (COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2005). Esta metodologia foi escolhida para este estudo, pois possibilita uma transformação provocativa de enfoque em que os pontos fortes são reconhecidos como uma base positiva para que as mudanças necessárias possam ser feitas (YOON et al., 2011). A metodologia de Investigação Apreciativa é interessante e original porque apresenta uma abordagem que privilegia os exemplos das melhores práticas que podem ser trabalhadas e disseminadas entre todos os que participam da instituição, ou seja, os melhores exemplos são discutidos, explorados e os problemas são reformulados como oportunidades, como fontes de esperança e inspiração (CARTER, 2006).

Nesse sentido, objetiva-se reconhecer, com os preceptores, quais são as fortalezas de suas práticas de Educação Permanente em Saúde, como as implementam juntamente com os outros profissionais da Residência Multiprofissional e como estas habilidades são articuladas em um espaço de formação como a Residência Multiprofissional. A escolha da Residência Multiprofissional como um espaço para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde deu-se em virtude de estudos que mostraram que a Residência pode ser considerada um espaço que apresenta como eixo de formação a Educação Permanente em Saúde (SILVA et al., 2016). Pensando no objeto deste estudo, esta pesquisa configura-se como outra forma de olhar para a prática de Educação Permanente em Saúde que já tem sido trabalhada e avaliada de diversas maneiras, mas emerge da necessidade de apontar quais são as práticas que estão dando resultados positivos acerca da implementação da política no cenário da formação em saúde. Estes resultados apresentam dados importantes para serem discutidos acerca dos desafios que a Educação Permanente em Saúde encontra enquanto política para a sua operacionalização.

Esta metodologia aproxima-se de outras estratégias teóricas e metodológicas, como a Teoria Crítica, a Etnografia, o Estudo de Caso, a Análise de Narrativa e a Pesquisa-Ação. Diferentemente do uso que dela é feito como estratégia de desenvolvimento organizacional, a metodologia apreciativa tem seu foco no processo da investigação, na maneira como a informação é coletada e processada.

Este estudo, por adotar essa metodologia para a pesquisa e como teoria, a Teoria Social Crítica, dissocia-se da gestão e incorporam-se conceitos que se articulam com Teoria Crítica, tais como: autonomia, diálogo, saberes e coletividade. Nesse sentido, ao invés de nomearmos

Investigação Apreciativa, nomeamos de Pesquisa Apreciativa para reiterar as diferenças do modelo direcionado a gestão.

Em outros países, como o Canadá e Austrália, a Pesquisa Apreciativa já é utilizada em pesquisas na área da saúde, principalmente, na Enfermagem (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b, KAVANAGH, 2010; TRAJKOVSKI et al., 2015). Na Inglaterra, Sandars e Murdoch-Eaton (2017) apresentam que a Investigação Apreciativa tem um potencial significativo para a educação médica, incluindo-a no desenvolvimento curricular, no desenvolvimento de professores, no apoio aos alunos e no aprimoramento do ensino. Assim, estes autores aplicaram a Investigação Apreciativa na educação médica para a reforma do currículo como uma abordagem criativa para o desenvolvimento da faculdade de Medicina como base para a "educação apreciativa" e para a "assessoria apreciativa" (SANDARS; MURDOCH-EATON, 2017).

No Brasil, esta metodologia ainda está predominantemente vinculada às áreas da administração e gestão de pessoa. Na saúde, encontra-se um estudo teórico na área da Psicologia, abordando os conceitos centrais, fases, e aplicações da Investigação Apreciativa (SOUZA, MCNAMEE; SANTOS, 2010); outro estudo na área da saúde mental sobre a implementação de um consultório de rua, o qual menciona que as entrevistas realizadas na pesquisa tiveram inspiração na Pesquisa Apreciativa (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012); um estudo teórico que trata da Investigação Apreciativa como uma tecnologia para a pesquisa construcionista na Saúde Coletiva (NILSON et al., 2014); e uma dissertação acerca do uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis e a relação com a amamentação e a percepção materna onde esta foi ancorada nos princípios da investigação apreciativa (SOUZA, 2017).

A Pesquisa Apreciativa recentemente destaca-se nos estudos relacionadas aos cuidados da saúde (KAVANAGH, 2010; TRAJKOVSKI et al, 2013a). Em virtude da maioria dos estudos ainda estar atrelada à prática clínica da Enfermagem, sendo esta metodologia pouco utilizada nas áreas de saúde pública e promoção da saúde (LIND; SMITH, 2008) consideramos pertinente que a Pesquisa Apreciativa seja empregada em outras áreas do saber, especialmente na área da saúde no Brasil, uma vez que essa metodologia valoriza as experiências positivas que membros de um grupo social com uma prática compartilhada têm a oferecer para outros que desenvolvem atividades semelhantes e para melhorar as instituições. A referida metodologia é dialógica e baseada nas capacidades dos participantes, pois valoriza as experiências positivas dos mesmos para construir mudanças nos processos institucionais aos quais estão vinculados (POLAND; CAVALCANTE).

Assim, este estudo além de constituir-se como uma Pesquisa Apreciativa, incorpora alguns conceitos presentes da Educação Permanente em Saúde que são provenientes do teórico crítico Paulo Freire. Desse modo, nomeio esta tese como um Estudo Apreciativo Crítico. Em relação a Pesquisa Apreciativa Crítica destaco os seguintes estudos na área da Educação: Grant e Humphries (2006) que sugerem que a Teoria Crítica possa ser utilizada na avaliação da pesquisa apreciativa por meio da reflexão e da transformação. Ridley-Duff e Duncan (2015) utilizam a Teoria Crítica, a pesquisa apreciativa e a Teoria Fundamentada dos Dados para o desenvolvimento de processos apreciativos críticos. E McArthur-Blair e Cockell (2013) os quais trazem que a Pesquisa Apreciativa Crítica é uma ampliação da Investigação Apreciativa, quando articulada á Teoria Crítica, oferecendo um novo modelo para os gestores aplicarem nos processos e princípios da Investigação Apreciativa.

4.3 Contexto e localização do estudo

O local desta pesquisa foi o Programa da Residência Multiprofissional, que é desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esta é uma instituição pública, federal, vinculada ao Ministério da Educação localizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na qualidade de hospital público geral e universitário, é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável por serviços de grande relevância social e de qualidade reconhecida, oferecendo assistência integral à saúde de todo cidadão, além de formar e qualificar profissionais em saúde⁸.

O Programa da Residência Multiprofissional Integrada do HCPA iniciou suas atividades 01 de fevereiro de 2010, com 28 vagas de residentes distribuídas entre seis categorias profissionais e cinco áreas de concentração, sendo que a primeira turma de formandos ocorreu em 31 de janeiro de 2012. Atualmente são 09 categorias profissionais e 08 áreas de concentração, totalizando 46 vagas anuais para ingresso no referido Programa (HCPA, 2016).

⁸ Informações coletadas no site do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br>>. Acesso em: mar. 2017.

O projeto de Residência Multiprofissional envolveu a parceria entre diversos serviços da instituição que, desde 2005, sob a coordenação da Prof^a Enf^a Maria Henriqueta Luce Kruse, reuniram-se para a sua elaboração. Após quatro anos, o projeto foi aprovado pela Administração Central do HCPA e, em 22 de junho de 2009, foi instituída a Comissão de Implantação da Residência Integrada em Saúde (Ato nº 173/2009), assumindo a coordenação a Prof^a Enf^a Christine Wetzel (HCPA, 2016).

O Programa de Residência Multiprofissional (RIMS) do HCPA apresenta como diretrizes político pedagógicas e estratégias metodológicas a formação de profissionais com competências para atuar no Sistema Público de Saúde. Essa Residência iniciou suas atividades buscando desenvolver as atividades de formação em serviço na lógica da pedagogia problematizadora com o objetivo de promover a interdisciplinaridade no processo de gestão e atenção (HCPA, 2016).

A Residência Multiprofissional constitui-se como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, com duração de 24 meses e carga horária semanal de 60 horas, com dedicação exclusiva, sendo 20% de atividades teóricas e 80% de atividades de formação em serviço sob a supervisão de profissionais do HCPA segundo a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. O programa tem carga horária total de 5.760 horas, sendo estas distribuídas em 1.155 horas de carga horária teórica e 4.605 horas de carga horária prática. O objetivo da Residência é especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de modo interdisciplinar, a partir dos princípios do SUS e considerando as necessidades em saúde da população (guia). A Residência Multiprofissional do HC opera com os princípios de campo e núcleo.⁹

Os profissionais que compõem o Programa de Residência Multiprofissional do HC pertencem ao quadro funcional da Instituição, com experiência e/ou titulação acadêmica (especialização, mestrado ou doutorado) e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) envolvidos no processo de ensino dos residentes. Os profissionais que atuam no HCPA pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e os professores da UFRGS serão os coordenadores e/ou articuladores do processo, fazendo a integração entre o Eixo Transversal do Programa, o da Área de Concentração, e o Específico das Profissões. Participam

⁹ Os conceitos de campo e núcleo desenvolvidos por Campos (2000). Nesse referencial, núcleo seria a aglutinação de conhecimentos e a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, demarcando a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Desta forma, tanto o núcleo quanto o campo, influenciam um ao outro, não apresentando limites precisos.

das atividades de capacitação oportunizadas pela Instituição, para assegurar que a formação se desenvolva dentro dos marcos teóricos propostos para o Programa (HCPA, 2016).

O preceptor de núcleo tem a função de supervisão docente-assistencial por categoria profissional específica de atuação, atribuída aos profissionais de saúde com curso de graduação e, no mínimo, três anos de experiência na área de concentração ou titulação acadêmica de especialização ou residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais residentes devendo pertencer à equipe local de assistência e estar presentes nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço. Já o preceptor de campo tem como função de coordenação e gestão do colegiado de campo, englobando residentes, preceptores de núcleo e tutores. O preceptor de campo será indicado entre os demais preceptores, devendo exercer a articulação entre campos, núcleos e coordenação e a supervisão docente assistencial (HCPA, 2016).

O Tutor de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa em consonância com o Projeto Político Pedagógico. A função de tutoria é exercida pelos professores da UFRGS cadastrados no corpo docente assistencial da Residência. O orientador de pesquisa orienta o processo de produção da pesquisa a ser desenvolvida pelos residentes e deve ser exercida por profissional da instituição ou professor da UFRGS. O mesmo deverá ter pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado). O orientador de pesquisa tem papel fundamental no estímulo à construção do conhecimento multiprofissional desenvolvido nas áreas de concentração constituintes do Programa (HCPA, 2016).

E os docentes que são os responsáveis pela formação teórica dos residentes, a quem compete articular estratégias para a prática de reflexão e aprofundamento conceitual a respeito das atividades e ações de gestão e atenção à saúde, podendo ser profissionais da instituição, professores da UFRGS ou convidados externos. E o pedagogo que é responsável pela assessoria pedagógica do programa (HCPA, 2016).

A RIMS no HCPA vai ao encontro de melhorias institucionais destacando-se, entre elas, aquelas voltadas para a gestão do cuidado, causando impactos nos indicadores assistenciais e no trabalho em equipe, mantendo a vocação institucional de melhores práticas assistenciais, condutas baseadas em evidências e promoção da segurança do cuidador e do paciente. O processo de formação é constituído por atividades de reflexões teóricas e práticas de formação em serviço. Os módulos teórico-práticos são desenvolvidos ao longo da Residência, de modo

que corresponda a 20% da carga horária do programa, sendo desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe, intercalados com a formação em serviço propriamente dita a qual corresponde a 80% da carga horária da Residência¹⁰.

Os módulos teóricos são desenvolvidos ao longo da Residência, de modo que correspondam a 20 % da carga horária do programa, intercalados com a formação em serviço propriamente dita que corresponderá a 80% da carga horária da Residência. A carga horária é distribuída de acordo com as especificidades de cada área de concentração, buscando contemplar as diretrizes do Projeto Político Pedagógico. Os conteúdos teóricos da área de concentração visam responder as demandas de conhecimento especializado, voltados aos residentes que integram este campo específico. Os conteúdos teóricos do núcleo são aqueles relacionados ao conjunto de conhecimentos de determinada profissão e serão desenvolvidos junto aos residentes de acordo com a categoria profissional a qual pertencem (HCPA, 2016).

As metodologias de ensino aprendizagem utilizadas pela Residência RIMS constituem-se em aulas expositivas-dialogadas, aprendizagem baseada em problemas, soluções e/ou encaminhamentos, seminários, oficina, discussão de casos, sessões de cinema, saraus literários e exposições, feiras de arte (HCPA, 2016).

A avaliação do residente é realizada continuamente, cumulativa e participativa, acolhendo, nesse processo, a avaliação da preceptoría, tutoria e do programa. Nessa perspectiva, realiza-se anualmente uma capacitação sobre o tema avaliação para os sujeitos que irão interagir no processo educativo do Programa, a fim de prepará-los para a construção do ato dialógico pretendido. A avaliação do residente é realizada utilizando o parecer descritivo emitido semestralmente. Critérios e indicadores orientaram o processo de avaliação bem como a construção do perfil do residente, conforme a área de concentração. Os critérios, indicadores e perfis de conclusão foram definidos por comissão representativa do corpo docente e discente e dos demais membros que fazem parte da estrutura político-pedagógica do RIMS/HCPA. Os critérios de avaliação deverão contemplar a exigência de frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e de 100% nas atividades de formação em serviço (HCPA, 2016).

Ao final do primeiro ano, o residente apresenta um projeto de pesquisa a ser implementado no 2º ano do Programa. O projeto de pesquisa deverá ser realizado de forma integrada, numa perspectiva teórico-pedagógica embasada nos princípios e diretrizes do SUS.

¹⁰ Informações coletadas no site Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br>>. Acesso em: mar. 2017.

Para obtenção do título, o residente necessitará apresentar um trabalho de conclusão que tenha relação com o conhecimento adquirido ao longo do Programa (HCPA, 2016).

A Comissão de Residência Integrada Multiprofissional (COREMU) é responsável pela coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) e outras atribuições previstas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) destina-se a diplomados em determinados cursos de graduação devidamente reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC). No momento da inscrição no Programa, são aceitos atestados de conclusão de curso de graduação, expedidos por instituição de ensino superior, desde que comprovem que o candidato tenha terminado seu curso até a data da matrícula. Os processos seletivos para a RIMS são conduzidos pela Fundação Médica do Rio Grande do Sul (HCPA, 2016).

A proposta de educação para os preceptores do referido Programa está ancorada nos princípios da Educação Permanente em Saúde. O Programa investe na criação de espaços educativos (ou aproveitamento daqueles já existentes) que se integrem ao ambiente de trabalho, propiciando a reflexão dialógica em serviço sobre o que está acontecendo no cotidiano da educação no trabalho e o que precisa ser transformado (HCPA, 2016).

Seguindo a lógica dos princípios da Educação Permanente em Saúde, são propostas ações de educação sistemáticas, onde os preceptores problematizam os nós críticos de seus processos de trabalho com a finalidade de desenvolver processos formativos para a qualificação do trabalho dos preceptores partindo-se da idéia de que, para que suas práticas sejam transformadas, é necessário o protagonismo individual e coletivo desses profissionais. Nessa perspectiva, a pretensão política pedagógica de formação dos preceptores é a de propiciar espaços educativos permanentes de reflexão teórico-prática e de formação em serviço tendo como pano de fundo a integralidade dos processos de educação em saúde. (HCPA, 2016).

4.4 Posicionamento da pesquisadora

O papel da pesquisadora foi, nesta tese, essencial, pois este é a principal ferramenta da pesquisa. Muitos são os desafios enfrentados no decorrer da produção dos dados para uma tese. No meu caso, desafios atrelados à falta de experiência em pesquisas participativas e por estar desenvolvendo uma metodologia inovadora no cenário da saúde. Diante disso, discorro sobre a trajetória e mudanças que foram experimentadas por mim enquanto pesquisadora principal deste estudo.

Primeiramente, no início do desenvolvimento desta pesquisa, tivemos que reformular as questões de pesquisa que seriam apresentadas aos preceptores para a coleta de dados. Embora nosso objeto de estudo fossem as práticas de EPS em uma Residência Multiprofissional, se falássemos em Educação Permanente, iríamos centrar as ações referidas a esta estratégia. Diante disso, ampliamos as questões de pesquisa que orientavam a descoberta das melhores práticas para que os preceptores pudessem ser conduzidos a pensar e refletir acerca do seu processo de trabalho amplamente sem direcionar apenas para o fato de ser ou não uma prática de Educação Permanente. Caso contrário, poderia fazer com que os preceptores ficassem preocupados a pensar apenas nas suas práticas que eles julgassem ser balizadas pela EPS. Esse direcionamento foi produtivo, pois oportunizou que o grupo pudesse pensar de forma mais abrangente.

Outra impressão que tive foi o direcionamento do grupo à minha figura de pesquisadora no sentido de obter uma confirmação, ou seja, uma certificação em relação a suas respostas. Como nessa metodologia os participantes são também os autores da sua produção, procurei desviar desta confirmação e deixá-los livres para falar ou não. Assim, ao passo que explorar pela primeira vez uma metodologia participativa se tornava instigante, ela também traz suas limitações pela pouca experiência em conduzir o grupo.

Em outro momento, no decorrer da segunda reunião, percebi a dificuldade em trabalhar com profissionais adultos com uma formação com nível superior, altamente qualificados. Por exemplo, pedir para que realizassem determinada tarefa e nem sempre ter o cumprimento da tarefa do modo como salientado. Mesmo atuando como pesquisadora naquele momento, não me sentia à vontade para realizar cobranças das colegas que estavam contribuindo substancialmente para a produção dos dados. Por isso, diante dessas possibilidades, senti que o pesquisador, em pesquisas participativas, pode experimentar uma certa liberdade se não se prender fielmente às propostas. É o limite tênue entre manter a busca pela qualidade dos dados e, ao mesmo tempo, proporcionar liberdade para que os participantes se sintam autores da pesquisa. Dessa forma, a possibilidade de abrir espaços para que os preceptores também conduzissem o grupo foi algo novo e significativo. Senti, também, no início da coleta de dados, pouco entrosamento entre o grupo. Percebi que esse distanciamento era porque eles não estavam acostumados a estarem juntos, conversando sobre processos de trabalho, compartilhando suas experiências. Assim, esse incômodo inicial foi diminuindo ao longo dos encontros. Dessa forma, este foi o objetivo da análise de processo, a qual será descrita adiante.

4.5 Participantes e amostra do estudo

A Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas integra: preceptores, tutores e residentes, além da coordenadora, vice coordenadora e pedagoga. Os participantes convidados a compor a pesquisa foram os profissionais que assumem a função de preceptores na Residência Multiprofissional. Os preceptores orientam as ações e atividades de núcleo e de campo desenvolvidas na Residência, principalmente as que se referem à Educação Permanente em Saúde.

O total de preceptores que fazem parte da referida Residência são 52 profissionais da área de saúde, contemplando as seguintes profissões: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia.

Estes profissionais, além de serem preceptores da Residência Multiprofissional, são profissionais atuantes no Hospital de Clínicas. Dividem suas horas de trabalho entre a assistência clínica e as atividades da Residência Multiprofissional.

Em um primeiro momento, fiz uma apresentação para a coordenadora e vice coordenadora acerca dos objetivos deste estudo. Como a amostra de participantes foi intencional, a coordenadora sugeriu para que participasse de uma reunião em que estariam os preceptores de núcleo e de campo para fazer o convite. A partir destas reuniões, inseri-me como ouvinte para conhecer a dinâmica da Residência e conhecer como as atividades eram desenvolvidas pelos preceptores nesse espaço. Esta inserção foi necessária neste tipo de pesquisa para que houvesse uma relação de familiaridade entre a pesquisadora e os participantes a fim de que estes se sentissem mais à vontade para participar da futura discussão dos grupos. Este período de aproximação demanda certo tempo de imersão no contexto a ser pesquisado (REED, 2007). Por outro lado, é importante que o pesquisador seja uma pessoa de fora do contexto, pois isso permite aos participantes uma maior construção de questões que não seriam realizadas se fosse alguém habituado com aquele contexto (REED, 2007). Assim, por meio dessas reuniões, tive a oportunidade de apresentar a proposta de pesquisa para os preceptores e convidá-los para participar da Pesquisa Apreciativa.

Como este é um estudo de abordagem metodológica participativa, foi importante a proximidade com a Residência lócus da pesquisa. Essa aproximação e ambientação com a Residência foi facilitada por meio do projeto anterior que estávamos desenvolvendo intitulado como “A Residência Multiprofissional como estratégia para implementar ações de Educação Permanente em Saúde”. Este projeto foi construído a fim de responder ao Edital de fomento sobre as ações de Educação Permanente em Saúde que estão sendo desenvolvidas no Brasil e da necessidade de aprimorar os estudos em relação à Residência Multiprofissional em Saúde, frutos da minha dissertação realizada em uma outra Residência Multiprofissional, a qual apontou esse espaço como desencadeador de ações de Educação Permanente em Saúde

(SILVA, 2013). Esse projeto foi o disparador para a viabilização da proposta de estudo desta tese, tanto em relação à temática quanto em relação à aproximação e abertura que já tínhamos conquistado.

Assim, na reunião para convidar os preceptores, expliquei que este estudo seria constituído por um grupo de discussão que trabalharia ativamente nas quatro fases que o Estudo Apreciativo Crítico exige. A partir disso, foi formado um grupo com sete participantes contemplando as áreas da referida Residência: Adulto Crítico, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia. Nesse grupo de preceptores, teve-se representatividade das seguintes profissões: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social e Educação Física.

Destaco que o convite para a formação do grupo foi decidido a fim de representar todas as profissões que constituem a referida Residência. Como critérios de inclusão, adotamos: preceptores que estejam atuando na Residência Multiprofissional com o mínimo de um ano de experiência; preceptores que tenham interesse em refletir e discutir sobre Educação Permanente em Saúde; preceptores que possam participar das reuniões com, no máximo, uma falta ao longo de toda coleta de dados de acordo com um calendário pré-estabelecido; preceptores de todas as profissões de modo a contemplar a amostra com ao menos um representante de cada profissão. E, critérios de exclusão: preceptores que estivessem em período de férias ou licença no período da coleta de dados. Nesse âmbito, destaco que, se um número de preceptores maior que doze mostrasse interesse em participar, o grupo seria constituído por no mínimo um preceptor de cada área/disciplina/profissão e no máximo por três. O critério final para seleção seria o número de anos de experiência na RIMS. Assim, o trabalho de campo revelou uma adesão significativa à metodologia por parte dos participantes da pesquisa. Abaixo, no Quadro 1, são apresentadas as seguintes áreas de concentração e suas respectivas categorias profissionais.

Quadro 1 – Categorias profissionais incluídas no Programa de Residência Integrada Multiprofissional do HCPA

Área de concentração	Categorias profissionais
Adulto Crítico	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social.
Atenção cardiovascular	Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição.
Atenção integral ao usuário de drogas	Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Terapia Ocupacional.

Controle de infecção hospitalar	Enfermagem, Farmácia, Serviço Social.
Onco-hematologia	Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social.
Saúde da criança	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social.
Saúde mental	Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Psicologia.
Atenção básica em saúde	Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social.

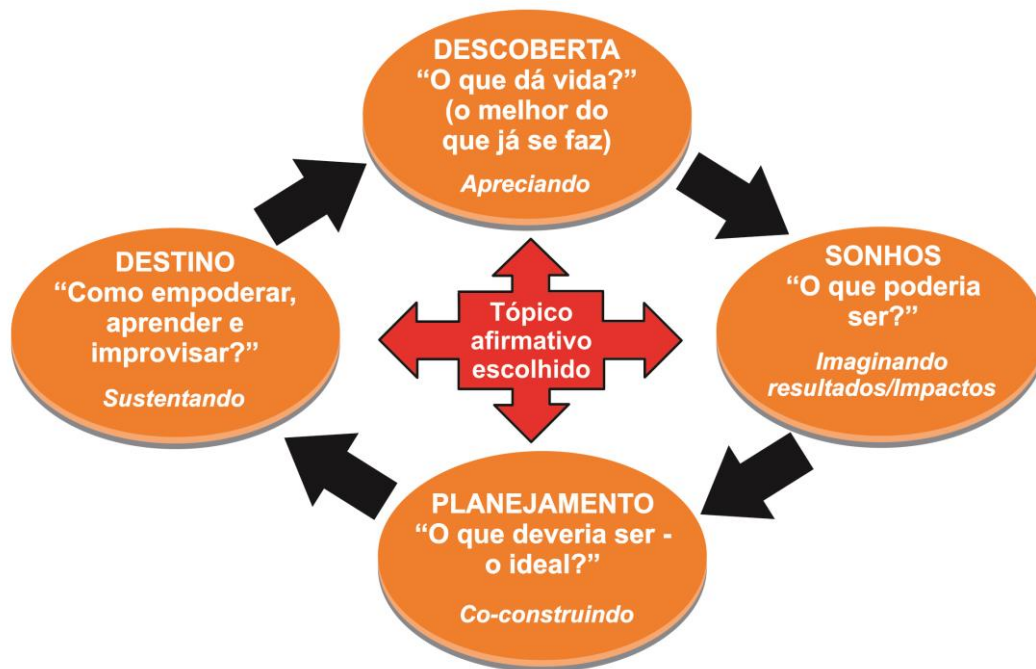
Fonte: Quadro organizado pela autora com base nas informações disponibilizadas no site HCPA. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/7984/2261/>>. Acesso em: mar. 2017.

4.6 Estratégias para a geração das informações

4.6.1 As Fases do Estudo

A metodologia apreciativa utiliza quatro fases que foram desenvolvidas em seis encontros. Essas fases constituem o “ciclo 4D” porque foram formuladas na língua inglesa: Discovery, Dream, Design e Destiny. Traduzidas para o português, seriam: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino, conforme ilustradas na Figura 1 a seguir.

Figura 1 – Fases do ciclo DSPD (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino)



Fonte: Traduzido e adaptado (TRAJKOVSKI et al., 2013a; COOPERRIDER; SRIVASTA, 1987).

Inicialmente, na apresentação do projeto, foi dado destaque a apresentação metodológica a fim de que os preceptores pudessem entender a dinâmica do grupo e decidir sobre sua participação no estudo. A partir do convite e da seleção dos critérios de elegibilidade, um grupo de sete preceptores foi formado para participar deste estudo. Foram realizadas seis reuniões para a operacionalização da pesquisa conforme descrito na tabela abaixo:

Quadro 2 – Reuniões desenvolvidas para a realização da pesquisa

Reunião	Fase	Objetivo
1	-	Recepção e apresentação da metodologia Entrega da primeira tarefa reflexiva ¹ (Carta)
2	Descoberta	Apresentação da tarefa reflexiva e definição do tópico afirmativo Entrega da segunda tarefa reflexiva (Registro das melhores práticas)
3	Descoberta	Apresentação da tarefa reflexiva Insights, experiências positivas e melhores estratégias Entrega da terceira tarefa reflexiva (Construindo os sonhos)

4	Sonho	Apresentação da terceira tarefa reflexiva Imaginar a incorporação das estratégias Entrega da quarta tarefa reflexiva (Revisão de literatura)
5	Planejamento	Apresentação da quarta tarefa reflexiva Construção das proposições provocativas Resumo das melhores estratégias a serem implementadas
6	Destino	Cronograma e plano de ação para implementar as estratégias definidas na RIMS

Inicialmente, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos que concordaram em participar da pesquisa. Em seguida, realizei uma breve apresentação sobre como a Educação Permanente em Saúde se articula em um espaço de formação como o da Residência Multiprofissional em Saúde. Por fim, definimos as normas e o funcionamento do grupo.

Cada reunião tinha objetivos específicos detalhados por mim ao longo das fases da pesquisa. A primeira reunião foi para apresentação e recepção dos participantes. Os participantes da pesquisa apresentaram-se e destacaram sua trajetória profissional. Nessa reunião, apresentei e disponibilizei aos preceptores o estudo descrito por Souza (2010), destacando os pontos similares e diferentes da nossa proposta. O período da coleta de dados iniciou em outubro, novembro e dezembro do ano de 2016. As reuniões foram realizadas na sala 117 na Escola de Enfermagem (UFRGS). Foram realizadas, ao total, sete reuniões com o grupo de participantes. O tempo das reuniões foi variável sendo que o período com mais curto tempo foi de uma hora e o maior em torno de duas horas. O encerramento das reuniões acontecia quando já se havia tratado de todos os temas para aquela reunião ou quando os participantes se encontravam cansados.

Os participantes da pesquisa foram estimulados a aprofundar seu conhecimento sobre a metodologia fazendo a leitura do texto, após o encontro. Ainda nessa reunião, apresentei aos participantes do estudo as tarefas reflexivas. Nomeamos “tarefas reflexivas” as atividades que os participantes realizariam anteriormente a cada reunião. As tarefas reflexivas são atividades realizadas para possibilitar a reflexão acerca do objeto do estudo, funcionando como estratégia para preparar as reuniões do grupo. Essas atividades foram construídas pelas autoras, utilizando outros estudos de Pesquisa Appreciativa como modelo, e estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Nome e questões orientadoras das tarefas reflexivas exploradas no ciclo DSPD

Tarefa Reflexiva	Nome	Questões orientadoras
1	Carta	Descreva como foi realizar esta atividade? Quanto tempo levou? Como você se sentiu? Do que você mais se orgulhou? Quais a opinião (aspectos positivos) dos seus colegas sobre seu trabalho?
2	Registro das melhores práticas	Identifique duas práticas descritas que podem ser adotadas por todo grupo e justifique o porquê da decisão.
3	Construindo os sonhos	Descreva um sonho para a Residência Multiprofissional. Ou seja, se esta prática educativa ainda não acontece na RIMS, como e de que forma ela poderia acontecer?
4	Revisão de literatura	Analise um artigo sobre a RIMS com experiências sobre atividades de ensino (papel do preceptor) e atividades de EPS

Fonte: Autora.

Na primeira tarefa reflexiva, a qual antecedeu a fase da **Descoberta**, solicitamos que os participantes escrevessem uma carta, endereçada à algum colega, à coordenação de uma instituição ou para as pesquisadoras do estudo, sobre uma trajetória profissional do preceptor, descrevendo uma atividade positiva realizada como preceptor na Residência Multiprofissional. Essa tarefa reflexiva foi considerada como significativa pelos participantes, pois ressaltou elementos positivos em suas experiências enquanto preceptores. Além disso, destacaram que o exercício da escrita favoreceu um momento reflexivo raramente oportunizado no cotidiano de trabalho.

A segunda e a terceira reunião contemplaram a fase **Descoberta**, a primeira fase do ciclo DSPD. Essa fase pode ser iniciada com o diálogo para encorajar os participantes da pesquisa a compartilharem experiências a fim de descobrir ou redescobrirem os seus pontos fortes, ativos ou onde tiveram suas maiores conquistas. Assim, é importante que se utilize perguntas e ferramentas reflexivas que incentivem os participantes a lembrar e contar histórias sobre as suas experiências e a recordar momentos em que tenham experimentado sucessos (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b).

A fase da Descoberta envolve ainda o descobrimento das melhores práticas dos participantes através da apreciação do que "dá vida e energia" aos indivíduos, ao seu trabalho e à organização (COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2005). O compartilhamento de histórias positivas, a partir das experiências dos participantes, é uma estratégia eficaz para a produção de dados qualitativos significativos, conforme descrito por Carter (2006), Reed (2007) e Yoon (2011). Nessa etapa, entrevistas feitas pela pesquisadora com os participantes ou discussões em grupo são as dinâmicas mais utilizadas (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b). Nesse estudo, tal fase foi realizada em duas reuniões. Nessas, os

participantes identificaram e apreciaram experiências positivas que haviam realizado na Residência Multiprofissional enquanto preceptores. O primeiro objetivo da reunião dessa fase foi a apresentação da carta, por cada um dos participantes. Tal momento serviu para impulsionar o processo de descobrimento das melhores práticas dos preceptores e compartilhar com o grupo.

Após a apresentação da carta, o Tópico Afirmativo foi utilizado para guiar uma discussão em grupo (TRAJKOVSKI et al., 2013a). O Tópico Afirmativo nessa reunião era: “a Residência Multiprofissional é um espaço que possibilita a realização de práticas de Educação Permanente em Saúde”. Foi a partir dessa afirmação que perguntamos ao grupo: *Quais as suas melhores práticas? Quais são as melhores práticas que esse grupo desenvolve? O que dá vida e energia no trabalho da Residência Multiprofissional? O que vocês consideram que esteja funcionando na Residência Multiprofissional?*

O objetivo da terceira reunião (a segunda da fase **Descoberta**) foi destacar e relacionar as melhores práticas apreciadas na reunião anterior. Para isso, os preceptores selecionaram e justificaram a sua decisão para o grupo. É importante salientar que as melhores práticas educativas foram escolhidas com base nos critérios de exequibilidade e abrangência dessas práticas para que pudessem ser disseminadas por toda a RIMS. O consenso dos participantes foi construído pela relevância local e aplicabilidade para outras Residências do Brasil.

Como tarefa reflexiva preparatória para a fase do **Sonho**, foi organizada a seguinte tarefa: *escrever um sonho relacionado às práticas de ensino na Residência Multiprofissional e pensar em uma prática que ainda não acontece na Residência Multiprofissional em saúde*. Esta tarefa foi relatada pelos participantes como a mais significativa no processo, pois eles puderam pensar e trazer para a reunião os desejos que gostariam que se concretizassem.

A quarta reunião referiu-se à fase dos **Sonhos**. Essa fase se configura quando as descobertas referentes às melhores práticas foram organizadas, especialmente quanto ao modo de implementar no futuro. A fase dos **Sonhos** oferece aos participantes a oportunidade de explorar coletivamente suas esperanças e desejos para o futuro da sua equipe ou organização (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b). Os participantes da pesquisa podem ser convidados a criar imagens positivas e atraentes da sua atuação profissional no futuro. Perguntas geradoras, conhecidas como “questões milagrosas”, são frequentemente utilizadas na Pesquisa Apreciativa, sendo os participantes convidados a visualizar ou imaginar como seria possível operacionalizar a proposta (HAVENS; WOOD; LEEMAN, 2006; SHENDELL-FALIK; FEINSON; MOHR, 2007; REED et al., 2002).

Nesta pesquisa, a fase dos **Sonhos** teve como objetivo imaginar a incorporação das práticas no cenário de atuação dos preceptores e, a partir disso, descrever as possíveis táticas

que poderiam ser implementadas futuramente na Residência Multiprofissional. Neste momento, os preceptores foram convidados a imaginar como poderia ser o futuro de sua atuação em uma Residência Multiprofissional com base no desenvolvimento de descrições. Porém, antes disso, cada participante apresentou uma síntese do seu sonho, de modo a compartilhar com o grupo suas ideias. Depois da apresentação dos sonhos, os preceptores realizaram um grupo de discussão sobre as questões que expressassem as melhores formas possíveis de trabalhar as práticas de Educação Permanente em Saúde: *Imagine se o que vocês consideram como melhores práticas se tornassem realidade institucional. Como elas acontecem? Qual seria a melhor forma de propagá-las? Quais as esperanças disso se tornar realidade?* Essa atividade foi realizada por meio de uma discussão em grupo sobre as questões descritas acima. Como tarefa reflexiva, cada preceptor recebeu um artigo que tratava de educação permanente em cenários da formação, tal como nas Residências Multiprofissionais.

A penúltima fase, denominada **Planejamento**, foi iniciada na quinta reunião. Tal fase possibilitou que os participantes criassem estratégias para o planejamento das ações futuras na instituição, articulando um plano em que as pessoas envolvidas no estudo se sentissem capazes de participar da concretização do sonho recentemente expressado (TRAJKOVSKI et al., 2013a; COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2005).

A partir da fase de **Planejamento**, os participantes foram convidados a planejar e registrar as ações que deveriam ser implementadas. Esse momento exigiu empenho para fazer escolhas que possibilitassem atingir o futuro proposto (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b). Nesse estudo, os preceptores construíram suas proposições provocativas através do confronto entre o que eles encontraram nos artigos disponibilizados pela pesquisadora e as suas experiências enquanto profissionais da Residência. Tal fase foi dividida em três momentos, quando os participantes: 1) debateram o sonho coletivo, a partir dos modelos ou exemplos encontrados nos artigos; 2) desenvolveram as proposições provocativas “o que deve ser o ideal?” para o seu contexto e discutiram quais delas teriam a possibilidade de ser operacionalizadas; e 3) desenharam as possíveis ações para serem implementadas futuramente, construindo um quadro com os melhores exemplos encontrados, a partir das atividades realizadas.

A fase **Destino** é a última fase do ciclo DSPD e foi iniciada na sexta reunião. Nesse momento, foram discutidas as possibilidades de implementar os planos construídos na fase anterior. Essa fase também é utilizada para organizar projetos e priorizar iniciativas em direção à discussão e implementação de projetos futuros (SHENDELL-FALIK; FEINSON; MOHR, 2007). O grupo pode desenvolver um cronograma de atividades, estratégias de comunicação e

uma lista de medidas de acompanhamento do impacto dos esforços do projeto (TRAJKOVSKI et al., 2013a; TRAJKOVSKI et al., 2013b).

Nessa última fase, a pesquisadora iniciou a discussão com os participantes orientada pelas seguintes questões: *Como implementar esta estratégia? Como capacitar, aprender e improvisar para as melhores práticas? Como compartilhar estes resultados?* A partir de tais questões, foi construído, juntamente com os participantes, um cronograma e um plano de ação que ajudaram os preceptores a implementar, na RIMS, a estratégia escolhida pelos participantes. Após essa reunião, ocorreu um encontro adicional entre a pesquisadora e os participantes para tratar do processo de operacionalização da estratégia. Os resultados desse encontro encontram-se descritos na análise de processo.

4.6.2 Técnicas de coletas de dados

A pesquisa qualitativa permite que várias técnicas para coletas de dados sejam empregadas de diversas maneiras. Há uma possibilidade vasta de triangulações de técnicas que vão encaixando-se ao longo do projeto desde que com convergência metodológica e epistemológica (GASTALDO, 2011). Diante da variedade de técnicas qualitativas, percebe-se que, nas últimas décadas, estas tem sido cada vez mais difundidas para captar a complexidade do fenômeno, no caso do campo da saúde. Nesta tese, utilizamos para a coleta duas técnicas de coleta de dados. Importante esclarecermos que a Pesquisa Apreciativa é uma metodologia que possibilita ser utilizada tanto na pesquisa quantitativa quanto na qualitativa. Na Enfermagem, a maioria dos estudos encontrados são ensaios clínicos evidenciando que necessitamos de maiores discussões desta metodologia em abordagens qualitativas. Além disso, a Pesquisa Apreciativa também permite uma amplitude de técnicas a serem utilizadas na coleta de dados, tais como: questionários, entrevistas abertas, entrevistas semiestruturadas. Nesse trabalho, utilizamos como técnica de coleta de dados, os grupos de discussão. Os dados coletados pelos grupos de discussão nos proporcionaram os resultados para a análise de conteúdo em maior proporção e para a análise de processo. Além disso, utilizamos as notas de campo da pesquisadora as quais foram relevantes na análise de processo.

Os grupos de discussão são realizados para captar a compreensão dos participantes de determinada área de interesse (LEWIS, 2000). Produz-se dados por meio da interação grupal acerca de um tema proposto pelo pesquisador que pode ser mais ou menos estruturado com questões orientadoras e que seguem o propósito dos objetivos da pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2000). O grupo de discussão apresenta muitos elementos em comum com o grupo

focal. Assim, estes grupos podem ser confundidos, porém é necessário destacar que são duas modalidades diferentes de coletas.

O grupo de discussão é uma técnica de pesquisa qualitativa flexível e adaptável que pode ser utilizada em várias áreas como, por exemplo, a comunicação, a educação, a política, a sociologia, a saúde pública como o nosso caso e entre outras. Diante dessa amplitude, pode ser utilizada na Pesquisa Apreciativa. Zaforteza- Lallemand (2010) e Morgan (1996) afirmam que os grupos de discussão podem trazer um maior empoderamento aos participantes do grupo (ZAFORTEZA-LALLEMAND, 2010; MORGAN, 1996).

Segundo Zaforteza- Lallemand (2010), o destaque desta técnica de coleta de dados é basicamente o que se chama de "efeito grupal" que significa que a interação entre os participantes proporciona uma visão acerca das causas de comportamentos e motivações em torno do objeto de estudo. Estas mudanças poderão ser visualizadas a partir da análise processual. O interessante da discussão grupal é que os participantes se interpelam e se explicam uns aos outros e refletem em voz alta, são corrigidos e reforçam-se mutuamente. Por isso, oferecem dados de grande validade acerca das divergências e dos consensos sobre o tema tratado (MORGAN, 1996; ZAFORTEZA- LALLEMAND, 2010). Ainda, outro aspecto importante é que a discussão grupal oferece dados únicos e exclusivos provocada pela interação do grupo sobre os aspectos sociais como as experiências comuns e normas sociais que regem as relações do grupo (CURRY; NEMBHARD; BRADLEY, 2009).

O grupo de discussão, nesta tese, foi organizado de maneira a responder aos objetivos da pesquisa com finalidade de produzir dados para a análise de conteúdo e de processo. Por ser uma técnica de coleta de dados flexível, entre cada grupo de discussão que correspondeu aos dois primeiros a Fase Descoberta e, posteriormente, a Fase Sonhos, Planejamento e, por fim, a Fase Destino, havia as tarefas reflexivas que foram um disparador para que os encontros fossem momentos reflexivos acerca da prática dos preceptores na RMS.

4.7 Reflexividade e Posicionalidade

A reflexividade e a posicionalidade são elementos fundamentais para um bom estudo qualitativo. Para Doyle (2013), a reflexividade ajuda o pesquisador na sua capacidade de pensar e produzir novos insights para sua pesquisa. Além disso, alguns autores (HOLLOWAY; BILLEY, 2011) colocam a reflexividade como uma ferramenta importante que ajuda os pesquisadores a sustentar suas posições a partir dos seus pensamentos e significados.

Segundo Finaly (2002), o pesquisador é o principal instrumento para gerar e analisar os dados. Diante disso, manter um registro das decisões metodológicas tomadas que revele a reflexibilidade da pesquisadora, permite revelar o processo pelo qual os resultados do estudo foram produzidos. Porém, há a possibilidade de discutir este critério como uma ferramenta que possa colaborar para o rigor científico neste tipo de pesquisa. Para isso, Finaly destaca os seguintes passos para tal:

examinar o impacto da posição, perspectiva, e presença do pesquisador; promover compreensão (*insight*) rica através da análise de respostas pessoais e dinâmicas interpessoais; empoderar outros ao abrir uma consciência/percepção mais radical; avaliar o processo de pesquisa, método, e resultados; e permitir a análise pública minuciosa sobre a integridade da pesquisa ao oferecer um caminho metodológico de decisões de pesquisa (FINLAY, 2002, p. 532).¹¹

É importante que, em pesquisas qualitativas, a presença do pesquisador seja explorada. O pesquisador deveria posicionar-se de modo que suas condições históricas e sociais, que afetam sua pesquisa, sejam colocadas de forma clara para o leitor. Desse modo, a “posicionalidade” é um desdobramento da “reflexividade”, em que o pesquisador empenhar-se-á em mostrar ao leitor, o lugar de onde fala, de onde ele conduz suas interpretações. Em virtude disso, estas duas ferramentas para o rigor de pesquisas qualitativas, são conceitos que se entrelaçam na presença do autor no texto, na tentativa de ter uma relação crítica com suas interpretações e possibilitar diferentes insights a partir daquilo que o autor interpreta (FINLAY, 2002; DOYLE, 2013).

Nesse sentido, descrevo elementos que me conduziram no processo de reflexividade e posicionalidade como pesquisadora. O conteúdo para cada grupo de discussão foi estruturado na fase de pré-realização dos grupos, porém foram ocorrendo mudanças a cada encontro. No primeiro encontro, realizei a transcrição do grupo e fiz um documento síntese das informações chaves produzidas naquele encontro. Assim, esse documento era levado aos participantes para que realizassem o processo de validação dos dados. Este documento auxiliou no momento de reformulação das questões orientadoras para o estudo as quais sofreram alguns ajustes para abarcar o objetivo. Neste processo de validação, o participante inteirava-se acerca do andamento do grupo e tinha a oportunidade de expor suas reflexões a partir do que o grupo já havia discutido. O dinamismo e a flexibilidade dos grupos de discussão foram fundamentais para a produção de dados substanciais e profícuos para a análise da tese.

As notas de campos foram utilizadas para possibilitar uma complementação das reuniões. A cada término da reunião, anteriormente às transcrições, fazia anotações,

¹¹ Tradução literal.

impressões, descrevia comportamento, dados que não foram captados no grupo de discussão. Porém, a presença de uma moderadora foi fundamental para que essa pudesse observar o grupo e suas mudanças em cada discussão. Mesmo com a presença da moderadora, posteriormente, eu continuava realizando as anotações porque ocorriam muitas observações, insights que não poderia registrar na hora para não dispersar ou atrapalhar o raciocínio do preceptor ou a reflexão que ele estava fazendo. Percebi que a atenção focada ao participante demonstrava a importância do que ele estava dizendo e como este espaço era novo para eles, decidi focar na escuta ao invés de realizar observações. Por isso, como uma das limitações do estudo pode ser a pouca descrição das notas de campo pela pesquisadora; elas foram construídas com o que era registrado após a reunião. Porém, mesmo diante destas limitações, essas notas foram significativamente importantes para a análise de processo e possibilitaram codificar as mudanças de comportamento ao longo do ciclo 4 DSPD.

Portanto como esta pesquisa inseriu-se, na abordagem metodológica participativa, a reflexividade foi aplicada enfaticamente para possibilitar que os participantes, tidos neste tipo de pesquisa como coautores, também pudessem ajudar neste processo reflexivo (FINALY, 2002). Os participantes ajudam nas interpretações, confrontando, modificando e lapidando os resultados da pesquisa com suas próprias interpretações (FINALY, 2002) e a reflexividade permite identificar como cada participante influenciou a pesquisa.

4.8 Análise dos dados

A análise qualitativa de dados pode ser realizada através de múltiplas abordagens. Além de responder à questão de pesquisa do estudo proposto, é importante definir como os dados são considerados representações da realidade. Para este estudo, a análise de dados será realizada de acordo com Green et al (2007), Silverman (2000) e Dezin e Lincoln (2000). Este tipo de análise de dados qualitativos é realizado a fim de proporcionar aos resultados da pesquisa uma maior articulação entre as evidências e a análise realizada (GREEN et al., 2007). De acordo com estes autores, a transparência na análise de dados deve ser demonstrada para que os dados possam ser gerados com maior fidedignidade e acurácia. Os autores Green et al. (2007) e Giacomini (2010) esclarecem algumas proposições importantes em relação à análise dos dados as quais serão adotadas neste estudo, são elas: a análise dos dados iniciou concomitantemente com a coleta dos dados; imersão da autora-pesquisadora nos dados coletados, os quais foram coletados e transcritos pela mesma a fim de garantir fidedignidade

aos resultados; engajamento da pesquisadora com o fenômeno pesquisado e sua imersão para a compreensão deste.

Foram utilizados os seguintes passos para o processo temático da análise dos dados: imersão nos dados, codificação, categorização e generalização dos dados. Estes passos são descritos abaixo:

4.8.1 Imersão nos dados

Diversos estudos (GREEN et al., 2007; SILVERMAN, 2000; GIACOMINI, 2010; DENZIN; LINCOLN, 2000) apontam para a necessidade de imersão nos dados como primeiro passo para a análise. Como nesta pesquisa foram adotados grupos de discussão com preceptores como principal fonte de coleta de dados, é importante que se tenha um observador para que este possa ajudar nas descrições das observações no momento da realização do grupo, descrevendo as experiências compartilhadas do investigador com os participantes no momento da discussão em grupo. Por isso, destaca-se que é essencial para a análise que estas observações e experiências sejam rigorosamente registradas no momento da realização do grupo, para, subsequentemente, serem incorporadas às transcrições, que farão parte dos dados (GREEN et al., 2007). Além disso, o pesquisador deverá estar comprometido no momento da realização do grupo em compreender o contexto da reunião para que, posteriormente, possa fazer a interpretação e responsabilizar-se pela descrição do contexto da investigação para além das transcrições das entrevistas.

O primeiro passo da análise de dados requer leitura e releitura das transcrições realizadas (GREEN et al., 2007). Este processo de diversas leituras atentas dos dados é o que trará a clareza das relações estabelecidas com o grupo e entre membros do grupo. Mas, fundamentalmente, a imersão nos dados permite estabelecer as bases para conectar elementos desconexos para proporcionar uma descrição mais clara da questão a ser investigada (GREEN et al., 2007).

4.8.2 Codificação

De acordo com Green et al. (2007), o segundo passo para a análise dos dados é a codificação. Este processo consiste em examinar e organizar todas as informações que estão contidas nos grupos de discussão realizados, criando um código para cada nova ideia do texto. Um código possui um título, uma descrição e um exemplo para que seu conteúdo seja claramente definido (RYAN; RUSSEL, 2000). É importante sinalizar que, nesta fase de

codificação, exige-se que o pesquisador considere as observações do contexto em que as afirmações foram realizadas para interpretar contextualmente os dados. Este é o passo inicial da codificação, porém os códigos podem ser modificados de acordo com os novos códigos criados, retornando à pergunta de pesquisa e aos conceitos teóricos que serão utilizados para a análise dos dados. A abordagem analítica comumente utilizada é o método comparativo constante. Nessa forma de análise, os dados são analisados linha por linha em detalhe. Quando um conceito se torna aparente, um código é atribuído a esse segmento do documento (ou um documento inteiro). Os códigos são etiquetas ou rótulos que ajudam a catalogar os principais conceitos, preservando o contexto em que estes conceitos ocorrem. Para verificar se o código é atribuído apropriadamente, o analista compara segmentos aos quais foram atribuídos o mesmo código previamente e decide se esses refletem o mesmo conceito. Usando este método de comparação constante, as dimensões de pesquisadores existentes refinam os códigos.

Em um primeiro momento, os códigos referem-se quase exclusivamente às informações geradas pelos participantes, mas paulatinamente perspectivas teóricas também ajudam a decidir como melhor definir ou revisar códigos. Neste passo, os códigos foram revisitados e reajustados para vincular aos demais códigos e posteriormente construir as categorias temáticas (GREEN et al., 2007).

Nesse processo de análise de dados, realizei, primeiramente, a imersão nos dados empíricos por meio das repetidas leituras e releituras das transcrições e da construção dos *memos*, os quais são ideias que ocorrem quando estamos realizando o processo de leitura. Logo após, realizei o processo de codificação por meio do processo de examinar e organizar as informações contidas em cada grupo de discussão e em todo o conjunto de dados. O processo de codificação é constituído pelo código. Cada código apresenta um título, uma definição e seu respectivo exemplo. O código pode ser uma frase, uma palavra que captura a ideia do sujeito (participante). São etiquetas aplicadas ao segmento. Após a criação de todos os códigos das transcrições, os códigos foram agrupados em macro-códigos. Realizei a disposição dos dados conforme Quadro 3 para possibilitar maior facilidade de ver as inter-relações entre eles.

4.8.3 Criação de Categorias

De acordo com Green et al. (2007), a análise é realizada a fim de categorizar as formas em que os participantes da pesquisa falam sobre os aspectos da questão de pesquisa. Esta fase é responsável pelo ajuste entre os códigos que se relacionam para formar a categoria. O processo de categorização dos códigos, ou seja, os códigos são ligados para formar uma categoria. A

análise detalhada dos dados é realizada para categorizar as formas em que os participantes da pesquisa falam de aspectos da questão sob investigação.

4.8.4 Identificação dos Temas

A geração dos temas envolve a descrição do alcance das categorias e a interpretação da questão de pesquisa do estudo (SILVERMAN, 2010). Neste momento, a geração dos temas requer a interpretação dos dados empíricos com a teoria, referindo-se aos conceitos que foram adotados para este estudo (WILLIS et al., 2007). Os temas devem responder às perguntas de pesquisa. Os temas são declarações que unificam conceitos sobre o assunto da pesquisa e que podem ser usados para descrever um fenômeno em profundidade e para gerar hipóteses para investigação quantitativa subsequente. Também podem ser inter-relacionados temas para formar uma cronologia dos eventos ou para retratar uma teoria (CURRY; NEMBHARD; BRADLEY, 2009)

Esta etapa de identificação dos temas é importante, pois ela é decisiva para que o estudo produza uma boa evidência. Os autores (GREEN et al., 2007; WILLIS et al., 2007) argumentam que um bom estudo, identifica os temas articulando com a teoria adotada para o estudo, no caso deste com a Teoria Social Crítica.

Assim, o tema é mais do que a categoria. A geração de temas requer movimento para além de uma descrição de uma variedade de categorias. Envolve a mudança para uma explicação ou, melhor ainda, uma interpretação da questão sob investigação. É nesta fase que faremos a checagem dos temas com os objetivos do estudo, podendo adequar os objetivos aos temas (estes devem estar em coerência um com outro). A geração de temas requer testar a explicação tanto com os dados e com a teoria, referindo-se especificamente aos conceitos teóricos relevantes ao estudo (GREEN et al., 2007).

Quadro 3 – Temas, Categorias, Macro códigos, Códigos, Definição e Exemplos

Temas	Categorias	Macro códigos	Códigos	Definição	Exemplos
			Códigos	Definição	Exemplos
		Macro códigos	Códigos	Definição	Exemplos
			Códigos	Definição	Exemplos
Temas	Categorias	Macro códigos	Códigos	Definição	Exemplos
			Códigos	Definição	Exemplos
		Macro códigos	Códigos	Definição	Exemplos
			Códigos	Definição	Exemplos

Fonte: Autora.

Dando seguimento à análise de dados, realizei a análise de dados do conteúdo e de processo. A análise dos dados é a atividade intelectual que procura dar um significado mais amplo às respostas, vinculando-as às teorias e à produção científica já existentes; é a interpretação do material apresentado em relação aos objetivos propostos e com a teoria escolhida para tal. A análise do conteúdo sobre Educação Permanente em Saúde e Residência Multiprofissional com o que os participantes dizem, e a análise de processo, na qual procurei evidenciar como os participantes se comportam ao longo do estudo, para mostrar como ocorrem mudanças em um grupo.

As fontes utilizadas para análise são as transcrições dos grupos de discussão realizados durante o ciclo 4 DSPD e as notas de campo realizadas pela pesquisadora e pela observadora. As notas de campo serviram para clarificar algumas informações, principalmente na análise de processo, a fim de ressaltar as mudanças que ocorreram ao longo do ciclo DSPD entre os preceptores.

4.9 Rigor do estudo

Segundo Carter e Litle (2007), a qualidade de um estudo qualitativo encontra-se na consistência interna entre metodologia, métodos e teoria utilizada. Diante destes aspectos, são considerados para o rigor dos estudos qualitativos os seguintes elementos:

4.9.1 Coerência Teórico-Metodológica

A coerência teórica é um dos elementos chaves para conferir rigor científico a uma pesquisa qualitativa. Diante disso, é necessário apontar a Teoria Social escolhida, o paradigma ao qual esta faz parte, e os conceitos que delinearam as interpretações e análises do estudo (CARTER; LITTLE, 2007). É interessante, neste momento, que o pesquisador aponte suas aproximações e seus distanciamentos teóricos para a construção de seu objeto, ou seja, aponte os principais conceitos teóricos adotados, assim como os autores os quais serão referência para a pesquisa. Neste trabalho, esses apontamentos foram apresentados na seção anterior sobre o Capítulo Teórico, no qual busquei apresentar os principais conceitos que sustentam esta pesquisa e os autores de referência.

4.9.2 Contextualização

Nesta seção, ressalta-se a importância da contextualização desta pesquisa. A contextualização deste estudo se dá a partir da localização deste, que é o lugar onde se desenvolve a Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas. Dá-se também a partir do lugar de onde os preceptores falam, quais os lugares e posições que eles ocupam nesta modalidade de formação, e as possíveis articulações com a política de Educação Permanente em Saúde e as políticas de formação.

4.9.3 Transparência e Claridade

De acordo com Finlay (2002, p.13), o estudo qualitativo requer determinadas características, tais como: clareza, credibilidade, contribuição e ressonância comunicativa. O critério clareza pode ser exercitado a partir das perguntas: “A pesquisa fez sentido? Até que ponto a pesquisa é sistematicamente trabalhada, coerente e claramente descrita?” (FINLAY, 2002, p.13)¹². Já para o critério credibilidade, a autora sugere as seguintes perguntas:

Até que ponto os achados combinam com a evidência e são convincentes? Quando o autor está discutindo baseado nas evidências, as evidências estão organizadas rigorosamente de forma a possibilitar uma auditoria externa? As interpretações do autor estão plausíveis e justificadas? Os leitores podem ver o que o pesquisador viu mesmo que eles discordem das conclusões feitas pelo pesquisador? (FINLAY, 2002, p.13).¹³

Desta forma, estes questionamentos são importantes e serão considerados a fim de manter os critérios de transparência e clareza neste estudo.

4.9.4 Limitações do estudo

Para este estudo, os resultados estão limitados por um determinado tempo, um contexto específico e por um grupo específico de preceptores que fizeram parte da coleta dos dados. Dessa forma, os resultados referem-se às características delimitadas pela Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas em que a pesquisa foi realizada. Além disso, ressaltamos que este objeto de estudo está delimitado pela análise realizada através da Teoria

¹² Tradução livre.

¹³ Tradução livre.

Social Crítica, utilizando ferramentas específicas conceituais, por exemplo, a aprendizagem significativa, a problematização e a produção de diálogos e saberes.

4.10 Dimensão Ética

Primeiramente, entrei em contato com a Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde a fim de solicitar autorização para realizar a pesquisa com os preceptores participantes do referido programa e esclarecer sobre a mesma, de forma clara e concisa facilitando o entendimento dos objetivos e esclarecendo sobre a coleta de dados. Após, será registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde e na Plataforma Brasil sendo o protocolo do projeto de pesquisa para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UFRGS. A entrada, em campo, para a realização da pesquisa aconteceu somente após a aprovação do CEP/Hospital de Clínicas considerando fundamental a condução ética, durante todo o processo desta pesquisa na qual foram observados os princípios da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi apresentado pela pesquisadora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO C), o qual será lido junto com os preceptores da pesquisa. O TCLE informará que a participação do sujeito de pesquisa seria voluntária, respeitando a sua autonomia, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados; também, informou quanto aos benefícios desta pesquisa os quais dizem respeito a melhor qualidade das práticas referentes a Residência Multiprofissional de Saúde, bem como à produção de conhecimento; e quanto aos possíveis riscos na participação da pesquisa seria a possibilidade da mobilização emocional dos profissionais. Assim, para garantir o sigilo e confidencialidade dos participantes da pesquisa será utilizada a letra ‘P’ (P1, P2, P3, P4...), por ser a letra inicial da palavra participante, seguida de um número que não corresponde à sequência de sua participação na pesquisa.

Ainda, foi esclarecido aos participantes o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa. Os dados referentes a esta pesquisa fazem parte de um banco de dados que serão guardados pela pesquisadora responsável. Também, foram garantidos esclarecimentos de quaisquer dúvidas no transcorrer da pesquisa. A participação dos sujeitos foi voluntária e com liberdade de desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem constrangimento ou prejuízo.

Como as reuniões foram em grupo, a pesquisadora não pode assegurar que membros do grupo não comentassem com outros colegas as ideias discutidas. Todos decidiram juntos que os conteúdos eram do grupo e poderiam/deveriam ser compartilhados.

As informações ficaram mantidas em arquivo confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por cinco anos da sala do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFRGS. Após este período, os dados serão destruídos. Ao final da pesquisa, foi elaborada a tese de Doutorado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS e, na sequência, estão sendo encaminhados artigos para publicação em Revistas de Enfermagem de âmbito nacional, internacional, bem como trabalhos científicos para serem apresentados em eventos da área da Saúde e da Enfermagem.

5 RESULTADOS

Apresento os resultados de conteúdo e de processo gerados pela Pesquisa Apreciativa Crítica. Destaco que a análise de conteúdo é escrita separadamente da análise de processo para fins explicativos. Apresento a geração de dados de modo detalhado, contextualizando os momentos em que ela foi produzida, para que o leitor possa acompanhar a estruturação dos resultados. No apêndice, apresento as codificações que possibilitaram a análise do conteúdo e de processo com as respectivas categorias, subcategorias, macro códigos, códigos, definições e exemplos (Apêndice E e Apêndice F).

5.1 Resultados Análise de Conteúdo

Os resultados são apresentados a partir das categorias e suas respectivas subcategorias, as quais estão representadas na figura seguinte (Figura 2). Assim, para a apresentação dos dados, não nos detivemos nas Fases Descoberta, Sonhos, Planejamento e Destino, mas nas categorias que resultaram do processo analítico. A seguir, apresento a Figura 2 que representa as categorias, subcategorias e macrocódigos.

Figura 2 – Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Reflexões sobre a RMS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reflexões sobre a atuação dos preceptores ➤ Reflexões sobre os residentes ➤ Reflexões sobre a multiprofissionalidade
Melhores práticas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melhores práticas coletivas orientadas pela EPS ➤ Estratégias para o desenvolvimento de práticas multiprofissionais
O que dá vida ao trabalho dos preceptores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retorno Apreciativo
Sonhos para a RMS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sonhos possíveis dos preceptores para si mesmo ➤ Sonhos possíveis para os residentes ➤ Sonhos possíveis para a proposta da RMS ➤ Sonhos viáveis para os preceptores
Práticas de Educação Permanente em Saúde na RMS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação das práticas de EPS na RMS ➤ Formação integrada por meio da criação do Núcleo Pedagógico de EPS

Fonte: Autora.

A temática ‘Reflexões’ corresponde às reflexões realizadas pelos preceptores acerca da sua atuação, sobre os residentes e a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde. Tal temática é composta pelas seguintes categorias: ‘reflexões sobre a RMS’, ‘melhores práticas na Residência Multiprofissional em Saúde’ e ‘o que dá vida aos preceptores na Residência Multiprofissional’.

5.1.1 Reflexões sobre a RMS

A categoria ‘Reflexões sobre a RMS’ repercutiu em todas as fases da Pesquisa Apreciativa Crítica. Essa categoria foi criada a partir das discussões do grupo que proporcionaram aos preceptores momentos reflexivos dialógicos. Em tais momentos, eles refletiam sobre: sua atuação, atuação dos residentes e sobre a multiprofissionalidade na RMS.

A partir dessa categoria, apresento a narrativa dos preceptores sobre as características identificadas na Residência, sejam aquelas que limitam o seu desempenho, aquelas que tratam das qualidades que eles desejariam ou aquelas que descrevem o trabalho produzido na Residência.

Quanto ao conteúdo dos dados, percebo que a Educação Permanente em Saúde (EPS) está contemplada parcialmente nas categorias das primeiras fases dessa Pesquisa Apreciativa. Como a EPS é baseada na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas, portanto na problematização da realidade, considero que a metodologia utilizada neste trabalho estimulou a busca por soluções e caminhos para os entraves apontados pelos preceptores.

Pude perceber que as discussões iniciais do grupo não foram focadas nos conceitos de EPS, porém suas considerações abordaram o processo de trabalho na Residência, envolvendo suas atividades e as dos demais atores. Portanto, a EPS permeia a categoria ‘Reflexões’ por meio da discussão acerca do processo de trabalho dos preceptores.

Essa categoria apresenta as seguintes subcategorias: *reflexões sobre a atuação dos preceptores*, *reflexões sobre os residentes* e *reflexões sobre a multiprofissionalidade*. A subcategoria *reflexões sobre os preceptores acerca da sua atuação* é composta pelos seguintes macro códigos: *características identificadas nas reflexões dos preceptores*, *características desejadas para os preceptores* e *características que limitam a atuação dos preceptores*.

A subcategoria *reflexões dos preceptores acerca da sua atuação* emergiu dos questionamentos que orientaram os preceptores a refletir sobre as melhores práticas desenvolvidas por eles na Residência. Esse direcionamento trouxe como resultado a identificação das características positivas.

A partir das falas dos preceptores é possível perceber que o fato de ter sido preceptor ou residente é considerado uma experiência importante para a atividade de preceptoria.

Ao realizar a "pasárgada" rumo a Porto Alegre, encontrei a residência, ainda como residente. Nunca antes havia me deparado com tamanho entrosamento, multidisciplinaridade e verdadeiro trabalho em equipe. (P2)

Participo como preceptora na RMS desde 2014 quando iniciei minhas atividades [...] e isso foi bem importante para que eu pudesse desenvolver as atividades como preceptora. Esta experiência me ajudou no desempenho. (P5)

Iniciei meu trabalho de preceptoria na RMS [...] como acredito que isto ocorra com a grande parte dos preceptores, o começo desta nova proposta de trabalho foi bem difícil para mim, entretanto com o passar do tempo me encontrei mais seguro e com maior apropriação das temáticas que envolviam a RIMS. (P3)

Primeiramente penso ser importante descrever como se deu a escolha do preceptor de campo na minha área de concentração [...] O grupo de preceptores indicou meu nome durante uma reunião de estruturação da ênfase, pois sabiam que eu já havia desempenhado função de preceptor, mesmo que de núcleo, em outro programa de residência. (P4)

Comecei trabalhando como preceptor na residência X. Neste espaço encontrei residentes jovens e inspirados lutando por SUS forte. Esta experiência me trouxe a certeza que aquele era meu espaço, meu lugar e que precisava dar força e dedicação a ele. (P2)

Iniciei na RIMS como preceptora de núcleo [...] Participei de algumas discussões de organização da residência e sempre me coloquei como uma entusiasta desta proposta. (P6)

Os fragmentos acima foram retirados da carta em que os preceptores relatam suas experiências positivas na RMS. A maioria deles cursou a Residência e esse fato pode ter despertado o interesse em desempenhar a preceptoria. A experiência anterior parece ter sido importante para que houvesse uma identificação dos preceptores com a proposta da RMS. Tal experiência parece ter proporcionado maior segurança na atuação da preceptoria.

Outra característica identificada pelo grupo de preceptores foi o aperfeiçoamento pessoal e profissional, aspectos que a RMS busca incentivar nos preceptores.

Recordar momentos positivos no desempenho da preceptoria de campo é um bom exercício reflexivo, pois me remete a um aspecto que procuro garantir em minha trajetória que é a necessidade de estarmos em constante busca por aprimoramento pessoal e profissional. (P2)

Esse fragmento revela que a reflexão sobre os momentos positivos vividos na preceptoria de campo se relaciona com o aprimoramento pessoal e profissional. É importante destacar que além do aprimoramento profissional, houve demonstração de preocupação com o

desenvolvimento pessoal, fato que pode ser traduzido como um compromisso ético com o papel desempenhado na RMS.

Na fala de P1, observo que o preceptor assume um papel mediador, ou seja, o preceptor tem o papel de ajudar o residente a compreender a aceitação de condutas que não podem ser modificadas. Pela maior proximidade com os residentes, os preceptores são os atores que mediam as interações entre os coordenadores, os tutores e os profissionais do serviço.

[...] ao mesmo tempo que os preceptores vão provocar os residentes a pensar de outras formas ou a entender alguns processos e até aceitar alguns processos, que as vezes nosso papel é fazer com o que o residente aceite algumas coisas que agora a gente não tem como combater, mudar. (P1)

Destaco agora, algumas questões apontadas por alguns colegas preceptores e também residentes sobre este processo de construção dos estágios nestes diferentes cenários práticos. Um ponto bastante comentado é a forma como me coloco ou me expresso nestes momentos, uma fala tranquila, buscando organizar o pensamento e sempre buscando contextualizar e historiar os processos aos quais estamos inseridos. Uma outra questão apontada é a organização para a discussão de determinados pontos ou situações, em qual melhor momento de discutir entre preceptores, para depois discutir entre preceptores e residentes, enfim, uma habilidade de mediar discussões e possíveis encaminhamentos, buscando atentar para as consequências futuras destas escolhas. (P4)

Além do papel de mediador, a característica apoio e coesão do grupo, também foi considerada importante no contexto da Residência. O apoio e coesão do grupo é compreendido pela coerência nas ideias e propostas dos preceptores, as quais se fortalecem frente às dificuldades. O apoio e a coesão do grupo constituem um elemento importante. Isto pode ser observado nas falas subsequentes:

Eu me sinto bem contemplado pelo grupo, pelo que tu leste aí. Encontramos no conjunto de preceptores principalmente este porto seguro para pensar, compartilhar que nós vivenciamos, às vezes, as mesmas dificuldades no campo. (P4)

Eu acho importante o que nós colocamos sobre o apoio do grupo dos preceptores que mesmo diante das dificuldades, é um grupo que não esmorece. (P1)

[...] quem sabe a gente faz um documento? Ou então: vamos parar, vamos fazer a operação tartaruga. Todo mundo parece se motiva e não tem alguém que fica para trás, lamentando. (P6)

Reitero que a contribuição dos demais preceptores foi fundamental, cada qual com sua expertise, sempre apoiaram o projeto e coletivamente colocaram em prática. (P4)

E eu acho o positivo é este grupo de preceptores, de colegas, de profissões diferentes, essa troca é muito importante. Este olhar, não precisa falar nada, mas tu sentir ali apoio ou no mínimo: pode falar! Então eu acho que isso é muito bom e isso é fortalecimento, isso é grupo. (P6)

Da mesma forma, também foi destacada a importância da integração dos preceptores com os residentes.

Eu coloquei aqui tanto como residente e preceptor este é o ponto mais positivo que eu vejo e eu tenho este feedback. Eu tive momentos bem felizes de residente X ou Y [...] Isso eu não tive na minha época de graduação, por exemplo, eu sou da área da saúde mental, a nutrição não tem saúde mental na grade curricular, no máximo fazendo um link com transtornos alimentares. Mas poxa! O residente tem que trabalhar muito mais que isso para trabalhar na nossa ênfase e as outras também são assim, Educação Física, etc! Então esta é a parte bacana! (P2)

Recordo muito bem do início do trabalho em março de 2014, após o período de integração geral dos residentes, havíamos organizado uma integração específica para a nossa área de concentração e em seguida a inserção dos residentes no cotidiano do trabalho. Foram momentos tranquilos de auxiliar os residentes a se integrarem nas equipes, se familiarizarem com as propostas e abordagens terapêuticas da unidade e principalmente estabelecer uma boa relação com os usuários do serviço. (P4)

Tal integração resultou na coesão e adesão do grupo à proposta da Residência. Os preceptores, no momento em que estão atuando na Residência, possuem oportunidade de questionar e até mesmo alterar práticas já institucionalizadas. Quando assumem o papel de preceptores têm a possibilidade de examinar e refletir sobre seu desempenho, posto que há diferenças significativas entre atuar como profissional no serviço e ser responsável pela formação de um profissional, que pode ser observado nas falas a seguir:

Neste curto espaço de tempo, que não é curto, são dois anos, quantas coisas nos mobilizam a nos visitar [...] Tu vais lá, lê um planejamento, lê as resoluções, lê a portaria sobre residência e pensa: será que de fato eu tenho competência? Eu tenho capacidade para fazer isso tudo que é tão grandioso? E o que o meu hospital e o meu local de trabalho me dão de subsídio para eu conseguir fazer isso? Acho que isso são coisas que nós temos que levantar para nós refletirmos sobre nossas práticas. (P1)

Penso ser algo relevante (ser preceptor), pois há um caráter de representação institucional quando nos apresentamos para profissionais de outras instituições, além da representação da área de concentração para o público interno do HCPA. (P4)

As atividades da RMS na Atenção X foram iniciadas em março de 2014. Paralelo ao início das atividades para um grupo totalmente novato nesta função (de preceptoria) havia ainda a inserção em áreas que até então não atuávamos e tudo acontecia concomitantemente. (P3)

A expectativa deles é uma, mas o resultado é outro porque ela é que vai mexer nas nossas práticas, porque eu penso assim, eu estou cobrando coisas, então eu também tenho que fazer isso. Tudo isso me leva a refletir sobre as minhas práticas. (P3)

Um exemplo de reflexões sobre as práticas foi a análise do processo pedagógico das disciplinas. Essa análise ocorreu pela falta de um plano de ensino pedagógico, desencadeando, desse modo, a reflexão sobre o processo pedagógico vigente. Tal prática foi evidenciada no

grupo, no diálogo entre um preceptor e outros profissionais da sua área que também atuavam na RIMS. A partir disso, os envolvidos no diálogo promoveram uma análise do processo pedagógico das disciplinas, buscando adequar a proposta de formação para o SUS. Essa atitude amplia a visão do preceptor e evidencia que seu papel é mais abrangente que o descrito pelas resoluções.

A partir de então nós refletimos e avaliamos o processo pedagógico das aulas de núcleo [...]. O fato de não existir um plano de ensino pedagógico para as disciplinas do nosso núcleo nos provocou a enfrentar este desafio. (P7)

Do mesmo modo, os participantes sinalizaram elementos desejados para a preceptoria, sendo a formação pedagógica a primeira característica a ser destacada.

Eu entro no hospital como preceptor de núcleo, eu não fiz residência, não conhecia direito o que era uma residência e cáí como preceptor [...]. (P1)

Enquanto as áreas na saúde coletiva têm uma série de formação, para nós, é muito difícil, ninguém tem nem formação para isso! (P3)

Nós fizemos um curso depois, uma capacitação, mas enquanto isso todo dia eu estava trabalhando já na preceptoria. Nós não somos da primeira turma que fez uma formação formal que teve todas as aulas, só os preceptores [...]. (P6)

Para os preceptores, a preceptoria é uma atividade que vai além do previsto na Resolução de 2012, e, por isso, desejam que a docência seja reconhecida como uma atividade desempenhada pelo preceptor.

[...] tu vais fazer uma seleção é bem isso [...] vou pegar o exemplo das seleções da Enfermagem, tem a docência em ensino superior, mas as nossas docências na RMS não são reconhecidas. (P2)

[...] se tu fores analisar, nós fizemos aula na residência, nós orientamos os residentes em campo de estágio, é contato direto, e é aula de campo e núcleo e é uma pós-graduação e nós, muitas vezes, não conseguimos nem [...] nem certificar isso [...] eu já tive uma seleção que participei! E é colocado em xeque isso. Docência, eu ajudava a participar das aulas dos núcleos de enfermagem, ajudava e ajudo, formulava as aulas, ministrava muitas aulas quando não tem convidados porque tu não tens uma linha de financiamento específica do Ministério da Educação e nem tampouco da Saúde para isso. (P4)

[...] tão pouco para a parte da docência, para contratar profissionais para ministrar aulas, então para quem sobra isso, sobra para nós, mas não há reconhecimento de que ministramos aulas na RMS. (P3)

Os preceptores alegam que durante a preceptoria realizam o exercício de docência, porém não há reconhecimento e comprovação oficial dessa atividade. Além disso, acreditam que

não são devidamente valorizados pela atividade que desempenham. A gratificação também é desejada pelos preceptores.

E muitas vezes nós tentamos reivindicar em um espaço e outro esta questão aqui do Hospital de Clínicas, de nós tentarmos ser mais valorizado nos processos de gratificação profissional, das pontuações ou até de tentar ter alguma bolsa, algum incentivo financeiro. (P4)

Tu tens para a bolsa do residente, mas não tem para o incentivo do preceptor [...] e esta era uma discussão que se tinha lá na Escola de Saúde Pública, no hospital de São Pedro, de outros cenários práticos que tinham residência da ESP. (P2)

Nós esmorecemos [...] para nós descobrimos para quem nós tínhamos que pedir para fazer esta mudança na progressão foi uma dificuldade [...]. Um de nós descobriu qual era o grupo que faz esta progressão, esta pontuação [...] e disseram que este ano já tinha fechado e isso que entramos antes da questão ser votada [...] e eu mandei para o nosso grupo e murchou a moral de todo mundo! (P6)

Isso é difícil, mas mesmo não tendo estas gratificações, eu nunca tive fora da residência, eu tive fora da residência em 2013, 2014 eu já voltei. (P4)

E nós temos que ser valorizados e a instituição tem que entender e realizar essa valorização. (P6)

Além da gratificação, o grupo deseja reconhecimento e valorização da sua atuação como exposto nos fragmentos subsequentes:

Nós queremos valorização dessas 50,70 pessoas envolvidas na RIMS até porque não precisa ser remuneração, nós queremos reconhecimento e facilitação em termos de horas e das coisas de pontuação para essas 70 pessoas nesse universo de 7000 funcionários. (P5)

Vou pegar o exemplo do Programa X (...) a pessoa que participa do Programa de residência ela tem uma diferenciação, ela tem no currículo, não só o adicional, o financeiro, mas tem também um reconhecimento. Mas eu lembro que eles têm liberação de carga horária para dar aula, para participar de reuniões, seminários [...]. (P2)

- O núcleo também poderia arbitrar nessas coisas. (P5)

- Sim, valorização para os preceptores em geral. (P4)

- Para todos os preceptores, algo aberto para todos os preceptores. (P1)

Eu estava pensando se vocês já falaram da valorização do preceptor na RIMS que tem a ver com o movimento que a colega estava levantando com os outros colegas também, de levar a proposta de valorização interna para o próprio hospital porque é uma realidade e precisa ser revista, investida [...]. (P2)

A valorização dos preceptores é a característica mais desejada por eles. Os preceptores entendem que deveria haver remuneração para a sua atuação, o que depende da política que implementou as Residências Multiprofissionais no Brasil. Nesses fragmentos, observa-se que os profissionais pensam em estratégias viáveis para a sua valorização que tanto pode ocorrer por meio de pontuação pelas horas trabalhadas ou mesmo pela remuneração.

Aliada à valorização dos preceptores, a autonomia é também destacada em relação aos processos de trabalho:

E nos nossos dias, quando estamos só nós, também não nos organizamos para trazermos alguma coisa para aproveitarmos esse momento. Nós começamos até a nos organizar, chegou um momento que nós começamos [...]. Mas eu vejo isso, um modelo que só quer receber, bom ou ruim e não tem autonomia. (P6)

Para nós não sermos meros executores [...] às vezes tem toda uma decisão lá de cima e tu é só aquele responsável, temos que ter uma maior autonomia. (P3)

A partir dos relatos, percebo que os preceptores desejam maior valorização de suas atividades. Do mesmo modo que o grupo citou características identificadas em relação a preceptoria, também discorreram sobre aquelas que limitariam sua atuação, as quais estão alinhadas no macrocódigo ‘características que limitam a atuação dos preceptores’. Dentre as características identificadas, observa-se a insegurança que o preceptor tem em relação ao seu papel:

Eu fico pensando [...] primeiro ano de preceptora de campo, tu entras no primeiro momento muito perdida, sem saber exatamente qual é o teu papel, o que tu tens que falar e o que não. (P3)

A indicação feita pelos demais preceptores, apesar dos argumentos plausíveis, era uma forma de garantir que nenhum deles assumisse a função naquele momento, pelo menos foi uma percepção minha e que um ou outro preceptor conseguiu expressar verbalmente, alegando não se sentir seguro para desempenhar a função. (P4)

O papel do preceptor não é claramente identificado pelos participantes da pesquisa, o que gera incerteza e insegurança sobre sua atuação. Essa insegurança pode estar relacionada à falta de experiência e à carência de uma formação inicial para a preceptoria, aspecto que os preceptores citaram como desejado na RMS.

Assim como a insegurança se reflete no desempenho do preceptor, as múltiplas demandas também constituem fatores limitantes. Cada instância exige do preceptor múltiplas atividades, sobrecarregando-o.

[...] eu sempre digo que nós servimos a vários chefes porque tu tem a vice presidência médica esperando uma coisa de ti, o chefe do teu serviço espera outra, a coordenação da RMS espera outra e o residente outra e tu tens que ajustar, acalmar os ânimos de todos e responder a todos favoravelmente porque tu és cobrado de todos. (P3)

Esta construção tem um caráter coletivo bastante forte, porém, muitas vezes, coube a mim, preceptor de campo, realizar contatos, conduzir reuniões e pensar estratégias para a efetivação dos estágios nestes locais. (P4)

Eu acho que tudo que se tem ônus, se tem bônus. Nós estamos assumindo funções e responsabilidades frente aos serviços, inclusive nós representamos os nossos serviços

e aí às vezes se espera muito de nós com o mínimo de investimento, mínimo de disponibilidade de tempo, como "ah vai lá e resolve". (P6)

Os preceptores apontam as múltiplas demandas relacionadas ao trabalho, múltiplas responsabilidades, falta de tempo para exercer a preceptoría como destacado a seguir:

[...] tu não és desabonado de nada, tu tens que fazer a tua assistência, tens que assumir a residência e eu acho que tem momentos que nós temos que nós impormos também porque tem coisas que sentimos falta. Eu preciso, para eu realmente ser preceptora, ter um tempo para pensar nisso, não é chegar aqui no automático e sair distinguindo pacientes e realizando a preceptoría. (P3)

Tais demandas podem repercutir na alta rotatividade dos preceptores, o que prejudica o programa, já que parece difícil orientar cada novo integrante:

Nós comentamos também aquela questão da circularidade, o grupo de preceptores se modifica todos os anos e eu acredito que bastante, talvez em algumas áreas, algumas ênfases, alguns serviços nem tanto, mas muda bastante. Então a continuidade disso, de que houvesse um fio condutor que pudesse alimentar esses novos. Têm muitos novos que chegam sem quase nenhuma experiência. (P4)

A rotatividade em relação a preceptoría impede que os preceptores adquiram experiência e se sintam mais seguros em sua atuação. Como visto anteriormente, os preceptores sinalizam a importância da experiência, salientando que esta ajudou-os no desempenho da preceptoría.

Além da rotatividade, os preceptores também apontaram o desmerecimento da preceptoría, o que pode levar à rotatividade das pessoas nesta função.

*Talvez uma estratégia para isso [...]. (P2)
Só para terminar, e isso acho que isso mostra um certo enfraquecimento da residência porque não pegam pessoas preparadas. (P4)
Eu acho também que é a não valorização. (P7)
Claro! Nós não nos sentimos valorizados, então queremos largar [...]. (P6)
O que eu ganho com isso? Só problemas! (P4)*

Outro elemento que dificulta a atuação do preceptor é a concentração de atividades nos recém contratados.

Professor novo em uma Universidade é isso, é o que tem mais aulas, mais disciplinas. Vamos colocar uns novinhos aí que estão cheios de gás, ou mesmo sem gás [...]. (P6)

Essa concentração de atividades em novo preceptor do programa deve considerar sua experiência de ensino. Por conseguinte, requer uma formação que proporcione subsídio ao novo

profissional, do mesmo modo que a formação dedicada aos preceptores que já atuam na preceptoria. Porém, o que existe nesta RMS é uma capacitação para os preceptores, em que o modelo é questionado por eles, como na fala abaixo: (falar da capacitação)

Eu diria que o modelo tem que ser diferente porque a capacitação tem que ter linha expositiva, proposta da residência é tão maravilhosa e quando vemos pecamos em algumas coisas que fazemos exatamente da mesma forma, mesmo modelo de aula, para o residente e para o preceptor também [...]. (P3)

A formação que os preceptores pensam para a RMS destoa daquela que receberam. Eles propõem formação que contemple momentos de reflexão, em que o grupo pudesse perceber elementos positivos e elementos em que deveriam mudar em suas práticas. Nas suas falas, os preceptores reconheceram sua acomodação e aceitação em relação ao seu trabalho na RMS.

Porque tu sabes o teu campo, muitas vezes nós também ficamos acomodados querendo receber, recebendo e não questionando, depois nós reclamamos: “mas a coordenação é super impositiva. Mas nós também não fizemos quase nada [...]”. Porque eu acho que existe um desgaste tão grande com toda a pauta dos residentes que também é um modelo, um jeito que eles queiram, mas que nós não queremos. Obvio que nós colocamos como infantil, mas nós ficamos numa outra posição que cansa, chega o final da reunião que não tem mais pauta, “Ah que termine de uma vez, avisos gerais que nós acatamos, nós já estamos ali, que saco”. (P6)

P6 coloca que as reuniões são cansativas e que os preceptores também assumem uma postura de acomodação, esperando pelas normativas, pelo que a coordenação vai decidir. Essa posição é a tida, muitas vezes, até o momento. Porém, reinventando uma maior autonomia e valorização, os preceptores também irão ter possibilidades de mudar suas atitudes. Isso porque os preceptores são pessoas capazes de entender a realidade na qual se encontram, criticá-la e transformá-la por meio da sua capacidade reflexiva. Tal capacidade se realiza a partir de uma práxis (ação-reflexão) que é individual e, potencialmente, coletiva.

Na subcategoria, *reflexões sobre os residentes na RMS*, a discussão é permeada pela incerteza do papel do residente, seria ele um profissional ou um aluno? Conforme transcrição abaixo, percebemos que há alternância desse papel, ora tratado como aluno, ora como profissional:

O que eu vejo, nós acabamos de discutir isso no nosso campo, o residente é muito maleável. Muitas vezes ele se posiciona: eu sou o profissional e as vezes, eu sou o aluno. (P7)

*E nestas horas é confortável tu ser o aluno, ele quer só receber (P7)
Ele (aluno) quer aulinha! Mas aí chega em uma situação prática [...] ele quer ser o profissional. Tem grupos de residentes que são assim [...]. (P3)*

Trazer isso para a discussão (experiência do residente) e não só ficar naquela aula como apenas um ouvinte. (P7)

Acho que essa é a crítica [...] que nós ainda, uma das várias, que nós temos um modelo, mas ainda não temos o tom do nosso residente. É aquela coisa: ele é um profissional, mas é na verdade é o preceptor que responde por ele! Quando interessa ele sai, ele deixa de ser responsável. Quando é para discutir alguma coisa, eles dizem que nós controlamos eles e não deixamos eles fazerem nada sozinhos [...]. A ideia é nós falarmos um pouco da nossa prática, em fazer essa comparação, esse contraponto. (P3)

Os preceptores auxiliam no processo de formação do residente para que ele possa sair qualificado e competente para atuar com autonomia nos cenários do SUS.

Sabe com um tema, por exemplo, como que nós podemos fazer para que o residente não fique tão acanhado? Como tirar ele da barra da nossa saia? Deve ter estratégias! Nós criamos esse tipo de residente [...]. (P7)

Para aquele que está chegando, se apropriar disso tudo e entender que nós estamos discutindo como que nós iremos fortificar e tirar o residente da barra da saia, desse paternalismo [...]. (P6)

Incentivam, ainda, a inserção do residente no cotidiano do serviço de saúde, pois acreditam que eles têm pouco tempo devido às diferentes demandas da Residência:

[...] se nós formos parar para pensar, o residente do primeiro ano do Clínicas, no segundo semestre, ele fica fora segunda de tarde, quarta de tarde e de 15 em 15 dias ele fica terça-feira metade da tarde. Só que lá pelas 15:00 horas tu já nem mais vê porque ele tem que sair para pegar a van, coletivo e mais o turno de pesquisa que geralmente é na sexta de tarde. Então o residente está das 8:00 ao meio dia, é muito pouco [...]. (P4)

Os participantes da pesquisa apontaram o impacto do trabalho dos residentes nas instituições. A introdução de novas práticas nos serviços tem sido muito importante na instituição:

[...] mas os residentes criaram rotinas, criaram práticas! Isso é muito legal [...] saber que a gente melhorou, que o nosso serviço melhorou porque foi uma construção deles com a nossa ajuda como preceptora. (P5)

Temos a primeira residência nesta área (serviço social) no Brasil. (P2)

Conforme foi relatado por P5 e P2, é notável que os residentes criaram e implementaram novas práticas que aprimoraram os serviços onde atuam. Além disso, é importante destacar que

a Residência facilita a inserção desses profissionais no mercado de trabalho, conforme podemos verificar nas falas abaixo.

E outra coisa importante é como os nossos residentes são absorvidos pelo mercado de trabalho [...]. Quando eles estão se formando, já tem gente como abelha no mel, e aí, e aí, vamos ter vagas. Todos nós conseguimos, todos de Enfermagem, nós empregamos, nos dois primeiros meses saindo daqui da residência. Então, isso é bárbaro. (P6)

E as enfermeiras vão todas para o serviço de controle de infecção ou na cidade, ou fora da cidade, do Estado [...] Isso dá um super orgulho na gente. (P3)

Essa significativa incorporação demonstra que a formação desse profissional é valorizada pelos futuros empregadores, seja pela proposta da RMS ou pelo impacto do nome que tais instituições têm no país.

Ainda, os preceptores consideram a aprendizagem significativa um elemento desejado para os residentes. Tal aprendizagem se desenvolve por meio da propagação de aprendizagens tanto na Residência como em outros cenários de atuação.

Eles não precisam estar em um centro de controle de infecção para aplicar o que aprenderam na área do controle de infecção [...] Essa é a diferença, este residente se dá conta! (P6)

Tive a impressão que os residentes realmente entenderam como funcionam estes setores e como é importante este conhecimento para trabalhar juntos com os pacientes oncológicos. (P5)

Ao término deste período (de ser residente) tinha certeza que tal experiência (residência multiprofissional) precisava ser por mim replicada a todos aqueles que, ao sair da graduação careciam de trabalho direto e desnucleado. (P2)

Eu acredito que pessoas, profissionais que fazem a residência, saem com um olhar e uma prática muito diferenciada [...] e vão aplicar no seu campo de trabalho. (P6)

Acho que quando tu, eu falo por ter sido residente, quando tu incorporas esta coisa do multidisciplinar, tu queres fazer isso, tu queres trabalhar desta forma. E porque tu entendes porque para o paciente que é foco de trabalho, ele sai beneficiado. (P3)

Os preceptores entendem que os residentes compreendem a importância do trabalho em equipe e irão disseminar suas ideias para espaços ainda não incorporaram a prática efetiva de atuação multiprofissional. Essas características tornariam o residente um profissional implicado com a formação para a integralidade do cuidado em saúde, beneficiando principalmente o usuário.

A última subcategoria contempla as *reflexões sobre a multiprofissionalidade*. Os macrocódigos que compõem essa subcategoria são: elementos identificados na multiprofissionalidade e elementos que limitam o trabalho multiprofissional na RMS.

Inicialmente, os preceptores identificaram elementos que visam a atuação multiprofissional. A integração entre as diferentes profissões constitui o primeiro elemento presente nas discussões.

Nós aqui nesta sala somos preceptores de CAMPO EXPLICAR EM NOTS DE RODAPÉ, além de núcleo, somos de campo também, e tu tens contato com profissionais de outras áreas que não a tua. [...] e provocar este recém-formado ou este profissional que ainda não é especialista a interagir com as outras profissões. (P4)

[...] pensar juntos independente da área de concentração de aonde ele (o residente) atua, acho que essa é a grande riqueza. (P3)

[...] eu acho que a entrada de outras aulas, outros conteúdos mais afeitos [...] mostra uma apropriação desta terceira profissão. E eu digo terceira em até ordenando porque tradicionalmente, o X é composto de enfermeiros, médicos e farmacêuticos. (P6)

Estes dias o colega estava falando e nós "babando", porque ele compreende, ele entende e ele estava defendendo, não era defendendo mas ele se apropriou do que é trabalhar no controle de infecção como X [...] eu acho uma prática legal a entrada destas outras profissões mais novas. (P6)

É muito legal, parece clichê mas só quem saiu da graduação naquela coisa bem caixinha: aqui é a UTI entram os enfermeiros e os acadêmicos terão aula de UTI na prática e depois entra a turma de fisioterapia e tem a aula prática, sai e entra a Farmácia e assim por diante! A residência quebra isso! (P2)

Além da integração entre as profissões, destacou-se a construção compartilhada dos saberes das profissões, oriunda da integração entre profissionais de diferentes áreas.

Algo na direção do que o Paulo Freire diz, de que cada um tem o seu saber e que juntos a gente agrega, compartilha saberes em conjunto apenas quando ouve o saber do outro porque fora isso, são coisas que eu não tenho como saber. (P1)

Eu sou X, não sou Y e nem sou W, eu sou X e tenho domínio da minha profissão, e sei alguma coisa das outras e penso que isso seja para todos, mas quando nós conseguimos conjugar nós fizemos um salto para o conhecimento multidisciplinar. (P4)

Apesar de sermos muitos especializados, nós conseguimos fazer um salto com qualidade para o compartilhamento de saberes [...] e podemos sim realizar uma construção compartilhada e respeitosa de saberes multidisciplinares. (P3)

Acredito que apesar de árduo, este trabalho nos possibilitou o entendimento da construção do saber compartilhado em grupos e nos instigou a buscar mais alternativas que pudessem incrementar nossas aulas e consequentemente estimular o protagonismo dos residentes. (P7)

Neste ano de 2015, os encontros com as equipes destes cenários práticos são mais brandos. Mas ainda se fazem necessários, pois a formação em serviço, como se

propõe a residência, exige uma conversa constante, troca de impressões, percepções e processos avaliativos para a construção de um saber multidisciplinar. (P4)

Inicialmente busquei um meio de trocar e não ensinar. Uma quebra da formalidade de aluno e professor [...]. O contato mais íntimo proporcionado por encontros em parques e cafés em mesas verdadeiramente redondas fez com que o residente sentisse confiança. (P2)

Para finalizar a apresentação dos elementos que promovem a multiprofissionalidade, os preceptores apontaram o hospital como espaço profícuo para a integração entre as profissões, conforme revela a transcrição abaixo.

Eu penso que essa questão da consulta multiprofissional me incitou porque a gente sempre fala que hospital é essa extrema especialização, nós percebemos que dá para fazer diferente [...] Que mesmo sendo muito especializado, cada um na sua especialidade, pode agregar. (P1)

Eu acho que a gente consegue mudar algumas práticas dentro do hospital, dentro do que já se faz no hospital que parece imutável as vezes, que não há possibilidade para o novo. (P7)

Como exemplo, os preceptores destacaram a experiência exitosa da Saúde da Criança.

Não sei [...] talvez tenha algo de formação, mas também tenha um acúmulo de experiências exitosas ou de melhores resultados (na saúde da criança). (P2)

Talvez tenhamos que estudar isso, mas me parece algo mais construído, que já vem mais de base da formação. (P1)

Eu penso também que todas as profissões estão lá, o maior campo é o deles. Eu acho que eles interagem mais [...]. (P3)

E se tu ver na Saúde da Criança não parece tão difícil porque toda vez que a gente faz essa conversa do quanto o trabalho multidisciplinar é difícil, para o pessoal da Saúde da Criança sempre impacta diferente. (P5)

E os profissionais que trabalham lá nos dizem: como assim isso é difícil? Nós não conseguimos fazer de outra forma a saúde da criança, não conseguimos fazer separado. Eles já têm isso tão "introjetado" neles. (P6)

Os preceptores discutiram acerca da atuação multiprofissional na área Saúde da Criança. Eles identificam que é a área onde os profissionais trabalham em equipe. A complexidade do trabalho com crianças e suas famílias parece ser uma das possibilidades dessa tradição. Ou porque a formação desses profissionais tenha lhes subjetivado para a atuação multiprofissional.

Os preceptores referiram a hegemonia médica nas equipes, apontando o quanto a Residência tem interferido e possibilitado a atuação multiprofissional:

E isso para a gente é desafiador, a residência dá esta possibilidade também de nós se mostrarmos qual é a importância do nosso papel aqui. (P3)

Realmente antes, até os títulos dos "rounds" eram o round do professor que era médico, era um "round" médico [...] A residência multiprofissional procura quebrar esta centralidade do round na equipe médica e proporciona possibilidade de atuação das demais profissões da saúde. (P7)

A inserção de uma equipe multiprofissional em um ambulatório que funcionava somente com consultas médicas, coordenadas por médicos contratados e alunos de graduação vinculados a um projeto de extensão foi desafiadora. (P3)

Agora vou colocar "mais lenha na fogueira", mas o hospital tem um modelo que é centrado na figura do médico, primeiro patamar e segundo enfermagem, a enfermagem no Clínicas tem muito poder. E nós somos todos os outros, os agregados. (P3)

- É, somos os outros! (P5)

- Isso [predominância do médico] é muito tradicional aqui. Ali no hospital X é diferente, eles escutavam muito mais a gente. (P7)

A proposta da Residência aponta para o reconhecimento do trabalho dos profissionais que compõem a equipe de saúde, especialmente em uma instituição que parece valorizar determinados profissionais, como médicos e enfermeiras, que tem espaços de atuação institucionalizados. Os preceptores consideram que a instituição que sedia a RMS é marcada pela ascendência da Medicina e da Enfermagem, evidenciando uma predominância dessas duas profissões em relação às demais que compõe a equipe de saúde. Como exemplo, temos os rounds (explicar o que é) e o ambulatório multiprofissional. As estratégias que envolvem o trabalho em equipe contribuem para desestabilizar o modelo hegemônico presente na instituição que sedia a RMS, além de alavancar a atuação de novas profissões que ainda estão se consolidando na equipe de saúde. A Residência, do mesmo modo, possibilita a atuação das diferentes profissões nela envolvidas. Os preceptores acreditam neste modelo de formação que integra as diferentes profissões, o que pode impactar futuramente nas equipes de saúde de outras instituições.

Aliada à predominância das profissões citadas, os preceptores ressaltam que a tentativa de atuar de maneira multiprofissional é limitada pela programação tradicional já instituída na instituição.

Eu fiquei pensando nisso, na nossa organização nas aulas. Por mais que pensamos em fazer diferente, em inovar, nós vamos fazer "mais do mesmo" porque quando tu olhas a programação de campo ela é extremamente biologicista, enfocando, por exemplo, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, edema agudo e assim vai. (P3)

Existe um abismo entre a emergência e a CTI. Toda vez que o residente passa pela CTI, ele parece que está vindo como um RI. Ele tem que aprender tudo de novo porque é tudo completamente diferente. Mas isso já foi instituído de tal forma. (P7)

Ainda, os preceptores sinalizam que, quanto maior a especialidade, maior a dificuldade do trabalho multiprofissional dentro das áreas:

Se fossem linhas das residências multiprofissionais e tu pegasse a atenção primária até tu chegares na última, a mais especializada, é também a menos interdisciplinar. (P2)

E quanto mais bruta é a área, mais difícil é o trabalho multiprofissional. Faz uma roda, vai lá na do colega, passa na minha, passa na do Controle e aí na Adulto Crítico, Cardio, mais vai modificando as formas de atuações. (P1)

Esses macrocódigos representam os elementos que conduzem a uma atuação multiprofissional, enfatizando o quanto as Residências podem impulsionar tal atuação. No entanto, os preceptores também exibem os elementos que limitam a atuação multiprofissional. Dentre esses elementos, temos a falta da valorização do SUS na instituição que sedia a RMS.

Tem um outro ponto que eu acho muito importante que é a questão do SUS. Porque é um hospital predominantemente SUS e que não valoriza o sistema. (P3)

Chega aqui parece que não tem, parece que não é SUS. E que se coloca (o hospital) como centro do universo na rede e que não é [...] E tem residências multiprofissionais em hospitais como o Conceição que as diferenças são gritantes [...] eles vivem SUS, eles respiram SUS. A ideia é bem diferente, os residentes vivem aquilo, eles sabem de cor aquilo, todas as diretrizes, eles sabem tudo do SUS o que aqui não se percebe muito isso [...]. (P7)

As instituições que sediam as Residências multiprofissionais em saúde são instituições que prestam serviços ao SUS. Entretanto, isso não garante que exista uma valorização ou que os profissionais trabalhem nessa direção, voltados a atender às demandas do SUS. O trabalho multiprofissional enfrenta dificuldades porque os residentes têm uma formação para trabalhar no SUS e alguns preceptores acreditaram que a instituição não está orientada para o mesmo objetivo. Além da pouca valorização do SUS, o fato dessa Residência estar sediada em um hospital também apresenta implicações, na visão de P2.

Coincidência ou não, é do ambiente hospitalar, que é a mais difícil de se trabalhar (se refere ao ambiente hospitalar), que é a mais difícil de se chegar na rede, é uma linha assim. É bem interessante de tu ver isso. (P2)

5.1.2 Melhores práticas de EPS na RMS

Esta categoria apresenta os resultados referentes ao objetivo conhecer as melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores. Para tal, o grupo iniciou pelas práticas que cada um trouxe e, posteriormente, elencou as melhores práticas coletivas. Esta categoria foi subdividida

em duas subcategorias: melhores práticas coletivas orientadas pela EPS e estratégias para o desenvolvimento de práticas multiprofissionais.

Como melhores práticas de EPS, os preceptores apresentam as metodologias ativas utilizadas na formação dos residentes. Os preceptores, juntamente com os residentes, reúnem-se para discutir temáticas transversais às áreas de atuação de cada profissional, por meio de disparadores reflexivos como filmes, atividades teóricas extras, apresentação coletiva dos projetos e trabalhos de Conclusão de Residência nas aulas de campo, contemplando as diferentes ênfases da RMS.

Um exemplo foi trabalhar temáticas sobre as drogas disparadas por filmes porque esta temática é muito abordada pelo cinema. Nós conseguimos desenvolver quatro seminários e desenvolver debates. Nós fizemos a cada 15 dias um encontro com os pacientes, profissionais e residentes com a temática de saúde mental e aí eles começaram a escolher uns filmes que tinham uma temática mais leve para discutir sentimentos, discutir relacionamentos da vida. E os próprios pacientes acabam trazendo filmes, propostas e tal. (P4)

A proposta do colega eu achei interessante nós fazermos, ter uma sessão de cinema que fosse para todos os grupos da residência. Olha a riqueza, coordenar uma ação assim. Os preceptores estarem lá como os debatedores. (P6)

E aí a coordenação montou tópicos especiais no eixo transversal de segunda-feira e nós entramos em comum acordo que se os campos quisessem organizar atividades teóricas no mês de julho, os campos poderiam fazer junto com os residentes. Nós pensamos que foram atividades bem legais, bem prazerosas e que os residentes se envolveram junto com os preceptores. (P5)

E uma outra coisa que a gente está oportunizando para os residentes é um seminário de apresentação dos TCR e dos projetos. Dentro das aulas de campo, das últimas três aulas de campo, a gente está fazendo a apresentação dos TCRs. (P4)

Para o desenvolvimento dessas práticas teóricas, os preceptores se inspiraram nas metodologias ativas, as quais podem usar estratégias que envolvem a multiprofissionalidade, tais como sessões de filmes, seminários, tópicos especiais. Essas estratégias podem ser disparadoras de reflexões críticas pelo grupo de residentes. Além dessas, os preceptores ressaltam as melhores práticas ancoradas no contexto dos serviços, as quais estão expressas nas falas subsequentes.

As duas práticas que eu destaquei, que eu achei que merecem o destaque são o planejamento e a execução de uma nova prática multiprofissional, como o ambulatório lá na Cardiologia. (P2)

Eu pensei assim, e elenquei que no caso seria a consulta ambulatorial que foi citada pela colega que é o ambulatório multiprofissional. (P7)

Foi interessante [a consulta multiprofissional na Cardio] porque é uma proposta que começou do zero, da necessidade de trabalhar a partir disso e o que me pareceu uma

experiência bastante exitosa. Eu acho que a gente trás experiências que evidenciam o contrário disso, acho que nós temos experiências boas tal como o ambulatório da cardiologia. (P4)

A consulta multiprofissional também é uma prática que foi elencada por várias pessoas aqui e acredito que seja possível de exequibilidade. Eu acho que ainda não existe em outros cenários, nas outras áreas, mas acredito que seja possível de realizar. (P1)

A primeira prática que o grupo refere como das melhores é a criação de um ambulatório com consulta multiprofissional envolvendo enfermagem, nutrição, fisioterapia e outras, com Plano Terapêutico Singular e princípios da Clínica Ampliada. Essa é uma das práticas que o grupo elenca como possível de ser disseminada para as outras áreas da RMS. Além da consulta multiprofissional, os preceptores apontam o Plano Singular Terapêutico como prática a ser disseminada para as demais áreas da Residência.

Uma questão da prática de como tu consegues colocar isso em prática é o Plano Singular Terapêutico. Diferentes pessoas "metem a mão" naquela prática de todo o tratamento do paciente, do desenrolar de tudo o que é necessário para desenvolver o cuidado. E isso é possível, tu consegues vislumbrar (a prática do PTS). Então é a inter consulta multiprofissional. Mas não é exatamente isso, tu podes fazer outras coisas a partir desse agir multiprofissional. (P2)

Nós temos um momento por semana que é o PTS (Plano Terapêutico Singular) que a gente elege alguns casos e que a gente tenta pegar teoria também e mesclar com a prática. Assim que a gente conduz para abordar estes outros. (P4)

Outra prática tida como importante no cenário das residências multiprofissionais é a recepção dos novos residentes como atividade de integração na RMS.

Diversas são as atividades que considero como experiências positivas que já vivi no trabalho enquanto preceptora. Entretanto uma que posso destacar foi a recepção do campo para os novos residentes no início deste ano. Fiquei responsável por organizar as atividades que seriam desenvolvidas no campo nos primeiros dias dos novos residentes. (P5)

Os preceptores se organizaram para realizar a atividade de recepção e apresentação dos serviços, em que os residentes teriam atuação na RMS. Com isso, os residentes conheceram os serviços à que estariam ligados e em que atuariam. Os rounds multiprofissionais também são considerados como melhores práticas e têm se consolidado nos cenários das Residências Multiprofissionais.

Round multiprofissional. Nós começamos a participar de rounds através da residência. (P6)

Na X nós temos experiências bem positivas. Também tem o round multidisciplinar diário onde todos os preceptores com os residentes participam e mais toda a equipe é chamado de round multidisciplinar. (P5)

Tem a consulta, mas também têm outras ações que podem ser pensadas e realizadas. O nosso campo não vai fazer consulta. É, e o nosso campo não tem PTS. Não conseguimos fazer PTS. Os nossos residentes querem, mas a gente tenta explicar que não tem como. Mas o round multiprofissional não deixa de ser uma interconsulta o que nos favorecia neste sentido. (P2)

Além das práticas centradas na atuação dos residentes, P1 descreve, a seguir, que a visita realizada em uma instituição não hospitalar é considerada uma experiência exitosa na sua trajetória.

[...] escrevo esta carta para lhe contar sobre uma experiência muito interessante e exitosa que tivemos na RIMS. No semestre passado, tivemos a oportunidade de visitar, juntamente com os residentes da ênfase X, o Sanatório Partenon, aqui na nossa cidade. Essa instituição é responsável pelo tratamento de tuberculose aqui no Rio Grande do Sul. (P1)

A partir disso, os preceptores discutem a importância das vivências dos residentes em outras áreas de formação da RMS, da possibilidade de ações conjuntas entre as ênfases e as vivências em outros cenários. Essas vivências possibilitam que os residentes conheçam outras áreas de formação e ampliem suas experiências.

Além dessas práticas, destacamos a presença de preceptores juntamente aos residentes e a inserção de novas profissões na Residência. Essas duas práticas são descritas por P2.

E a presença destes preceptores junto com os residentes de fato é uma prática positiva da nossa RIMS, a presença, a cobertura destes residentes de não ficarem abandonados a própria sorte, há um cuidado neste sentido. Para mim, são estas práticas que são positivas. (P2)

Acho que no grupo, como melhores práticas, tal como este exemplo do X, é a aposta em diferentes profissões que no primeiro momento não são tão tradicionais na área no nosso caso tem nutrição na saúde mental, tem a educação física. Isto é a aposta da RIMS. (P2)

Nesse contexto, os preceptores se preocupam em oportunizar formação com elementos que promovam um modelo assistencial pautado na integralidade e constroem possibilidades para atender tanto o que é programado como os saberes tradicionais considerados relevantes. Essa formação permite que atuem numa concepção ampliada por meio da reflexão, da problematização e da prática multiprofissional. Uma dessas estratégias para essa formação é oportunizar ações entre as diferentes ênfases, o que os preceptores nomeiam de "ações inter ênfases":

E a outra que eu acho que eu não trouxe aquele dia, não é uma coisa muito comum, mas tem acontecido que são ações inter ênfases. Como assim? Eu destaco uma que a gente fez da Saúde Mental com o Controle de Infecção. Vou dizer o exemplo bem direto dos pacientes, exemplo da prática já: na saúde mental tem muitos pacientes com déficit cognitivo importante, comprometimento intelectual severo na internação nossa lá e a parte de controle de infecção é bem difícil se tu estiveres cuidando dos pacientes em si. A questão das doenças sazonais, por exemplo, no verão é muito comum. As infecções gastro intestinais que para uma outra unidade tu tens um cuidado mais fácil de explicar assim, fazer o trabalho de educação em saúde com o paciente o que na nossa unidade é bem mais complexo. Então, elas [residentes] foram, pediram autorização para os preceptores, e tiraram um tempo da semana delas lá no Controle de Infecção e foram lá na unidade. E aí as residentes solicitaram um suporte das residentes do Controle da Infecção. E o pessoal do controle de infecção da ênfase foi lá, pessoal da Enfermagem, Serviço Social, da Farmácia foram duas, fizeram um trabalho de Educação em uma assembleia. Na nossa unidade, a gente tem uma assembleia dos pacientes, dos usuários. Essas ações inter ênfases, entre campos junto com esses eventos integradores e a oportunidade de vivenciar cenários hospitalares poderiam ser uma atividade destas que foram elencadas pois tudo isso está vinculado. (P2)

E estas ações interênfases que nós colocamos é pensando mais do que um trabalho multidisciplinar, é uma proposta de formação. Uma proposta de formação entre as ênfases e eu acho isso interessantíssimos. E já temos algumas experiências para compartilhar. (P7)

Teve uma que tu falaste que eu destaquei que são as ações que vem sendo feitas na RIMS que quebra um pouco, a saúde da Criança eu acho que já fez, a ênfase do colega da ênfase atenção em álcool e outras drogas também que são tanto visitas, quanto práticas em serviços que no primeiro momento no projeto da RIMS não estavam elencados [...]. Então estas ações elas deveriam ser mais exercitadas, melhor pensadas, planejadas com mais frequência. (P6)

Um trabalho inter campos, é tão bom fica lá em cima do quarto norte e eu nunca vou descer e vice-versa. Até antes de ser uma residência, de saúde mental, adulto crítico, controle de infecção, saúde da criança, álcool e drogas, ela é uma residência integrada multiprofissional em saúde. (P2)

Essas ações inter ênfases são atividades que buscam integrar os preceptores e residentes da mesma área de atuação. Essas ações que buscam a integração de diferentes áreas, entre os distintos núcleos profissionais, têm estado presente nas discussões à respeito da formação profissional em saúde. Integralizar implica considerar novas interações no trabalho em equipe, configurando trocas de experiências e saberes. Tais trocas estão voltadas a postura de respeito à diversidade, cooperação e solidariedade constituindo práticas transformadoras na direção da atenção permeada pelo diálogo e cooperação.

A próxima subcategoria apresenta as estratégias que os preceptores utilizam para desenvolver suas melhores práticas. Esta subcategoria é composta pelos macrocódigos *estratégias para o ensino multiprofissional* e *estratégias para a integração entre as diferentes ênfases da RMS*. A partir do macrocódigo *estratégias para o ensino multiprofissional*, podemos nos questionar: como trabalhar distintas práticas e teorias em grupo com diferentes núcleos profissionais, em que cada residente apresenta conhecimento singular advindo de suas

experiências e formação acadêmica específicas? P2 emprega, como estratégia mapear o conhecimento de cada residente.

Tu perguntaste de um instrumento assim, para prestar preceptoria de campo, primeiro o que a gente usa é o mapeamento do conhecimento de cada um, é mapear. É nos primeiros encontros é mapear e ver qual é o nível de instrução daquela área. (P2)

Para esse mapeamento, P2 utiliza rodas de conversa que permitem conhecer os saberes singulares que compõem o grupo dos residentes e possibilita compartilhar os conteúdos abordados para os residentes do campo.

Tem as outras sobre tópicos mais gerais que a gente acaba abordando. Então assim, eu vou levantar o tópico e vejo qual é o conteúdo que elas têm. Nutrição e agora vai ter Educação Física, é um pouco menos que enfermagem e psicologia. E aí acaba que umas veem um pouco mais do conteúdo, mas a partir disso eu consigo desenvolver uma roda de conversa ou uma pesquisa sobre um tópico, sobre esquizofrenia por exemplo. Tudo isso pelo instrumento do mapeamento inicial. (P2)

Além dessas estratégias, os preceptores ressaltam que as disciplinas teóricas das quais os residentes participam poderiam ser revistas e constituírem momentos para discussões multiprofissionais das atividades práticas. Ou seja, por meio das disciplinas teóricas, os preceptores poderiam explorar os saberes transversais/comuns às diferentes profissões.

E de tu ter em um primeiro momento, políticas de saúde, eu acho que as disciplinas teóricas também funcionam bem e dão suporte para as discussões que a gente vem fazendo no campo. (P4)

Nós precisávamos pensar um pouco sobre este processo de construir um trabalho multi e então a gente criou a estratégia de colocar um ponto de conhecimento sobre o teórico acerca da multiprofissional. (P2)

Eu só gostaria de colocar que eu acho que um ponto é o nosso eixo de teórico tanto de campo quanto transversal assim acho que é muito interessante de tu ter em um primeiro momento é algo que está funcionando bem. (P1)

Essa estratégia, utilizada para as discussões multiprofissionais, promove espaço de troca de saberes dos residentes das diferentes áreas, como por exemplo, da saúde mental e do controle de infecção, com os profissionais de diferentes núcleos. Esses encontros disparam movimentos para atuação interprofissional dos residentes e preceptores.

As metodologias ativas, novamente, são citadas pelos preceptores. Nesse momento, o grupo aborda tais metodologias como estratégias para o ensino multiprofissional, pois proporcionam aos residentes a possibilidade de se posicionarem e discutirem suas experiências.

Até que surgiu uma aula que era justamente para se discutir sobre identidade profissional, o posicionamento do fisioterapeuta na equipe multiprofissional. E aí veio uma professora do curso de fisioterapia e ela, por email me disse: ah, eu tenho planejado uma aula de 20 minutos e o resto é discussão. E eu pensei: Como assim? Ela não sabe que a aula é para ser em torno de 2 horas? E foi a aula, pelo menos a que eu assisti, foi a mais absurda (positivamente!). Rendeu horrores, passou as duas horas, as pessoas não paravam de falar! (P7)

Não é porque já tem a aula tradicional que tu tens que seguir aquela aula, mas sim pensar em novas propostas que vão enriquecer tais como as metodologias ativas. Essas metodologias nos ajudam a pensar em outras possibilidades para as aulas (P5)

Eu acho que as práticas que o colega colocou, complementando o que eles disseram das melhores práticas principalmente este ano, foi, nós revisamos todo nosso conteúdo do projeto de ensino da RIMS. E também a sugestão de modificar a proposta das aulas que já tem de núcleo [...] tivemos uma oficina em marco e as aulas a princípio foram acontecendo nesta metodologia, tivemos umas coisas bem interessantes, exemplos de coisas bem práticas, peça teatral, algumas discussões bem legais. As respostas dos residentes foram tímidas inicialmente, mas aos poucos eles foram se envolvendo e participando mais ativamente das novas propostas. (P7)

Para finalizar, os preceptores apresentam as inovações no ensino da RMS. Essas inovações se constituem na valorização do novo, na oportunidade de criar e modificar práticas de ensino, a partir do que está instituído na Residência.

Muito interessante a gente poder valorizar estas coisas que ainda não existem e saber, bom está começando, isso pode dá ou não dá certo, a gente vai ter que avaliar daqui um tempo, mas eu gostei como ela colocou assim. (P2)

E eu acho que, fazendo um link com o que o colega trouxe do que já existe que são as aulas de núcleo, de tu poder pensar e modificar isso... (P5)

Construir algo como a consulta multi a partir do que ainda não existe porque eu acho que é este o tensionamento da residência, é questionar algumas coisas que estão postas. (P4)

Dentre as inovações do ensino na Residência, P7 destaca a prática de revisitar a formação, por meio da participação em especialização que proporcionou intervenção na Residência.

Então, primeiramente [...] fui descrevendo como é que foram as etapas, nós tivemos uma reunião com os preceptores e nós fomos discutindo a necessidade de ter os requisitos que seriam essenciais na formação daqueles dois anos e aí se construiu primeiro este plano [...] resultando depois na revisão de todo conteúdo do projeto de ensino na RIMS [...].

Em setembro de 2014, iniciei o curso de Especialização Docência na Saúde, que foi criado através de uma parceria da UFRGS e do MEC. Como proposta deste curso, todos os alunos deveriam construir um projeto de intervenção voltada a temática do ensino. Esse trabalho foi construído por duplas ou trios de alunos. (P7) E QUAL FOI O PROJETO EM RELAÇÃO A RIMS?

Essas foram as estratégias adotadas pelos preceptores na tentativa de viabilizar um ensino multiprofissional de modo que sejam atendidas as especificidades de cada núcleo e, ao mesmo tempo, a integralidade da atenção. Muitos profissionais que são, atualmente, preceptores encontram desafios quanto ao modo de ensinar residentes de diferentes áreas. Por outro lado, necessitam atuar em equipes multiprofissionais, experiência pouca vivenciada na graduação. Retomando a discussão sobre a necessidade de formação para a preceptoria, pode-se pensar que a oferta de cursos ou atualizações não resolveria essa questão. Porém, quando a formação prevê o compartilhamento de experiências e saberes, encaminha-se algo potencialmente significativo.

No macrocódigo seguinte, *estratégias para a integração entre as diferentes ênfases da RMS*, os preceptores destacam aquelas que visam integrar as ênfases. A primeira estratégia sugerida é a integração entre as áreas da RMS, o que é trazido por P6:

Pensei em nós termos eventos, como o colega está dizendo [...]. Agora nós vamos ter uma atividade de integração montada pela coordenação. Mas neste caso que nós montássemos seminários de integração. Uma aula, uma disciplina. O encontro de Bioética ele faz isso e é legal. Algumas vezes são casos, trazidos, discutidos antes para ver se adéquam a situações que eles consideram, que envolveram questões éticas e, algumas vezes, tem dois campos envolvidos. (P6)

Ainda, os preceptores acreditam que encontros coletivos envolvendo os preceptores, tutores e residentes, fortalecem o coletivo na perspectiva multiprofissional:

[...] que nós tivéssemos assuntos, temas que perpassassem. Mas assim, ter na mesa residente, preceptor, tutor e fazer encontros da residência. Só para debater, debater com o coletivo. (P6)

Além dos encontros, o grupo acredita que a participação dos residentes em outros serviços que compõem a rede de saúde e estão articulados ao hospital são importantes para a formação. Esta prática poderia proporcionar o conhecimento acerca da rede de atenção em saúde, expandindo o olhar sobre ela. Um exemplo seria a criação de ações direcionadas à gestão, destacada por P2:

Nós temos a sorte de estar na capital do Estado e visitar a Secretaria Estadual de Saúde, os serviços de DCHE, enfim atividades de gestão que a gente não vence, coisas que a RIMS não consegue dar conta. Então não só serviços da RIMS que a gente colocou, mas serviços que compõe a rede, a atenção primária, secundária e terciária que nós temos vontade de ampliar as vivências dos residentes [...]. Pensando também nas ações que nós trouxemos, tem muita coisa que poderia ser realizada. Nós não temos ações que são direcionadas a gestão, por exemplo. (P2)

Diante dos resultados apresentados, podemos visualizar que as melhores práticas dos preceptores, assim como suas estratégias, para viabilizá-las na RMS, objetivam desenvolver habilidades multiprofissionais nos diferentes atores. As atividades desenvolvidas no coletivo tornam visíveis os elementos para reorganizar a prática de trabalho dos preceptores. Isso possibilita a valorização de residentes e preceptores como construtores do processo de ensino-aprendizagem.

5.1.3 O que "dá vida" ao trabalho dos preceptores

Esta categoria apresenta o que "dá vida" aos preceptores no trabalho na Residência multiprofissional e estão articuladas às melhores práticas que os preceptores expressaram. Tal categoria é relacionada a um dos objetivos da proposta metodológica como descrito na metodologia. Os macros códigos que a compõem são relativos ao retorno relacionado ao trabalho e às melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores.

Inicialmente, os preceptores consideraram a formação dos residentes uma motivação para o trabalho que desenvolvem. Ou seja, acreditam que a formação dos residentes traz entusiasmo e renovação a suas atuações enquanto preceptores.

Trabalhávamos com bolsistas de enfermagem, mas a possibilidade de formar profissionais na área de controle de infecção foi revigorante. (P6)

Os residentes nos impulsionam, nos motivam, questionam, nos sacodem para continuarmos a aprender, para ter novas respostas a "melhores" questões. Aprendo muito com o jovem, ele me renova diariamente. (P6)

Esse na real é o objetivo da residência formar profissionais em excelência para a assistência que era uma grande lacuna e o que me motiva, me move para buscar novos desafios. (P2)

Além disso, a inserção dos residentes no mercado de trabalho é motivo de orgulho aos preceptores.

O que mais me orgulha na RIMS é saber que muitos dos nossos residentes estão empregados na área X, foram absorvidos pelo mercado de trabalho. Na verdade, foram buscados e solicitados como profissionais em ótima formação por ter feito a residência [...]. Isso nos orgulha muito. (P6)

O grupo também se orgulha do trabalho como preceptor, pois houve concordância e sinais positivos de todo grupo no momento desta fala:

Mas ao mesmo tempo em um grupo desgastado de preceptores, desvalorizados ainda brigando por mínimas coisas que nós estamos colocando em todos estes encontros, mesmo assim, nós sempre puxamos as coisas positivas. Sabemos que o trabalho é esse, passamos por estas dificuldades, mas a gente tem orgulho de ser preceptor. (P6)

Ainda, os preceptores revelam que a avaliação de sua atuação feita pelos residentes é um retorno positivo ao seu trabalho. Tais avaliações permitem que o preceptor reveja a sua atuação na RMS.

E é claro fizeram avaliação de coisas bem legais e elas [residentes] falaram que no início eu fui me atrapalhando um pouco mas que depois eu fui pegando e eu pensei: exatamente isso! (P7)

Sonho realizado [o de trabalhar como preceptor] surgiram os desafios. As preceptorias e as tutorias traziam e ainda trazem, um grande feedback do meu trabalho, bem como das práticas oriundas de diferentes profissões e experiência de vida. (P2)

Outro aspecto discutido como sonho dos preceptores é o reconhecimento de seu protagonismo na mudança das práticas institucionais:

Eu acho que de positivo são estas mexidas que nós enquanto preceptores de campo conseguimos dá mesmo que são coisas lentas, graduais, mas nós somos modificadores deste cenário até porque eu acho que a gente é protagonista e muito protagonista desta residência. (P6)

Ao mesmo tempo, as práticas das diferentes profissões motivam os preceptores. O trabalho em equipe permite que os residentes sejam supervisionados por diferentes profissionais possibilitando, futuramente, práticas multiprofissionais.

E quem está prestando supervisão para mim é um enfermeiro, ou é um nutricionista, ou é um fisioterapeuta. E isso dá um retorno muito grande, tu aprendes e ao mesmo tempo tu ensinas! (P2)

Apropriar-se da nossa multidisciplinaridade. Não se sentir, eu estou de lado, mas sim eu faço parte desta equipe. Isso eu acho muito legal e isso foi uma construção. (P6)

Como preceptor é muito legal ver isso, ver o retorno que tu tens do residente e ter contato com diferentes profissões e poder trabalhar de uma forma interdisciplinar. (P2)

Isso é muito rico de poder realizar práticas interdisciplinares. Acho que isso é a coisa mais rica quando a gente esta trabalhando em uma residência. (P3)

[...] nós estamos semanalmente fazendo a discussão de casos e toda semana mudava os casos, e eu sugeri que tentássemos pegar um caso, vamos acompanhar, fazer um desfecho. E foi começando a render. E teve um caso de uma gestante com PCR e com muitas sequelas que foi para o andar, foi para a equipe, e entrou-se em contato com o familiar porque ela vai precisar de muitos cuidados. Assim, nós vamos trabalhando de uma forma mais interdisciplinar, é isso é algo muito bom. (P7)

É um exemplo pequeno, mas é uma troca bacana. Para não ficar uma prática restrita a sua área [...] até porque mobiliza o trabalho em equipe, mobiliza a interdisciplinaridade... futuramente é isso! (P4)

O meu envolvimento com a residência vai no sentido de acreditar neste modelo de formação, com esta característica da interdisciplinaridade, ou da multidisciplinaridade. (P3)

Por último, os preceptores destacam que a proposta da RMS dá vida e energia para o trabalho dos preceptores, especialmente a possibilidade de influenciarem a formação de profissionais:

Pensando o que dá vida e energia á vocês no trabalho em uma RIMS? eu acho que é acreditar, eu acredito na ideia da residência, na proposta da residência. (P5)

Eu acho que ganha os profissionais, o serviço e o próprio residente, nesta circularidade de informações, de conhecimento, de aprendizado. (P1)

[...] o que me motiva a continuar e fazer é saber que estas pessoas vão ter uma "pulguinha" lá diferente dos demais e que quando saírem daqui, vão propor esta atuação multiprofissional onde elas estejam atuando. (P5)

Mesma coisa que um residente meu, que fez residência aqui na Ênfase, o que leva? Vender o peixe que nós acreditamos [...] nós não estamos aqui só porque nos empurraram, nós também acreditamos [...] nós sabemos que tem uns que são empurrados, mas tem algo bonito. (P2)

Além dessas, relacionadas ao trabalho, houve o relato dos residentes sobre as melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores. Dentre elas, foi assinalada a recepção para os novos residentes:

Ao realizar esta atividade me senti muito bem, pois ao término fizemos uma avaliação com os residentes para verificar o quanto foi útil e proveitoso e o resultado foi ótimo. Todos gostaram muito de conhecer estes lugares e sentiram-se muito valorizados pois perceberam que houve toda uma dedicação em planejar e realizar esta atividade. Os residentes me trouxeram um retorno muito legal: achamos muito bom conhecer porque a gente entra em uma instituição e é tudo novo!

- [Pesquisadora]. Foi quando eles estavam bem no início?

- Sim, foi quando eles estavam entrando na residência, para entender como que é e eles me trouxeram assim: - a gente achou (uma das meninas falando) foi tão organizado que me fez sentir tão importante aqui, teve todo um preparo [...]. E uma das perguntas era o que tu achas que levou ao sucesso disso, e eu acho que é a organização, tu ter uma organização prévia, tu te preparar para fazer uma atividade que tu te propões, eu acho que é o que leva a dar tudo certo. (P6)

Além da recepção dos residentes, a criação de uma consulta multiprofissional pelos preceptores proporcionou uma experiência positiva em sua trajetória.

Na minha trajetória como preceptora considero uma das experiências mais positivas foi a nossa inserção no ambulatório de X para realizar a consulta multiprofissional. (P3)

Nesse primeiro ano nossa experiência tem sido muito favorável, no sentido de conseguirmos trabalhar com plano terapêutico singular e com os princípios da Clínica ampliada no ambulatório multiprofissional. (P3)

A participação na Especialização Docência em Saúde, na qual esses profissionais tinham que construir um projeto de intervenção no ensino, também foi considerada uma motivação, pelo impacto que teve na RMS:

Para que este planejamento pudesse ter sucesso foi imprescindível a participação de todos os preceptores, ministrantes e residentes. Em outubro de 2015 apresentamos nossos resultados no final do curso Docência na Saúde. A banca avaliadora parabenizou nossa iniciativa pioneira da implementação do primeiro plano de ensino pedagógico de um núcleo profissional construído na RIMS o que nos deu grande orgulho de todo o trabalho realizado. Ainda podemos perceber que dentro do ambiente da RIMS, nosso trabalho é lembrado e citado pela coordenação e preceptores como modelo a ser seguido. (P7)

Outra atividade que "deu vida" ao trabalho foi a vivência em cenários extra hospitalares:

Considero um aprendizado (vivenciar um cenário extra hospitalar juntamente com os residentes) muito significativo, em que me senti bem, apesar de sentir, em alguns momentos, uma leve insegurança. (P1)

Acho que para os residentes, se eles conseguiram captar este movimento de conhecer o externo e fazer relação com a formação deles e com o que eles trabalham, foi um momento de muito aprendizado como foi para mim enquanto preceptor. (P1)

Destaco que essas motivações são advindas da experiência de cada preceptor. A seguir, apresentarei as motivações coletivas que foram reveladas na fase da Descoberta, quando compartilharam as melhores práticas do grupo. Nesse sentido, os preceptores salientaram os encontros coletivos pedagógicos com os residentes. Ou seja, os preceptores, juntamente com residentes e pacientes, tiveram encontros para discutir as temáticas através de filmes, atividades teóricas extras e apresentação dos TCR e projetos nas aulas de campo, as quais contemplam diferentes ênfases.

A gente já teve dois encontros e todos os R2 já apresentaram os seus TCRs e todos ficaram bem contentes com as devoluções, com as sugestões, elogios e com as críticas que receberam. E está sendo uma experiência bem legal também. (P4)

Foi bem interessante porque a gente até presenciou a vontade de outros residentes, de outras ênfases em participar que ficavam sabendo pelas outras ênfases. E tentaram participar, mas que não foi possível, não lembro exatamente porque. (P4)

Esta atividade foi algo bem apontado pelos residentes, pelos preceptores, tivemos várias ideias compartilhadas. Isso também gerou um documento com uma lista de uns 30, 35 filmes que abordam questões relacionadas com a temática álcool e drogas. (P2)

A partir desses encontros, os preceptores tiveram retorno positivo dos residentes pela prática de apresentações de TCRs. Também, como uma motivação coletiva, tivemos o reconhecimento e gratificação da preceptoria, conforme assinalado por P5 e P4.

Tenho orgulho de ser preceptor e conseguir passar minha experiência de quase 10 anos trabalhando na área de saúde mental. Ao receber um elogio de um residente pela qualidade das aulas prestadas ou encontros de supervisões, sem dúvida, temos um momento de gratificação informal que muitas vezes não ocorre nem dentro da própria instituição. (P5)

Isso (a gratificação dos residentes pelo trabalho dos residentes) faz com que o espaço oportunizado pela RIMS, ainda que informalmente, nos torne docentes lindamente reconhecidos por um público que, futuramente, irá atuar com brilhantismo, sabendo de fato trabalhar em equipe. (P4)

Como mencionado no início da categoria, nas características que os preceptores desejam para a preceptoria, aparecem as limitações de sua atuação, as quais são: falta de dedicação exclusiva para a preceptoria, sobrecarga das atividades dos profissionais com a preceptoria e falta de integração entre os preceptores.

A inexistência de dedicação exclusiva ao trabalho dificulta a atuação dos preceptores que atuam como servidores na Residência e na assistência na instituição que sedia a RMS:

[...] eu sou o exemplo vivo porque a minha vaga é uma vaga da residência, mas eu não estou só na residência. (P1)
- Claro que não. (P4)
- Então se justifica que é para a área da residência, se cobra a partir disso e tu tens que dar resposta, mas te dão uma série de outras coisas para fazer e acumula funções que tu não dás conta [...]. (P1)

O relato acima é de um profissional que foi admitido para a preceptoria, mas que não seguiu atuando apenas na RMS. Essa contestação ocorre porque os preceptores desejam uma carreira na preceptoria, tida como o sonho dos preceptores. Tal sonho será abordado a *posteriori* na Categoria Sonhos para a RMS. Além disso, há sobrecarga das atividades assistenciais com a preceptoria:

Eles (profissionais) dizem: vocês (preceptores) têm residentes e aí fica tudo mais fácil. Não é que fica tudo mais fácil, muitas vezes, pelo contrário, fica mais difícil porque como a colega falou tu tens que dar conta das tuas atividades, mais as atividades da residência, mais acompanhar os residentes. (P1)

Em consequência disso, os preceptores ficam sobrecarregados com a supervisão dos residentes, já que acumulam atividades. Além disso, não há reconhecimento dos demais profissionais da instituição acerca do trabalho executado pelos preceptores. P1 expõe que os profissionais compreendem a atuação dos preceptores como "*mais fácil*", pelo entendimento de ensinar é mais simples do que assistir.

Outra limitação é a pequena integração entre os preceptores, que atinge as atividades teórico práticas. Nesse momento, percebemos que esta é presente e preocupa os preceptores, limitando novas propostas para a RMS.

[...] o próprio planejamento de aula, se eu for olhar, quantas aulas nossas será que não são iguais? Adulto Crítico, eu tenho em mais de uma área e aí fica se sobrepondo as aulas. (P3)

- Verdade. (P6)

- Sim, e de repente a gente está chamando o mesmo palestrante para a aula e nem conversamos entre nós. (P7)

- Exato! Porque nós não conversamos porque não tem tempo para isso. Então cada um vai lá e resolve da sua maneira e aí eu digo não tem integração nem entre nós e aí nós queremos com os médicos? (P3)

- Eu acho que isso é um sinal se é a questão de não ter tempo ... (P1)

Outra coisa que eu acho interessante é que as vezes falta integração entre nós mesmos nas próprias residências. Quer dizer, eu estou lá na cardiologia e no Adulto Crítico nós temos muito que trabalhar integrado. (P3)

- Com a saúde da Criança, na hematologia e oncologia, por exemplo. (P5)

- Controle de infecção hospitalar e a gente não consegue fazer isso na nossa própria residência [...]. (P6)

- Acho que falta isso para nós. Nós poderíamos criar atividades, reuniões juntas. (P3)

Acho que a "grande coisa" é essa, dessa integração e não de nós nos encontrarmos, nos relacionarmos bem como preceptor de campo. Nós nos gostamos, mas é no dia a dia não planejamos, não fazemos algo junto, em comum, coletivo. (P6)

Os preceptores apresentam novos elementos nessa categoria, em relação ao que eles desejam para si e o que limita sua atuação como engajamento, orgulho, integração entre os preceptores. O que reaparece nessa categoria é a busca pela valorização a qual está nas falas dos preceptores. No macrocódigo elementos que dificultam a atuação dos preceptores, eles sinalizam a falta de integração e de dedicação dos preceptores, bem como a sobrecarga, elementos que podem estar relacionados às múltiplas demandas dos preceptores.

Após o reconhecimento das melhores práticas representativas do grupo e das motivações dos preceptores em relação ao seu trabalho na RMS, iremos apresentar a categoria que contempla os sonhos para a RMS.

5.1.4 Sonhos para a RMS

Essa categoria expressa os sonhos dos preceptores para a RMS. Eles imaginaram o que seriam as melhores práticas para a Residência Multiprofissional. A partir dessas práticas, discutiram a possibilidade das esperanças tornarem realidade. Essa fase foi relatada como a mais expressiva, pois eles tiveram a oportunidade de explorar, coletivamente, suas esperanças e desejos para o futuro. Essa categoria expõe os sonhos possíveis dos preceptores para si, para os residentes e para a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde. Por fim, consideram os sonhos viáveis para os preceptores a partir das propostas que têm possibilidades de ser viabilizadas no contexto das Residências.

Dessa forma, o primeiro sonho é que houvesse valorização relacionada à questões financeiras.

E também do que a gente já tinha falado, uma maior valorização dos preceptores quanto em questão financeira mesmo como ocorre em algumas outras residências. Eu acho que sim, valorização financeira porque é mais trabalho, e eu acho que a gente precisa ser remunerada por isso. (P1)

Então acho que a valorização parte destes três itens. Uma valorização de remuneração, de crescimento enquanto carreira e a valorização dos demais, dos que estão fora da residência. (P7)

Além disso, os preceptores também sonham com um plano de carreira que valorize a preceptoria na RMS.

Como também em valorização no plano de carreira do hospital. Acho que uma valorização também em termos de carreira, de progressão, acho que isso é bem importante. (P4)

Mas sabe que eu fico pensando, eu acho que, por exemplo, talvez o preceptor de campo, eu acho que a residência tinha que ser uma das carreiras, a residência multiprofissional, tinha que ser uma carreira que ele trilhasse ali dentro do hospital. O preceptor de campo ter contratações para a residência. Vocês não acham? (P3)

Também sonham com a valorização por parte dos demais profissionais que trabalham na instituição:

Eu acho que eu vou falar porque meu sonho foi bem nesta direção, no que a colega falou que é a valorização do preceptor, mas da valorização daquelas pessoas que não estão na residência, que entendam o nosso trabalho na residência. (P1)

Ademais, a procura pelo reconhecimento do preceptor também implica no olhar do residente para com o preceptor. Neste caso, os preceptores estão discutindo propostas de valorização que vêm sonhando para a RMS.

Porque a gente vai ter que pensar se isso vai ser viável em apresentar isso daqui a três semanas (porque eles pensaram em apresentar no Seminário de Integração que aconteceria 16 de dezembro) sem ter uma estratégia mais consistente. Como que a gente vai chegar lá e dizer: queremos nos valorizar, nós queremos pontos no currículo, nós queremos uma bolsa para ser preceptor e tal? (P4)

Eu acho que outra coisa, que nesse seminário vão estar os residentes e o quanto isso pode impactar de uma forma não positiva. (P1)

- Eu acho que não, até porque uma das propostas é a questão da residência como um todo, não só dos preceptores. (P5)

- Eu acho que pelo contrário, eu acho que eles entendem a questão da não valorização dos preceptores. (P7)

- Eu acho que tem meios, formas de nós colocarmos isso [...]. (P3)

- Porque o que eles podem pensar que tudo o que está errado aqui é culpa de que o preceptor não é valorizado então ele faz quase de propósito para que as coisas aconteçam errado. (P1)

Os preceptores se preocupam com os atores que compõem a RMS, em especial, os residentes, no que concerne ao entendimento destes em relação à sua reivindicação pela valorização de sua função. Os preceptores são atores fundamentais no cenário das Residências Multiprofissionais e clamam por valorização. Dessa forma, os preceptores apresentam como estratégia de valorização profissional, a possibilidade de contratação como preceptores de campo.

Mas eu acho que nós sabemos que não existe isso, mas já se tem alguns serviços que já conseguem justificar a contratação, a abertura de um concurso, justificando a função da residência. (P4)

- Teve alguns preceptores da emergência que já entraram por causa disso. (P7)

Porém, embora haja esta perspectiva na RMS, o que vemos é que os profissionais contratados para esta função, não permanecem como preceptores, mesmo assim o grupo refere a carreira do preceptor como sonho:

Eu acho que nós tínhamos que batalhar para um reconhecimento dessa carreira de preceptor, porque na RIMS parece algo que funcionaria [...]. (P3)

Eu acho que tem uma coisa nossa também, mas claro, de grupo, de fortalecimento de grupo e de imposição, por isso que eu acho que até o reconhecimento de uma carreira de preceptor seria interessante porque isso dá força, se não nós somos os trabalhadores quebrando o galho ali da forma que dá, aqui e ali, quebrando o galho na assistência, no cuidado e na formação de outros. (P4)

Tem esse que é da parte de educação e tem e os embates das esferas políticas dos nossos meios (...) isso é uma esfera política, querendo ou não, nós estamos atrás, alguém falou de ter uma carreira de preceptor, têm meios para isso, têm preceptores

do estado, do país, da comissão nacional, de repente recebe uma proposta que te leva(...) o máximo que vai acontecer é recebermos um não. A comissão se reúne, antes era uma vez por mês, agora eu acho que é uma vez a cada dois meses, não sei, mas enfim, são coisas que nós podemos encaminhar. (P1)

É importante demarcar que os preceptores, quando pensam em melhores práticas a serem desenvolvidas, os residentes estão envolvidos. Dentre os sonhos, estão os estágios vivenciais, trazidos por P2:

Quanto ao meu sonho [...] é o que a gente discutiu uma vez na nossa ênfase e que algumas das residências ou pelo menos uma que conheço tem, que são os estágios de vivências. O que são os estágios de vivências? é um estágio vivencial que já existe em alguns programas de residência, mas para implementá-lo é necessário que tenha uma questão de investimento. Este estágio é diferente de outros que se realiza em alguns serviços de referências regional, nacional ou até mesmo mundial na área da ênfase na qual o residente está tendo a sua formação. E se dá com a participação de todos os residentes daquela ênfase e se possível de alguns preceptores. Trata-se de uma atividade onde todos os atores envolvidos em uma ênfase frequentam um serviço de uma cidade pioneira, por exemplo, um serviço de saúde mental, vivenciando de forma grupal as características que levaram esta cidade e ao serviço ao grau de excelência nessa área. (P2)

Eu tive a oportunidade de fazer o estágio vivência, a minha residência foi na UFRGS, na época das "vacas gordas" e tinha linhas de financiamento de outros projetos que acabavam canalizando na residência e aí nós fizemos um estágio vivência. Nós éramos 12 residentes [...] nós ficamos duas semanas conhecendo a rede de saúde mental de Campinas que é referência, tem o mesmo PIB e o mesmo número de habitantes que Porto Alegre, porém eles têm uma rede (rede de atenção a saúde mental) muito melhor. Enfim, tem um histórico bem bacana. E foi bem legal, uma oportunidade ímpar. (P2)

A oportunidade de fazer o estágio de vivência na Residência, destacada por P2, enriqueceria a experiência dos residentes. No caso de P2, este teve a oportunidade de experimentar quando era residente e perceber o quanto esses estágios contribuíram para uma tipo de formação crítica e ampliada da atenção em saúde. Já P7 apresenta como sonho o intercâmbio dos residentes nos diferentes itinerários.

É bem isso que o colega falou agora, eu até não usei estágio vivência porque eu não tinha conhecimento, mas eu penso que seria super proveitoso para as residências em si se houvesse um intercâmbio dos residentes dentro dos itinerários. Por exemplo, no adulto crítico, nós temos uma carência de, por exemplo, pacientes queimados, pacientes em trauma, e poderia ter, dentro do itinerário, um período que os nossos residentes pudessem passar em locais onde tivessem estas características por exemplo o HPS, Hospital Cristo Redentor e eles de lá, viessem para cá. Fazer esta troca, que os programas de residência se conversassem, claro que, evidente, dentro dos seus campos, que eu acho que seria super proveitoso. (P7)

Este intercâmbio dos residentes, dentro de cada ênfase e entre diferentes instituições de saúde que sediam as Residências Multiprofissionais, seria para proporcionar uma formação

para além do cenário da RMS. Por último, os preceptores apresentam como sonho a garantia de um plano de carreira para os residentes dentro do SUS.

O meu sonho foi mais ou menos nesse sentido, mas eu não olhei muito para o preceptor, eu olhei para o residente, pensando na residência quanto uma formação. Mas o meu sonho é que se tivesse uma certa garantia sobre isso... principalmente nesse resultado, pós residência, como se fosse um plano de carreira dentro do SUS. Não que ele fique, mas que ele possa ficar, por exemplo, tem uma vaga para professor de educação física lá em Guaranguaduva, no meio do RS, quer ir? Ele vai poder optar ou não. Uma coisa mais ou menos parecida com o plano dos juízes: vou ficar primeiro aqui nesse lugar que é menor, depois eu vou poder optar por outro lugar maior. Ou da formação dos residentes, do futuro deles depois de egressos que eles já pudessem ingressar no trabalho do SUS com garantia, tudo isso seria maravilhoso, mas depende muito mais de outras coisas. (P4)

E as outras questões seriam mais na questão de sonhos mesmo. Fica o recado! Fica o recado para a coordenação. Seria legal se a gente combinasse com outra residência, a valorização profissional, o futuro do residente egresso voltando para a rede do SUS. (P7)

Sim, por isso que até nós trouxemos como um sonho que a residência garantisse um plano de carreira, garantisse que este profissional que está sendo formado para o SUS com bolsa, com qualificação ficasse ou tivesse prioridade para continuar a sua atuação no SUS. (P4)

Esse plano de carreira para o residente sinaliza a preocupação que os preceptores destinam à formação que a Residência Multiprofissional oportuniza, uma formação para o trabalho no SUS articulada aos princípios desse sistema. Ainda, os preceptores desejam que os residentes tenham boa inserção no mercado de trabalho, o que é confirmado por P2 e P6.

A maioria dos residentes, pelo menos os residentes com quem estabeleci uma relação fora da residência e que são meus amigos hoje, a maioria, quase 100% consegue se colocar no mercado de trabalho. Seja em empresas privadas, seja em empregos públicos, seja em mestrados, seja até em outros cargos profissionais que não necessariamente na área da saúde. (P2)

E sempre tem vaga [...] o pessoal nos liga para ver se tem pessoal se formando [...] nós formamos para o SUS mas eles são absorvidos também pelo mercado de trabalho particular. (P6)

O mercado de trabalho tem interesse nos residentes que são formados na RMS. Esse dado foi reiterado anteriormente, na primeira categoria, quando os preceptores realizaram as reflexões sobre os residentes, em que estes têm uma inserção expressiva no mercado de trabalho, após a formação da RMS.

Além dos sonhos para si e para os residentes, os preceptores apresentam os sonhos relacionados à proposta da RMS. Dentre os sonhos, temos a infraestrutura adequada, professores exclusivos para a Residência e a integração da Residência Médica à Multiprofissional.

O meu sonho tem a ver com a RMS em relação a infraestrutura desta. Eu sonho que a RMIS pudesse ter salas de aulas, recursos com multimídia, laboratórios de informática. Laboratórios de práticas também, uma coisa que a gente fez na Farmácia são simulações realísticas. (P5)

P5 sonha com uma melhor infraestrutura e também com a exclusividade de professores destinados a RMS.

Com professores contratados com dedicação exclusiva para a residência para que as aulas de campo e de núcleo [...] pudessem ter esse respaldo dos professores. (P5)

Ainda, P6 apresenta o sonho dos preceptores para a Residência: a integração com a Residência Médica.

E nesse sonho tem também algo que eu não sei se é uma característica que é do hospital ou se é de outras residências multiprofissionais (...) acredito que seria uma integração com a residência médica, porque, às vezes, tudo acontece muito descolado, e descolado em todos os sentidos. Até por exemplo na formatação de uma semana atípica. Às vezes, nós não conseguimos ter o residente multiprofissional com o médico porque o médico tem aula toda semana, um de tarde, outro tem de noite (P4)

*Mas o meu sonho primeiro era a integração com a residência médica, este eu acho que é o top porque tu falar em equipe sem esta integração? Excludente, né? (P3)
- Sim, equipe e eles separado [...]. Mas esta integração com a residência médica é um sonho mesmo porque isso é algo que a gente depende deles. (P7)*

Pode-se perceber que o grupo apresenta diversos sonhos. Alguns sonham para a RMS, outros para si próprios e outros pensam nos residentes. O coletivo desses sonhos se constitui em melhorias para a Residência Multiprofissional como um todo. Porém, sabe-se que os sonhos destacados até o momento dependem de outras instâncias para a sua viabilidade.

Diante disso, apresentaremos os sonhos viáveis, que são aqueles que podem ser executáveis pelos preceptores na RMS. O primeiro sonho possível se refere às ações entre as ênfases que os preceptores haviam ressaltado anteriormente como melhores práticas na RMS. Em virtude disso, a implementação dessas ações pelos preceptores é um sonho viável de execução.

*O que eu acho que foi colocado aqui e que me pareceu mais viável ainda são as ações inter ênfases (entre as ênfases da RIMS), que seria alguma coisa que a gente poderia fazer. (P7)
- Exato [...]. Eu digo que para ter este planejamento destas ações porque quando tu vês tu entras no automático, tu sais para atender paciente, tu tens que resolver aquilo, tens que dar conta de uma reunião, e outras coisas que também são estratégias e que te exigem tempo e não sobra tempo, então tu vais fazendo. (P3)*

Eu vejo assim, do que foi visto, estas ações inter ênfases ainda podem ser viáveis, de nós começarmos a ter esse pensamento, do que o tem de comum entre os campos e trazer para os nossos itinerários. (P7)

- Porque nós já tentamos fazer informalmente [...] porque nós já fazemos até uma coisinha aqui e ali. (P5)

-E ver de que maneira fazer também porque os campos estão fechados com aula, aula disso, aula daquilo. Daí tem o núcleo, o campo com as preceptorias e os campos que eles têm que passar, CAPSI, CAPSII, CAPS tal e aí não sobra tempo. É um quebra cabeça difícil então eu acho que dá para gente sentar e planejar isso. (P2)

Talvez uma proposta bem desenhada, não sei como ainda, mas acredito que temos que tentar. Mas a proposta, nós teríamos [...]. (P5)

Exemplo 4: Eu concordo com o colega, acredito que seria a partir das ações inter ênfases. (P6)

- E nós precisamos chegar em um mesmo denominador do grupo? (P2)

A pesquisadora retoma a proposta das fases, da metodologia e do objetivo de cada fase.

- Eu sugeriria duas práticas. As ações inter ênfases e a questão da valorização nossa (dos preceptores). (P3)

- Eu também. (P6)

Da integração inter ênfases também pode acontecer porque é algo mais palpável porque os exemplos que acontecem foram daí que nós trouxemos, eles acontecem de forma isolada e com iniciativas de grupos: ah, aconteceu que por acaso surgiu a ideia de que vinha acontecendo na Cardiologia, mas ainda são ideias isoladas. (P7)

Esse sonho foi compartilhado por todo o grupo, por meio das reflexões realizadas a cada encontro, nelas os profissionais se deram conta que deveriam realizar ações integradas entre eles, nos diferentes núcleos profissionais que compõem cada área de atenção, englobando os preceptores para pensarem ações coletivas.

Além disso, visitas à diferentes áreas da RMS, mapas de atuação dos residentes e planejamento coletivo das aulas ministradas foram sonhos que foram sendo construídos coletivamente, a fim de promover uma formação interprofissional. P2 ressalta as visitas a áreas diferentes da RMS na fala subsequente:

[...] as residentes querem se visitar para ver como é o controle de infecção. Tem muita curiosidade de saber dos residentes, o que se faz lá, o que se faz na Álvaro Alvim, tem muita fantasia. Então porque nós não estabelecemos isso dentro dos nossos itinerários para que possamos propor as ações inter ênfases em conjunto? (P2)

Essas propostas de visitas em outras áreas que compõem a RMS, salientadas por P2, são para propor as ações inter ênfases. Igualmente, P1 apresenta o planejamento de mapas de atuação dos residentes:

Eu concordo com o colega, eu acredito que para nós fazermos estas ações inter ênfases nós teríamos que fazer um mapa dos itinerários, saber onde que os residentes estão próximos para fazer as ações. Então pensar em quando o Adulto Crítico vai discutir tal tema e o Controle de Infecção é implicado com este tema (P1)

Além disso, o planejamento de aulas, proposto por P7, como atividade integrativa com diferentes campos de atuação dos residentes teve complementaridade da maioria dos preceptores.

Quem sabe nós planejamos as aulas juntos? (P7)

- Sim, e uma aula de campo com dois campos e não com um campo só. Porque em nenhum lugar diz que tem que ser de um campo só específico. (P1)

-Esse ano nós fizemos atividades assim. (P3)

- Ficaria muito legal! Muito interessante. (P3, P5 e P6)

Ainda assim, o grupo salienta a importância do planejamento das atividades dos preceptores em conjunto, a fim de promover a integração das ações da RMS.

[...] eu coloquei em relação à atividades teóricas (nos sonhos), mas acho que não, poderia ser em práticas como vocês estão falando, que eu acho que nós poderíamos fazer um planejamento e compartilhar esse planejamento, e discutir e pensar o que eu poderia fazer junto com o outro campo ou o que eu poderia fazer com os outros núcleos. (P3)

Na reunião passada, surgiu esse assunto. Essa coisa das residências se conversarem, das atividades se conversarem e ter uma integração entre os preceptores. (P7)

A integração entre os preceptores é um aspecto fundamental, uma vez que pode gerar vínculos, para que os profissionais se sintam mais fortes para a busca de reconhecimento, bem como escuta das suas propostas. Ademais, a procura pelo reconhecimento do preceptor também implica no olhar do residente para com o preceptor.

Além dos fatores destinados a instâncias maiores, como a resolução que institui as Residências Multiprofissionais, as demais qualidades dependem do desejo da atuação do próprio preceptor. A partir disso, os preceptores reconhecem que estar na preceptoria não é algo que depende somente da coordenação ou de uma categoria maior. Eles evidenciam que poderiam acrescentar estratégias para que a preceptoria tivesse um desempenho com maior reconhecimento. Uma estratégia seria o engajamento, o orgulho de ser preceptor, a integração para planejar ações conjuntas, características já citadas anteriormente.

5.1.5 Práticas de Educação Permanente em Saúde na RMS

Esta categoria é formada pela subcategoria implementação das práticas de EPS na RMS, com os macros códigos atitudes identificadas para desenvolver as práticas e estratégias para

desenvolver as práticas e na subcategoria formação integrada por meio da criação do Núcleo Pedagógico de EPS.

Inicialmente, na subcategoria implementação das práticas de EPS na RMS temos o reconhecimento das atitudes identificadas pelos preceptores para que possam desenvolver as práticas propostas. Inicialmente, o grupo espera que a preceptoria seja realizada por quem acredita na proposta da Residência Multiprofissional, tal como apresentado por P1, P5, P4 e P3.

Nós que estamos aqui, somos preceptores que, acreditamos na proposta da RIMS, que acreditamos nessas coisas que trouxemos, mas somos muito poucos em relação ao todo de preceptores. (P1)

A partir do que a colega trouxe, do qual concordo e vendo a questão sobre a esperança destas práticas serem realizadas, eu acho que nós já falamos um pouquinho disso. A esperança ela sempre vai estar presente nas pessoas que acreditam na residência como formação, como formação em serviço. (P5)

Uma coisa que para mim é fundamental é a compreensão do que é a Residência, o que é a residência [...]. (P4)

- A proposta da Residência [...] e acreditar nesta proposta! (P3)

Além disso, os preceptores buscam a integração entre os profissionais, acreditando que auxilia nos propósitos, metas comuns e no direcionamento para um mesmo objetivo, como exposto por P3 e P4:

E o que nós podemos ir além? Eu acho que tudo aquilo que nós temos conversado aqui, nestes processos, tentar afinar, convergir para o mesmo fim os processos e aumentar integração, isso para mim seria o ir além. [Os preceptores concordam com a fala] (P3)

[...] na esperança de melhorar, de haver uma integração, de poder se trabalhar mais interdisciplinarmente, a esperança ainda existe. (P4)

Nós que estamos aqui, somos preceptores que acreditamos na proposta da RIMS [...] muitos não acreditam e não querem trabalhar nesta perspectiva, então enquanto não houver uma conversa entre todos os preceptores, mesmo para que cada grupo possa colocar sua forma de pensar, as coisas não vão andar. (P1)

A necessidade de escuta e valorização dos preceptores nas Residências Multiprofissionais é uma atitude apontada por P3:

O que nós falamos foi o seguinte: que muitas vezes nós fazemos o diagnóstico das dificuldades, mas acabamos não tendo um espaço onde a gente consiga discutir a operacionalização disso. Nós levantamos os nossos problemas na reunião dos preceptores, mas ainda falamos que o problema maior que se resolvia na reunião dos preceptores era bem de gestão, de organizar aula, administrativo, problemas [...]. (P3)

P3 reitera as asserções, salientando a ausência de espaço para que os preceptores possam discutir o processo de trabalho.

[...] mas não temos um espaço para trabalhar o nosso processo de trabalho e não conseguimos também aprofundar a integração entre as residências, entre os diversos campos, foi mais nisso que nós ficamos, foi nisso que chegamos. Foi esta síntese que nós chegamos. (P3)

[...] é um relato que ele está olhando muito para, ele coloca assim, o texto nasce, portanto, de sentimentos, anseios, percepções, sofrimentos, alegrias, surpresas, conquistas, satisfações e frustrações, tudo isso ligado as práticas realizadas junto as equipes. E a pergunta deles é: o que os sentimentos e as emoções de um profissional tem a ver com a sua prática? E acho que muitas vezes isso não nos é [...]. (P4)

- Facultado! (P6)

- Não é facultado para nós! (P4)

Ainda, P4 faz esse relato no momento em que está falando sobre a leitura de um artigo que trata dos sentimentos dos preceptores e da relação que estabelecem com suas práticas. Tal artigo fez parte da tarefa reflexiva e permitiu que os preceptores pensassem acerca de sentimentos e percepções sobre suas práticas, motivados pela leitura, o que os auxiliou na percepção da importância da escuta do preceptor. O significado emocional ou cognitivo que os preceptores deram à escuta e à valorização do pensamento do preceptor pode, potencialmente, mobilizar os indivíduos para a ação.

A importância da escuta dos preceptores é também sentida nos processos de trabalho e na sua participação na construção de tais processos.

[...] o momento que o profissional está vivendo no próprio trabalho, nem vou aqui querer trazer questões pessoais que tem a ver, que esta atrelado a este processo também, mas eu não me atrevo a nem pedir isso, para que os nossos caciques olhem para isso e pensem: eu tenho três filhos, eu durmo três a quatro horas por noite porque eles estão chorando. Não! Eu quero saber de ser valorizado o que eu penso no processo de trabalho que muitas vezes nem isso nós é facultado [...] já chega pronto! Aqui nós montamos uma academia e tu és o professor X e tu vai. (P4)

- E tu que vai lá. (P3)

A valorização da escuta do preceptor, em relação ao seu processo de trabalho, é dita, enfaticamente, no grupo. No momento em que P3 apresenta essa descrição, há, no grupo, um silenciamento e uma cumplicidade em relação ao sentimento de não valorização do preceptor. Esse acontecimento é expressivo, uma vez que ocorre na fase do planejamento quando o grupo de preceptores está discutindo como implementar ações interprofissionais.

Após sua identificação, os preceptores apresentam as estratégias escolhidas para desenvolver as práticas. Essas estratégias elencadas são construídas a partir do que eles já desenvolvem ou do que irão desenvolver. Os preceptores refletem acerca dos exemplos das

melhores práticas já desenvolvidas, e, a partir disso, buscam disseminar as propostas para os demais preceptores se engajarem nas práticas:

E acho também que as práticas de algumas ênfases podem trazer algumas contribuições, acho que agora na metade de dezembro, a gente vai ter um seminário onde cada ênfase vai apresentar algumas coisas [...] acho que tem ênfases com grupos de preceptores e trabalhadores que talvez estejam mais conectados com esta prática [...]. (P1)

Vendo as questões do que vocês precisam fazer para que isso possa acontecer? Porque eu quero retomar o que falei desta nossa proposta porque nós estamos falando aqui a partir de um grupo, um grupo de seis, sete pessoas que está propondo algo para um grupo bem maior. Eu acho que precisa ser um discurso mais, não diluído assim, mas mais homogêneo. Não sei se vocês me entendem? (P1)
- Eu te entendo! (P3)

-Concordo contigo. Às vezes, parece que o grupo que tem mais [...] afinidade com esta proposta está aqui. O grupo que tem mais afinidade de pensamento. Mas quantos somos lá no grupo, na cardiologia e que não compram esta lógica? (P3)
-E quantos não estão envolvidos também? (P7)
-Porque eu não sei se todo mundo quer trabalhar nesta proposta que nós estamos pensando, falando. Então, como é que vamos propor alguma coisa para o residente se o formador não está pronto para isso. (P1)
-É bem isso! (P7)

Os outros preceptores precisam comprar esta nossa ideia. (P1)

Então o que a gente precisa fazer tentando emendar uma coisa na outra é também ter mais momentos com os demais preceptores para a gente discutir isso, para ter propostas conjuntas, vamos fazer um seminário com um tema x. (P1)

Acho que estas propostas (promoção de ações interdisciplinares e integradas entre as ênfases) dependem dos preceptores e dos profissionais do serviço. (P4)

Eu acho somos nós privilegiados por estar aqui discutindo [...] daqui a pouco vem outro X para discutir com vocês, eu ou o outro colega não estamos mais e quero que venha alguém, quem está faltando aqui, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional (TO), a fonoaudiologia que está entrando. Nós também precisamos ouvir esses núcleos [...] claro que no primeiro momento nós vamos organizar e fomentar esses momentos, mas trazer, agregar e saber que nós também precisamos circular. (P5)

Outra estratégia que os preceptores consideram importante para o desenvolvimento das práticas de EPS, na Residência, são os encontros reflexivos e dialógicos entre os preceptores, para discussão de propostas para a RMS.

Sim, é entre os preceptores que as coisas vão poder ser viáveis. Não adianta acionar a coordenação, nós que temos que propor encontros como estes em que possamos encontrar os outros preceptores e colocar nossa proposta. Não adianta só nós propor sem propor algo que talvez não seja o desejo da maioria, mas precisa da discussão anterior, é preciso englobar todos e disseminar a proposta. (P4)

Claro, mas eu acho que tudo na vida é um cenário de disputas. Nós estamos estudando, pensando, nos reunindo aqui, uma hora e meia, duas horas a cada semana

e trazendo algumas coisas [...] quando nós estamos reunidos nós vamos mudando alguns conceitos, algumas coisas, vai se revisitando as práticas, os saberes. (P1)

Eu até estava falando com a colega sobre a importância de nós pararmos estas horas para discutirmos as coisas de residência, porque assim não é caro, não envolve grandes planejamentos e nós pararmos 1 hora uma vez por semana, mas quem sabe nós propomos para o grupo todo uma vez por mês? (P7)

Esses encontros reflexivos de Educação Permanente em Saúde podem promover a conscientização da importância de encontros reflexivos para discutir processos de trabalho na perspectiva da EPS.

O que nós poderíamos propor é um momento de Educação Permanente em Saúde [todos sinalizam que sim, que seria uma boa ideia, sinalizam assertivamente]. Neste momento, nós compartilharíamos as coisas da RIMS entre os preceptores. Isso seria uma boa partida para o futuro das ações interdisciplinares na RIMS. E estes momentos deveriam ser momentos instituídos, onde nós discutiríamos nosso processo de trabalho [todo mundo se empolga, concordo, sinaliza que deveriam ser instituídos]. Momentos reflexivos para discutir processo de trabalho. (P3)

Sim, momentos como este! Momentos que nós possamos nos encontrar, possamos refletir sobre nossa prática, possamos dividir, sentar, conversar e não aqueles momentos de reuniões em que nós vamos para escutar que um preceptor está de atestado, outro vai tirar férias, etc. (P4)

Estes momentos aqui estão servindo para nós pensarmos na nossa prática, no nosso trabalho, para nós nos encontrarmos e pensarmos em estratégias que com o tempo e com a participação da maioria possam ser realizadas. (P1)

Eu acho que precisamos de momentos para discutir processos de trabalho, não apenas reuniões administrativas como as que acontecem. (P7)

- Sim, porque são estes momentos que nos desacomodam porque pensar no processo de trabalho é desacomodar! (P1)

Estes momentos teriam que ser fixos, encontramos um dia fixo para discutirmos no coletivo e que este espaço seja entendido e valorizado pelos participantes do serviço. Porque há uma dificuldade de os outros profissionais entenderem que estes momentos também fazem parte da assistência, que nossos encontros, que a sistematização, que a evolução também faz parte da nossa assistência. (P6)

- Ah sim, se tu estás sentado vendo um prontuário, já vem alguém e diz: ah, não está fazendo nada! Já está lá sentado de novo... (P3)

Dessa maneira, a percepção da importância dos momentos de EPS, na visão dos preceptores, pode contribuir para a valorização dos preceptores.

Nós não podemos esquecer que para propor estes encontros, temos que pensar em gratificação, que é uma forma também de valorizar algo que nós estamos propondo e valorizar este momento que nós estamos pensando na formação dos residentes, pensando no nosso trabalho. Não podemos esquecer: o que podemos fazer para gratificar as pessoas? Como capturar as pessoas? Porque nós estamos aqui porque temos um objetivo bem definido, além de publicar, nós queremos propor algo para residência. Nós temos um objetivo e uma gratificação e não adianta, as pessoas

querem gratificação. Convidar as pessoas para ir palestrar, isso não mobiliza, não é suficiente para que as pessoas se engajem e compareçam no encontro. (P4)
-Mas temos verbas para capacitações. Tiveram aqueles tópicos especiais que aconteceram em agosto [...] foram maravilhosos! (P5)
-Sim, muito bons! Eu gostei muito. (P3)
-Já algumas palestras não me representam... não me sinto parte, não me engloba. (P4)

Diante do reconhecimento da importância dos encontros entre os preceptores, o grupo cria uma proposta de um núcleo pedagógico de EPS.

Nós podíamos, nós mesmo aqui, formar um coletivo, formar um grupo, um núcleo pedagógico de preceptores... (P3)
- Sim, nós mesmos! Isso nos valoriza e nos oportuniza a mostrar coisas boas, coisas que nós discutimos, refletimos. (P1)
- Claro! [Todo mundo concorda e fica empolgado, conversas paralelas]
- Nestes encontros poderíamos pensar em questões para a formação, para a pesquisa... Bah, seria muito bom! (P6)

Nós poderíamos começar nisso (na formação de um núcleo pedagógico)! Acho que seria um ótimo começo para pensarmos e depois em sonharmos mais alto! (P3)

Tal proposta poderia resultar em mudança de paradigma pois a reflexão sobre as dificuldades de implementação de ações multiprofissionais na RMS, principalmente com a profissão médica, instiga os preceptores a mudar os modelos de saúde instaurados.

Mas eu acho importante a gente ter isso em mente (sobre a dificuldade ou quase impossibilidade de integração com a Medicina) quando a gente vai pensar em uma proposta para um hospital e é o que a gente está tentando fazer aqui que é este saber médico muito elevado, muito especializado e a gente tentar modificar. Eu acho que seria uma proposta de proposta, de como a gente está propondo propor isso porque é uma mudança de paradigma, eu acho. Não é uma coisa simples, acabada, é algo bem difícil [...]. (P1)
Exato! (P3)
(P1 continua) É uma mudança, é revolucionar o que é feito.

Diante da apresentação da proposta pelos preceptores, na próxima subcategoria, abordo a formação integrada, por meio da criação do núcleo pedagógico de EPS. Nessa subcategoria, temos os seguintes macro códigos: elementos que constituem a formação integrada dos preceptores na RMS, planejamento para a implementação do núcleo e suas prováveis implicações na Residência.

A formação integrada foi pensada e proposta pelos preceptores como possibilidade de trabalho entre as diferentes áreas, tanto nas atividades teóricas quanto práticas.

[...] interdisciplinar ou até transdisciplinar, não sei a palavra certa, mas seria [...] formar uma prática de ensino em campo e também das aulas que eventualmente eles

(tutores) vão dar, e nós damos várias aulas, de forma interdisciplinar com os outros conteúdos. (P2)

Para a implementação da formação integrada, seria necessária a apropriação dos preceptores acerca dos objetivos da Residência, a partir do que P2 coloca:

Mas é isso que eu quero falar. É importante nós nos apropriarmos, inclusive da parte da crítica para colocarmos, olha o que nós achamos que tem que ter nessa capacitação é isso e isso [...]. Primeira coisa, o artigo que a pesquisadora me deu muito bom sobre a contextualização histórica da residência, por exemplo, por que investir nessa ideia? Por que essa pessoa que está aqui fazendo residência não pode simplesmente sair pegar um emprego qualquer, se formar na graduação, pagar R\$ 300,00 por mês, para ter um título de especialista de saúde mental. (P2)

Dessa forma, como ponto de partida para que iniciassem a formação integrada, os preceptores pensaram na capacitação que já existe no programa da RMS.

Nessa capacitação, e eu acho esse meio bacana, por exemplo poucas residências tem, por isso que eu não sei a quantas andam, se está ruim ou que conteúdos tem sido abordado, mas é uma via para nós nos apropriarmos, pegarmos para nós. (P2)

-Também acho! (P6)

-Todo ano tem! (P7)

-É eu acho que tem que fortalecer esses traços. (P5)

-Nós sermos liberados, por exemplo, este texto aqui se nós pudéssemos apresentar para os novos explicando a contextualização histórica. (P2)

[...] acho que a maneira inicial de "pegar" esse pessoal, "pescar" em uma rede inicial seria naquela capacitação que já existe. Eu não sei a quantas andam a capacitação, não sei que conteúdo está sendo abordado [...]. (P2)

Porém, diferente do que na capacitação existente na RMS, essa formação teria a participação dos preceptores:

E não tem a participação dos preceptores, os novos preceptores são os ouvintes e a coordenação que está passando tudo. Os preceptores mais antigos poderiam capacitar ou trazer alguma coisa também [...]. (P7)

Para que a formação integrada possa ser viabilizada, os preceptores acreditam na possibilidade de criação de um núcleo pedagógico por meio dos encontros que estão participando para a pesquisa.

Tínhamos usado um termo para definir a nossa proposta [...]. (P4)

É o núcleo pedagógico, que seria o nome dessa estratégia, seriam movimentos da educação permanente, ou algo que não fosse tão direcionado a capacitação, até para fugir dessa lógica. (P3)

-Núcleo da educação permanente poderia ser. (P5)

-Interdisciplinar [...]. Sabe por que eu digo interdisciplinar? Porque o nosso hospital tem núcleo da educação permanente da Enfermagem, núcleo da educação permanente da Psicologia, e assim seria algo não apenas de uma profissão, mas interdisciplinar [...]. (P2)

- É, porque eu acho que transdisciplinar estaríamos indo muito além [...]. (P3)

-É o que eu fiquei pensando, se é uma educação permanente é todo numa lógica não apenas multiprofissional, mas interdisciplinar. (P3)

Nós teríamos condições de formar um núcleo pedagógico por ter esta oportunidade de encontro. Nós aceitamos nos reunir seis vezes na segunda-feira para pensar sobre o processo de trabalho, só isso já evidencia que estamos pensando na residência como um todo, deixamos de fazer alguma outra coisa para estar aqui pensando na residência. (P1)

Esse núcleo tem como objetivo fomentar a EPS como balizadora das suas ações, sendo que esse núcleo constituiria a formação que os preceptores desejavam. Além disso, o núcleo surge como possibilidade de compartilhar experiências e prevenir muitos problemas que os preceptores enfrentam no dia a dia:

Eu acho que é um núcleo de fortalecimento permanente na verdade. (P1)

-É porque tem a parte de educação que eu penso que nós temos que refletir a prática, mas tem o embate político também. (P4)

-É eu acho que o objetivo da Educação Permanente dá bem conta disso mesmo porque vai envolver tanto conhecimento técnico em algum momento, mas vai envolver processo de trabalho que é o que nós estamos discutindo também. (P3)

A proposta de criação do núcleo pedagógico teria viabilidade na Residência, pois não necessita resolver as questões de trabalho com auxílio de verbas e financiamentos, como foi expressado por P2.

[...] tem uma parte ali que tu perguntaste de que ponto são exequíveis em outros programas? Esses todos que nós falamos [...] o colega tocou em um ponto bem importante, boa parte deles não depende de muito recurso, nós não vamos precisar mandar uma verba para Brasília para solicitar, uma hora de trabalho coisas que nós eventualmente até perdemos fazendo lamúrias nos nossos encontros a tarde. São problemas que se nós tivéssemos encontros preventivos poderiam ser resolvidos. (P2)

Porém, a certificação para a participação dos preceptores no núcleo seria uma estratégia interessante para promover o engajamento dos profissionais.

Eu lembro que nós trouxemos na reunião passada que essa proposta seria de fazer este encontro, propor um núcleo pedagógico que nós poderíamos fazer e que isso teria que ser certificado de alguma forma. (P4)

Ainda, na discussão acerca da viabilidade do núcleo, os preceptores se preocupam se vai haver a possibilidade de ter verbas/financiamento para a proposta do núcleo pedagógico na RMS:

Existe financiamento para isso (proposta do núcleo pedagógico na RIMS), eu tenho certeza que existe verba para isso. (P6)
-Mas, de financiamento do próprio hospital? (P2)
-Não, existe verba da CAPES, do MEC. (P6)
-Mas existe a possibilidade ou [...]? (P5)
-Existe, existe isso, que não daria para nos remunerar, mas para fazer algum tipo de capacitação. (P6)

O seguinte macro código apresentou o planejamento para a implementação do Núcleo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde. Destarte, os preceptores discutiram acerca da operacionalização e implementação da proposta, assim como o primeiro encontro dos preceptores que constituiriam o núcleo:

Eu gostaria de dizer que eu marquei para o nosso encontro para nós fazermos. Ainda não compartilhei porque estou tentando uma sala [...]. (P6)
-Tu marcaste? (P2)
-Sim, marquei 22/12 às 14:00 horas para manter o nosso horário em que estão acontecendo estas nossas reuniões aqui para manter o hábito [risadas] [...]. (P6)
-Só conosco? (P5)
-Não, com todos os preceptores [...]. (P6)

)

-Dia 22/12, às 14:00 horas. (P6)
- A outra estratégia é aquela de tentar mobilizar para participar também na capacitação dos novos residentes. (P2)
-Mas eu acho que entra junto. (P4)
-Mas espere aí, porque eu acho que não entra junto? Porque a Educação Permanente Interdisciplinar, nós é que estamos propondo. Nós estamos criando uma certa autonomia e estamos propondo, esse é a coordenação que realizou já é algo instituído não por nós [...]. (P2)
-Mas por que tem que ser um evento isolado essa capacitação? [...]. (P7)

O planejamento para o primeiro encontro, no qual se realiza a escolha dos temas e como serão operacionalizados no núcleo pedagógico é evidenciado nas seguintes falas:

Eu coloquei que era para ele (o profissional convidado para conversar no primeiro encontro dos preceptores) abordar como deve ser a atuação do preceptor, o modelo da RIMS, o modelo médico, como são diferentes, como conduzir a formação para um modelo menos maternal e mais independente e responsável? (P6)

Essas atividades que nós estamos propondo, de educação permanente, nos fortalecem quanto grupo, porque mesmo em um grupo maior, nós não vemos uma interlocução de todo mundo, como nós vamos fazer? De que forma nós vamos tencionar? Nós vamos fazer um documento? Vamos pedir uma reunião? (P1)

Além disso, os preceptores sinalizaram a importância da disseminação da proposta dos encontros de preceptores:

Eu vou contar uma coisa para vocês [...] os tutores me pediram para ir conversar com eles, que é um espaço que eles têm de formação dos tutores para eu falar sobre as linhas de cuidado e eu falei da nossa pesquisa. Eu disse que estava sendo muito legal, mas todo mundo já sabia e eles comentaram sobre isso que talvez no dia 16 nós tivéssemos um espaço, mas eles acharam que vai ser um espaço muito curto porque 15 minutos é pouco [...]. Mas pelo que eu entendi vai ter um momento só para nós falarmos da nossa experiência. (P3)

- Um tutor falou comigo e com o colega que nós estávamos muito satisfeitos e que nós teríamos que falar sobre essa experiência. (P5)

-Dia 16 vai ter um seminário que começa às 14:00, na sala 160 até às 17:00 e todas as ênfases vão apresentar 15 minutos de duração que é uma prática que a ênfase acredita que seja inovadora, alguma coisa positiva [...]. (P4)

-E se nós tentássemos com ele dia 22 na terça, tu poderias? (P6)

-Posso. (P4)

-Vamos tentar então. (P6)

Para a implementação da proposta, os preceptores refletiram sobre a maneira que utilizariam para buscar apoio e ajuda para tal objetivo, exposto por P4:

[...] o que estou trazendo é para nós refletirmos: se nós atrelamos a algum professor? Tem algum professor que nós deslumbramos a possibilidade de se engajar conosco nisso? Porque chefias de serviço terão que nos liberar duas horas por mês para estarmos participando do Núcleo. (P4)

Os preceptores destacam a importância da presença de um moderador nos encontros promovidos pelo núcleo:

Eu tive um "estalo", eu acho que para a formação e efetivação desse núcleo de educação permanente é fundamental nós termos uma pessoa que faça isso que tu (pesquisadora) fizeste. Alguém para dirigir, alguém que modere, "nessa fala o fulano foi mais emocional, uma coisa que a pessoa "vomitou", algo que foi importante vomitar naquele momento e aí o que nós vamos fazer com esse vômito"? Então é a importância de ter alguém que faça isso, não sei se uma pessoa só ou duas [...]. (P4)

- E não sei se não deveria ser alguém que não estivesse inserido na RMS, alguém de fora mesmo, que entenda do assunto, da situação [...]. (P2)

-Ou da metodologia, não precisa ser da RIMS, mas que consiga fazer isso. É, talvez nós possamos pedir na CGP isso, essa pessoa, umas das consultoras, eles têm consultores lá, que trabalham com alguns serviços [...]. (P6)

Referente às implicações da implementação do Núcleo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde na RMS, a primeira delas consiste na autonomia dos preceptores. A autonomia permitiria uma atuação independente no núcleo de EPS e a participação dos preceptores nas estratégias de capacitação.

Que o núcleo pedagógico não seja da RIMS, que seja nosso, de uma proposta nossa. E esse núcleo atuaria nas estratégias de capacitação? (P3)

-A ideia seria interferir. (P4)

-Ajudar a coordenar. (P3)

[...] eu acho que é importante pensar na oficialização disso que é a questão de hierarquia que se tem no hospital. Vai ser uma coisa encabeçada somente por preceptores que não são chefias de serviço, são contratados, tem um professor ligado a isso, tem uma chefia ligada a isso, isso é muito real. Pode estar sendo muito legal, mas vai por água abaixo [...]. (P4)

Além da autonomia, a valorização dos preceptores, a partir da criação do núcleo, refletem a valorização profissional e o reconhecimento curricular.

É que na verdade se somam, não são excludentes (a valorização dos preceptores e a criação do núcleo de EPS) porque, por exemplo, mesmo nós criando o núcleo de educação interdisciplinar na RIMS e outras propostas de coesão de grupo, de discussão e mantendo um espaço fixo, "esse espaço é nosso, aqui que vamos nos reunir" não exclui também a questão que a colega levantou da valorização em termos até laboral, porque não se está pedindo nem o financiamento, não é a questão financeira é o reconhecimento do currículo, é antes disso [...]. (P2)

A discussão seguinte reflete o anseio dos preceptores em ter conhecimentos e saberes comuns a todas as áreas que compõem a RMS para uma atuação multiprofissional.

E que é um problema que surgiu para nós como preceptores de campo é que estão falando só para uma linha e não para todas as áreas que compõem a RIMS. (P2)
-Surge o tempo todo! (P3)
-Seria interessante no nosso campo nós termos um conhecimento que seja comum a todos. (P6)

Diante disso, P2 ressalta a criação de estratégias para execução de práticas pedagógicas criativas que seriam desenvolvidas pelo núcleo pedagógico:

[...] precisamos muito da criatividade porque para nós criarmos esse núcleo pedagógico, nós teríamos que bolar, esse grupo aqui ou outros que viessem se agregar, práticas de ensino que não existem [...] vou dar o exemplo da Escola de Saúde Pública (ESP) que eu e o colega já passamos por lá, uma aula de saúde mental de um cara que é artista plástico, um enfermeiro e um psicólogo juntos e sem desmerecer um ou outro [...] são práticas pedagógicas mirabolantes! Isso seria bacana. (P2)

Em vista disso, as implicações da proposta do núcleo pedagógico, na RMS, estão relacionadas à autonomia e valorização dos preceptores. Além dessas, destacamos o incentivo para o desenvolvimento de práticas pedagógicas que se afastem de um modelo tradicional e busquem promover a criatividade e a inovação na atuação dos preceptores.

5.2 Resultados da Análise de Processo

A análise dos dados de processo objetiva mostrar as mudanças ao longo do período do estudo considerando os efeitos ciclo 4-DSPD, no qual os participantes estão. Para isso, as seguintes questões orientam a análise: quais as mudanças ocorridas entre os participantes ao longo do ciclo 4-DSPD? Quais são as mudanças que acontecem? O que eles dizem ou fazem de diferente ao longo das fases do estudo? Para responder a estes questionamentos, as notas de campo foram fundamentais, uma vez que somente transcrições dos grupos dos preceptores não evidenciariam suficientemente o processo.

As categorias que constituem a análise de processo foram *Atitude*, *Diálogo* e as *Reflexões*. Essas categorias estiveram presentes em todas as fases do ciclo 4-DSPD. A categoria *Atitude* foi construída para evidenciar as interações entre os participantes e documentar a mudança que eles tiveram ao longo dos grupos de discussão. Tal categoria foi observada em cada fase do ciclo, no sentido relacional e de comportamento, a fim de captar as nuances desse processo.

Por isso, constitui-se uma categoria que abarca os elementos das relações humanas, a qual busquei captar ao longo dos encontros. Nas transcrições, observei elementos que envolviam reflexões e diálogo, porém havia algo a mais, difícil de ser nomeado e capturado. Para isso, recorri às notas de campo realizadas ao longo da coleta de dados. Por exemplo, em uma das minhas anotações: [...] *participantes entusiasticamente falando e praticamente não precisam da moderadora*. Esse trecho foi importante porque sinaliza que os participantes mudaram ao longo das fases, pois, no final do ciclo, o comportamento entre eles era diferente.

Mudaram uns com os outros. É um processo que muda as relações entre as pessoas que constituem o grupo. Com isso, não tenho a pretensão de dizer que a pesquisa proporcionou mudanças nas relações dos preceptores. O que registro são as mudanças que aconteceram por eles estarem juntos em encontros de 15 em 15 dias, em torno de duas horas em cada encontro. Juntos compartilhando problemas, angústias, incômodos, experiências positivas e que marcaram a vida como preceptores.

A análise de processo também é composta pelas categorias *Diálogo* e *Reflexões*. A categoria *Diálogo* é o resultado do compartilhamento de experiências, saberes, escuta de diferentes propostas, pontos de vista, recriminação de atitudes e posturas. E, por último, a categoria *Reflexões* se constitui de ponderações sobre as atividades na RMS e a aquisição de conhecimentos sobre ela.

Abaixo, apresento o quadro com a categorização de todas as quatro fases do ciclo 4-DSPS.

Quadro 4 – Fases do ciclo 4-DSPS

<i>Fase Descoberta</i>	Categoria: Atitude Categoria: Diálogo Categoria: Reflexão
<i>Fase Sonhos</i>	Categoria: Atitude Categoria: Diálogo Categoria: Reflexão
<i>Fase Planejamento</i>	Categoria: Atitude Categoria: Diálogo Categoria: Reflexão
<i>Fase Destino</i>	Categoria: Atitude Categoria: Diálogo Categoria: Reflexão

Fonte: Autora.

5.3 Fase Descoberta

A fase Descoberta contemplou duas reuniões. Na primeira reunião, notei, inicialmente, maior direcionamento das falas dos preceptores centradas na minha figura de pesquisadora e em torno das questões que orientavam a reunião. Podemos observar isso através dos macrocódigos *posturas individuais* e *postura focada na pesquisa* dos preceptores na reunião. Observei, também, que havia entusiasmo na fala dos preceptores em relação as suas melhores práticas de EPS desenvolvidas na RMS. Eles retrataram que não lembravam quando tinham feito um exercício reflexivo sobre o que eles estavam fazendo de melhor enquanto preceptores na RMS e que estava funcionando bem, dando certo.

A tarefa reflexiva que foi solicitada antes de realizarmos a Fase da Descoberta, como uma possibilidade de ir preparando-os para uma discussão do que "dá certo", do que dá energia ao trabalho deles, foi fundamental. Para discussões reflexivas, precisamos de disparadores, o que, neste estudo, denominamos "tarefas reflexivas". Porém, destaco que esse entusiasmo ainda não era compartilhado com os demais participantes, não porque não quisessem, mas,

possivelmente, porque não havia entrosamento suficiente no grupo. Como a Fase Descoberta foi realizada em duas reuniões, na segunda, percebi nuances de compartilhamento e descoberta de ações, o que os preceptores de diferentes áreas, como colegas da função de preceptoria e componentes de um programa de Residência Multiprofissional, ainda desconheciam.

Nos primeiros encontros, houve um tímido entrosamento entre os participantes, que podemos observar a partir do macrocódigo interação e consenso. Nele, percebemos pequeno intercâmbio de ideias. Não há uma crítica ou um diálogo significativo entre os preceptores até o momento (minutos da primeira reunião). Após, começo a perceber uma postura de escuta e de certo "descobrimento" acerca do que o colega está realizando, de suas experiências ao longo da preceptoria. É um momento para que eles conheçam o seu trabalho e o que o colega vem realizando na RMS.

Essa interlocução entre os preceptores, mais de escuta do que de trocas, foi importante e disparou a seguinte questão: como desejamos que um grupo trabalhe no coletivo de forma a realizar ações conjuntas, se este grupo não realiza encontros para compartilhamentos de experiências, problemas, ações? O que "o estar junto" pode mobilizar? Tais questões levaram os preceptores a refletir sobre a importância de encontros de todo o grupo de preceptores da Residência.

Na segunda reunião, ainda da Fase Descoberta, percebi um maior entrosamento, compreendendo que o macrocódigo *discordâncias* recebeu mais destaque devido a um maior entrosamento do grupo, o que fomentou o aparecimento de questões como discordâncias, macrocódigos não percebidos na primeira reunião. Nesta segunda reunião, com um maior entrosamento, senti dificuldade em que os participantes centrassem suas discussões nos objetivos da pesquisa. Questões que se referiam aos objetivos tiveram presença nesta reunião. Cabe destacar ainda, que o entrosamento dos participantes, na segunda reunião, foi, significativamente, maior do que na primeira. A visualização do número de macrocódigos, no que concerne ao título interação e consenso, é notável.

É pertinente sublinhar que a categoria diálogo e reflexões foi criada, pois a técnica de coleta de dados empregada foi a discussão grupal, que proporciona aos participantes se interpelarem, explicarem e refletirem em voz alta, sendo corrigidos e reforçados mutuamente. Por isso, oferecem dados de grande validade acerca das divergências e dos consensos sobre o tema tratado (MORGAN, 1996, ZAFORTEZA-LALLEMAND, 2010). Diante disso, reitera-se a importância do cuidado na escolha das técnicas de coleta de dados, as quais devem estar em consonância com a proposta da Pesquisa Apreciativa.

5.3.1 Atitude

Esta é a primeira categoria de análise de processo na Fase Descoberta. Ela foi realizada com base na codificação e formação de macro códigos e códigos, a partir das notas da pesquisadora principal. Essa categoria apresenta como códigos constituintes: *postura individual, postura com foco nos objetivos da pesquisa e postura entusiasmada*.

Como já retratado, os preceptores foram, timidamente, assumindo mudanças de comportamento ao longo das fases e na fase de Descoberta, a qual foi a maior fase deste ciclo (duas reuniões), já se apresentavam inicialmente com uma postura individual. Esta postura surpreendeu, pois eu esperava que, por fazerem parte de um grupo de preceptores, haveria um grau mais significativo de interação, o que não foi registrado.

Nas primeiras reuniões, notei uma organização maior, em que cada um espera a sua vez de falar, possibilitando uma melhor compreensão dos dados. Por outro lado, havia, entre os preceptores, um comportamento individual, indo de encontro com o diálogo que se esperava entre os participantes. Ainda não há uma interação entre os preceptores em comparação com o que iremos observar nas últimas reuniões, nas quais eles interagiam entre si, compartilhando diversas experiências. Estes fragmentos são retratados pelo código *postura individual*.

Senti também que havia pouco entrosamento entre o grupo todo, havia uma dificuldade de a partir do que um preceptor estava trazendo, os outros também compartilharem suas experiências, não havia engajamento, não havia continuidade. Era difícil até para mim conduzir pois meus pressupostos eram de que era um grupo coeso que trabalhava e se conhecia bastante. [Pesquisadora]

Sentia que o grupo ficava direcionado a mim, e não complementava o que o colega ia trazendo ou puxando outras questões. Tentei trazer isso no início de cada reunião, mas percebi que era porque eles não estavam acostumados a estarem juntos, conversando sobre processos de trabalho, compartilhando suas experiências... este incômodo inicial foi diminuindo tanto que ao final a integração já era bem melhor e eles se deram por conta da importância de encontros assim, e da riqueza de estarem juntos compartilhando saberes e experiências. [Pesquisadora]

Outra postura observada nos preceptores foi o *foco nos objetivos da pesquisa*, código que também constitui a categoria Atitudes. Havia, nas discussões dos preceptores, uma maior objetividade nos fatos, as perguntas eram respondidas com mais clareza, mantendo o foco sem fugir do assunto principal. E, em uma pesquisa qualitativa se busca a atenção dos participantes. Porém, observei que a atenção era remetida em virtude, também, da pouca interação entre eles.

Observei que havia uma objetividade nos fatos, as perguntas eram respondidas com clareza, mantendo o foco sem fugir do assunto principal. [Pesquisadora]

Percebi que haviam compreendido a metodologia. Quando ia responder, eles mesmo se davam conta de tentar trazer o positivo das suas experiências, focar na pesquisa. Isso ao longo das fases foi se perdendo, e seguir um fio condutor por meio de pressupostos positivos foi difícil. [Pesquisadora]

Observei, também, que havia *entusiasmo* na fala dos preceptores em relação as suas melhores práticas desenvolvidas na RMS. Eles retrataram que não lembravam quando tinham feito um exercício reflexivo acerca do que estavam fazendo de melhor, enquanto preceptores na RMS. A tarefa reflexiva que foi solicitada antes de realizarmos a Fase da Descoberta, como uma possibilidade de ir preparando-os para uma discussão do que "dá certo", "do que dá energia ao trabalho deles", foi fundamental. Para discussões reflexivas, precisamos de disparadores, o que, neste estudo, foi denominado "tarefas reflexivas".

A *postura entusiasmada* (código) que os preceptores assumiram quando falavam acerca das suas experiências de sucesso, compartilhando por meio das cartas, desenvolvidas como tarefa reflexiva com os colegas é retratada na sequência:

Percebi que ao salientarem suas experiências os preceptores sentiam-se entusiasmados com a possibilidade de revisitar suas lembranças, vivências. Foi um momento do qual percebi uma forte apreciação pela possibilidade de relatarem algo de que tinham bastante orgulho. [Pesquisadora]

E como preceptor é muito legal ver isso, ver o retorno que tu tens do residente e tu ter contato com eles! Nós aqui nesta sala somos preceptores de campo, além de núcleo [...] e temos contato com profissionais de outras áreas que não a nossa [...] que bacana isso! (P4)

E quem está prestando supervisão para mim é um enfermeiro, ou é um nutricionista, ou é um fisioterapeuta. E isso dá um retorno muito grande, tu aprendes e ao mesmo tempo tu ensinas! [Fala bem entusiasmada] (P1)

Entretanto, destaco que esse entusiasmo ainda não era compartilhado com os demais, não porque não quisessem, mas principalmente porque não havia entrosamento suficiente para isso. Como a Fase Descoberta foi realizada em duas reuniões, a segunda reunião, já apresenta nuances de um compartilhamento e descoberta de ações, o que os preceptores, como colegas da função de preceptoria e componentes de um programa de Residência Multiprofissional, ainda desconheciam, principalmente entre diferentes áreas.

A categoria **Atitudes** expressou as posturas dos preceptores em relação à participação no ciclo 4DSPD, evidenciando o individualismo, o foco na pesquisa e o entusiasmo. Essas características não objetivam mostrar se é errado ou certo se portar dessa maneira, contudo evidenciar elementos importantes para uma análise processual que visa demonstrar como as

atitudes vão se modificando, mediante os encontros que proporcionaram aos preceptores um maior vínculo afetivo e confiança.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, a interação e a autonomia para trazer outros temas para serem discutidos com os colegas aumentou significativamente. Era como se a minha autonomia diminuísse e a confiança dos preceptores para trazer experiências, falar da sua atuação enquanto preceptor na RMS, discutir os processos de trabalho atrelados a Residência, dificuldades, aumentava. Também foi observado aumento da interação e vínculo entre os participantes da pesquisa.

5.3.2 Diálogo

A categoria Diálogo é construída a partir do início do diálogo entre os preceptores na Fase Descoberta, na primeira fase do ciclo 4-DSPD. Esse diálogo ocorre por meio do compartilhamento de experiências, saberes, a escuta de diferentes propostas, pontos de vista, discordâncias de atitudes e de posturas. Além disso, o diálogo foi constituído pelo engajamento entre os preceptores e pelo consenso e discrepâncias das suas reflexões, proposições. Esta categoria apresenta como macrocódigo diálogo entre os preceptores os seguintes códigos: engajamento, consenso e discordância.

No *engajamento*, pude perceber que a postura de escuta dos preceptores mudava para uma postura com engajamento entre os participantes, por meio do que cada um contribuía através de exemplos, continuação do diálogo e comunicação ao longo da reunião.

Nós encontramos, no conjunto dos preceptores principalmente, este porto seguro para pensar, compartilhar o que vivenciamos porque, muitas vezes, temos as mesmas dificuldades no campo e nos unimos para, por exemplo, fazer um documento ou então fazer a operação tartaruga. Todo mundo parece que se motiva e não tem alguém que fica para trás, lamentando. (P6)

- Sim, nós podíamos pensar nisso como uma estratégia. [Pensa] (P2)

- Fortalecimento, apoio. (P5)

- Eu acho [...] não sei o que vocês pensam, mas eu acho que é uma identificação deste grupo com a proposta da RMIS. Acho que é um grupo que se identifica com essas propostas. (P1)

- Não é por nada, tem o rodízio (de preceptores) mas as pessoas que permanecem são aquelas que tem comprometimento com a proposta da RMIS, com esse orgulho que a gente coloca porque a gente se dedica e acredita na proposta da residência. (P4)

Estas ações elas deveriam ser mais exercitadas, melhor pensadas, planejadas com mais frequência. Nós sabemos da dificuldade que é, sair do campo, e já ouvimos muito do que os campos reclamam de que o residente sai muito do campo. (P4)

- Sim, bastante! (P5)

- Sim, mas o residente é para isso. Ele precisa, nessa trajetória formativa conhecer outros espaços, conversar com outros cenários, outras ênfases. (P4)

- Também pensei em algo assim. Pensei em fazermos eventos juntos, como o colega está dizendo, eventos mais seguidos. Agora nós vamos ter uma atividade de integração montada pela coordenação, mas que nós montássemos seminários de integração. Uma aula, uma disciplina. O encontro de Bioética faz isso e é legal, muito legal. (P6)
- É, é uma prática bem importante. (P7)
- E algumas vezes são casos, trazidos, discutidos antes com o Goldim, para ver se adéquam a situações que eles consideram, que envolveram questões éticas e algumas vezes, tem dois campos envolvidos [...] e é muito legal. Mas tivéssemos assuntos, temas que perpassassem. (P6)
- Transversalizassem. (P2)
- Transversalizassem todo mundo, mas que não fosse apenas conteúdo, que pudéssemos discutir, por exemplo, fazer uma mesa redonda. (P6)

Podemos perceber que, em muitos momentos das reuniões da pesquisa, houve um consenso nas reflexões que o grupo realizou: todos abordaram conclusões similares sobre as questões gerais que a RMS expõe, positivamente, na atuação deles enquanto preceptores e profissionais de um serviço que sedia tal programa. Por exemplo, todos estão de acordo que a RMS é uma estratégia importante para o trabalho na saúde que busca uma formação diferenciada. O *consenso* entre os participantes é expressado nas concordâncias, uniformidade de opiniões, pensamentos, ideias e propostas entre os preceptores, a partir da reflexão coletiva na reunião da pesquisa.

O consenso no diálogo também é representado quando um participante concorda com outro e contribui com a reflexão, demonstrando que o que aflige o colega é compartilhado em outras áreas de modo similar. Em sua maioria, os consensos representam os problemas relatados sobre a RMS, especialmente quanto à falta de espaços para encontros do grupo, a formação do residente que ainda não assume o seu papel como profissional na RMS e a pouca representatividade das profissões no hospital que sedia a RMS.

Também concordo e achei muito interessante o que a colega colocou antes sobre o coletivo, as reuniões, a apropriação do grupo, porque estes espaços nós temos que ter. (P3)

Mas quando tem uma situação prática, o residente quer ser o profissional. Tem grupos de residentes que são assim [...]. Também em relação ao que a colega vinha falando [...] são perfis que vão mudando [...]. Nós também vemos uma diferença grande dos R2 para os R1. (P7)

- Quando interessam para eles (os residentes), por exemplo, muitos me acompanham em uma reunião importante, mas não falam [...] [colega que P7 se referiu P6] [Este momento todos os preceptores concordam, sinalizam com assertividade]

[...] se tu reclamas tanto, vai ser professor. Esta é a resposta que é dada para nós, principalmente de um profissional do Clínicas. E não queremos ser professores, nós queremos ser valorizados e continuar sendo profissionais, continuar na assistência. (P6)

- Esse é o objetivo da residência. Formar profissionais em excelência para a assistência que era uma grande lacuna. (P2)

Também emergem as *discordâncias* que fazem parte do diálogo dos preceptores. Os preceptores se confrontam com determinadas posições e expressam opiniões opostas. As discordâncias são expressas em relação aos pensamentos diferentes, críticas entre opiniões, ideias e propostas dos preceptores a partir da reflexão coletiva durante a reunião da pesquisa. Por exemplo, os preceptores apresentaram discordância em relação à existência de uma formação para o trabalho no SUS destinada à Saúde Coletiva. Isso é decorrente da falta de formação para o SUS em instâncias hospitalares e pelo fato da atuação multiprofissional ocorrer de maneira diferenciada em diferentes áreas da RMS, especialmente na Saúde da Criança, as quais já foram exploradas na análise de conteúdo.

Ainda que a *discordância* esteja presente no diálogo na Fase da Descoberta, ela se apresenta de forma tímida, o que pode ser devido ao pouco entrosamento dos preceptores. Na Fase de Sonhos e de Planejamento, houve uma maior representatividade. Porém, este grupo teve como característica apresentar poucas questões em relação às discordâncias, destacando as características que apresentavam em comum.

Eu fico pensando o quanto por exemplo é investido na área da Saúde Coletiva, no sentido de formações para promoções de discussões enquanto no Hospital, como que isso é trabalhado? Enquanto as áreas na saúde coletiva têm uma série de formação, para nós, é muito difícil, ninguém tem nem formação para isso! (P3)

- Mas eu tenho uma experiência no hospital X para fazer parte de uma banca externa da residência e a diferença é gritante. Eles vivem SUS, eles respiram SUS. Chega aqui parece que não tem, parece que não é SUS [...]. (P7)

Existe uma tradição na oncologia pediátrica, desde que a unidade foi feita ela é multiprofissional, tem muito trabalho para psicólogo, ela é muito valorizada, tem muitas estratégias utilizadas ali e tantos profissionais de outras áreas atuando, tanto a Educação Física, a Pedagogia. Mesmo que a especialidade é criança perpassam essas outras coisas, de família, questões sociais. (P1)

- Mas o que envolve? Envolve uma criança ficar o ano todo sem escola, ou o adulto, envolve ficar dois anos sem trabalhar. E aí extrapola com toda uma estrutura social que a Medicina não tem como dá conta e nem tem formação. Aí é que é forjado uma atuação multidisciplinar. (P2)

- Ah, mas aí eles (médicos) têm que ceder... porque não tem mais aquela figura tão importante que antes era. Agora, eles precisam da nossa rede, de todas as profissões da área da saúde. (P1)

5.3.3 Reflexões

A categoria Reflexões abarca as reflexões dos preceptores acerca da sua prática na RMS. Esta reflexão ocorre a partir de uma revisão sobre as atividades na Residência e da aquisição de conhecimentos sobre ela. Como consequências dessas reflexões, os preceptores começam a identificar as possibilidades de melhorias para a RMS. Dentro desta categoria, temos o

macrocódigo reflexão dos preceptores sobre a prática na RMS com o respectivo código identificação das possibilidades de melhorias.

Acho que vale como uma meta para o próximo ano, tentar fazer mais turmas, tentar fazer com que se propague [...] os residentes estavam muito acanhados, não tinha muita resposta até que surgiu uma aula que era justamente para se discutir sobre identidade profissional. (P7)

Estas ações interênfases que nós colocamos é pensando mais do que um trabalho multidisciplinar, é uma proposta de formação. Uma proposta de formação entre as ênfases e eu acho interessantíssimo. E já temos algumas experiências para compartilhar. (P5)

Diante disso, pude observar que, ainda na primeira Fase do ciclo 4-DSPD e com certa timidez por parte dos preceptores, eles já discutem as ações de EPS em função de possibilidades de melhorias para as propostas que vinham sendo descobertas nesta fase. Essa identificação foi possível a partir da descoberta das melhores práticas que cada preceptor vinha desenvolvendo em sua área de atuação. A identificação de possibilidade de melhorias também nos leva a pensar que a identificação das suas melhores práticas foi levada para reflexão e posterior ação.

5.4 Fase Sonhos

As categorias Atitudes, Reflexões e Diálogos se repetem em todas as Fases do ciclo DSPS, todavia seus constituintes, os códigos, diferenciam-se.

5.4.1 Atitude

Na Fase dos Sonhos, a categoria Atitude é formada pelos seguintes códigos: postura coletiva e postura centrada na resolução de problemas. Esses novos códigos constituem a Fase dos Sonhos e demonstram que houve uma mudança em relação à postura individual e centrada nos objetivos da pesquisa, evidenciadas na Fase da Descoberta para uma postura coletiva entre os participantes e centrada na resolução de problemas por meio da possibilidade de sonhar ações, estratégias, práticas para a RMS. Portanto, nesta fase, foi possível visualizar uma postura que começa a transitar do individual para o coletivo, em que os preceptores já compartilham e interagem por meio do ato de sonhar individualmente e consecutivamente pensar em sonhos coletivos que representam a unidade do grupo.

Nesta fase em que os preceptores são convidados a sonharem, eles trazem sonhos individuais, mas percebo que já se inicia um encadeamento nas conversas, um compartilhamento, uma troca de ideias, algo que desperta um movimento coletivo [...] a cada sonho trazido pelos preceptores havia uma complementação, eles concordavam, discordavam do sonho trazido pelo colega. Algo que na primeira reunião passou imperceptível. [Pesquisadora]

Ao término da fase sonhos pensava que o maior desafio, a partir do que a metodologia se propunha, era tentar construir práticas coletivas de um grupo que não trabalha junto mas tem um objetivo maior que é formar residentes para o trabalho no SUS. [Pesquisadora]

Porém, a postura coletiva evidenciada nesta categoria ainda demonstra que os preceptores sonharam com práticas ainda inviáveis no contexto da RMS, as quais representam, em sua maioria, o desejo de valorização do preceptor, do residente e da Residência em si. O sonho se traduz em uma necessidade de reconhecimento e valorização da importância de todos os atores e das Residências Multiprofissionais em Saúde.

Desse modo, a postura entusiasmada que esperávamos encontrar na fase dos sonhos não foi retratada significativamente, pois esse grupo de preceptores passava por momentos em que se sentiam desvalorizados, até muitas vezes, pouco motivados para as mudanças, cansados de tentarem realizar mudanças na RMS. Assim, é importante descrever que, neste momento, as reuniões foram fortalecendo o grupo, pois os integrantes puderam perceber que muitos colegas compartilhavam da mesma necessidade de valorização, de unicidade, de ser escutado, o que eles não haviam experimentado na RMS anteriormente. A postura coletiva promoveu a possibilidade para a atuação de um grupo de preceptores em torno de práticas de EPS em uma RMS. Sem essa postura coletiva, que promove uma afinidade entre os participantes de um grupo, torna-se difícil propor algo para um grupo maior.

Aos poucos o conhecimento, que antes era restrito à área de cada um, agora é compartilhado entre os preceptores, modificando o conceito de individualidade, em que cada um sabe apenas da sua própria especialização e trabalha somente com aquilo, passando a agregar, no seu trabalho, também, o conhecimento do outro, que tem uma especialização diferente.

A grande maioria dos sonhos foram relacionados a solução de alguns problemas pontuais da própria RIMS e também da atual contextualização dos preceptores em que estes se sentiam pouco valorizados na RIMS. [Pesquisadora]

5.4.2 Diálogo

Na categoria Diálogo, pode observar um *engajamento*, significativo, entre os preceptores, maior do que na primeira fase. Esse engajamento dos preceptores com os colegas se efetivou por meio de exemplos, continuação do diálogo, comunicação ao longo da reunião.

Não que ele (o residente) fique, mas que ele possa ficar, por exemplo, tem uma vaga para professor de educação física lá em Guaranguaduva (nome fictício de cidade), no meio do RS, quer ir? Ele vai poder optar ou não. Uma coisa mais ou menos parecida com o plano dos juízes. Vou ficar primeiro aqui nesse lugar que é menor, depois eu vou poder optar por outro lugar maior. (P4)

-Porque muitas vezes eles não voltam para o SUS. (P7)

-Exatamente. (P5)

-Eu tenho vários colegas da Educação Física que são professores da Educação, do município e o cara é especialista em saúde mental [...]. Onde ele aplica toda a formação? (P4)

-É! Por exemplo, os farmacêuticos, quem se formou aqui esta em hospitais particulares. (P5)

As vezes não conseguimos ter o residente multiprofissional com o médico porque o médico tem aula toda semana, um residente tem aula de tarde, outro tem de noite. Os médicos, às vezes, não almoçam e os residentes multiprofissionais se não almoçarem vira uma militância impressionante e se não descerem para o café as quatro horas, o mundo acaba. Mas são culturas de cada uma das residências, cada uma com sua história, sua construção [...]. (P4)

-Eles (os residentes multiprofissionais) têm que entender que tu não vais poder almoçar todas as vezes naquele horário fixo. Tem um dia ou outro que não dá para parar o que tu estás fazendo porque enfim no mundo real é como nós sempre falamos. (P1)

-Nem sempre é assim. (P3)

-As vezes, tu almoças, as vezes tu ficas sem almoço. (P4)

-Exatamente! (P7)

-E isso não pode ser uma tormenta! (P3)

O código *consenso*, novamente, aparece na Fase dos Sonhos. O consenso é expresso pela concordância, coerência, uniformidade de opiniões, pensamentos, ideias, propostas entre os preceptores, a partir da reflexão coletiva na reunião da pesquisa. É, também, na Fase dos Sonhos que o consenso é mais expressivo, o que pode despertar uma maior concordância entre os preceptores, haja vista que os sonhos são algo em comum para a RMS.

E também do que nós já tínhamos falado, uma maior valorização dos preceptores quanto em questão financeira como ocorre em algumas outras residências como também em valorização no plano de carreira do hospital. (P5)

- É, eu já ia dizer que a própria lógica da residência multiprofissional ela é de valorização, era para ser a valorização do trabalhador de saúde, tanto que não precisaria ter necessariamente um professor, poderia ou não. (P3)

[...] seria valorizar, seria pensar que tu tens ali pessoas qualificadas para estarem atuando na formação [...]. Mas aí cai naquela coisa de novo, o teórico é com o professor e o prático, com o preceptor. Acaba dividindo. [...]

- É isso aí, o teórico é com o professor e o prático com o preceptor. (P4)

- E nós vamos fazer a prática da mesma forma e não vai acontecer como [deveria] (P3)

- Nós não conseguimos articular. (P7)

-Eu acho que eu vou falar porque meu sonho foi bem nesta direção, no que a colega falou que é a valorização do preceptor. (P1)

No entanto, mesmo com uma expressa coerência em torno dos sonhos que os preceptores vislumbram para a RMS, há, também, neste grupo, *discordâncias*. As discordâncias são expressas por meio de pensamentos diferentes, críticos entre opiniões, propostas dos preceptores a partir da reflexão coletiva na reunião da pesquisa. As discordâncias aparecem não em torno do que seja um sonho para a RMS, mas da discussão que foi realizada a partir da introdução de questões, como sonho da integração da Residência Médica com a Residência Multiprofissional e da discussão acerca do sonho carreira para o preceptor na RMS como uma possibilidade a ser desenvolvida.

A legislatura da Residência Médica é mais antiga que a Multiprofissional, e eles usam um termo na lei deles que diz: um profissional não médico não dará aula para um médico da residência médica. (P2)

-Mas eu não sabia disso! (P5)

- É, não pode! Na Residência Médica não pode [...]. Eles têm uma grade curricular mínima muito mais tempo constituída do que a multiprofissional e tem que ser cumprido com rigor. Nós sabemos que na prática não é bem assim [...]. (P2)

- Mas eu já dei aula para a residência. (P7)

- Mas se alguém quiser, ele pode denunciar a Residência do Clínicas porque na ESP já aconteceu isso e a instituição como um todo, ficou muito mal [...]. (P2)

Nós sabemos que não existe isso, mas já se tem alguns serviços que já conseguem justificar a contratação, a abertura de um concurso, justificando a função da residência. (P2)

- Teve alguns preceptores da emergência que já entraram por causa disso. (P7)

- Eu concordo contigo, mas eu sou o exemplo vivo porque a minha vaga é uma vaga da residência, mas eu não estou só na residência. (P1)

Por fim, a última categoria da Fase dos Sonhos, a Reflexão. A categoria Reflexão tem como macro código, a reflexão da prática na RMS dos preceptores. Nesta categoria, apresento o código *Identificação das possibilidades de melhorias*, o qual é construído a partir da revisão de suas práticas. Os preceptores refletem acerca da identificação das possibilidades de melhorias de ações na RMS.

Quanto ao meu sonho é o que nós discutimos na nossa ênfase e que algumas das residências ou pelo menos uma que conheço tem, que são os estágios de vivências. O que são os estágios de vivências? é um estágio vivencial que já existe em alguns programas de residência, mas para implementá-lo é necessário que tenha uma questão de investimento. Este estágio diferente de outros se realiza em alguns serviços de referências regional, nacional ou até mesmo mundial na área da ênfase na qual o residente esta tendo a sua formação. E se dá com a participação de todos os residentes daquela ênfase e se possível de alguns preceptores. Trata-se de uma atividade onde todos os atores envolvidos em uma ênfase frequentam um serviço de uma cidade pioneira, por exemplo, um serviço de saúde mental, vivenciando de forma

grupais as características que levaram esta cidade e ao serviço ao grau de excelência nessa área. (P2)

[...] eu penso que seria proveitoso para as residências em si se houvesse um intercâmbio dos residentes dentro dos itinerários. Por exemplo, no adulto crítico, nós temos uma carência de por exemplo, pacientes queimados, pacientes em trauma, e poderia ter, dentro do itinerário, um período que os nossos residentes pudessem passar em locais onde tivessem estas características. Por exemplo, os residentes do HPS, do hospital do Cristo Redentor viessem para cá e os nossos residentes fossem para lá. Fazer esta troca, que os programas de residência conversassem entre eles [...] eu acho que seria super proveitoso. (P7)

- E isso é possível porque já existe. Na oncologia como os nossos residentes não passam na oncologia do Adulto, eles têm um estágio durante um mês no Conceição só para ver tumores sólidos em adultos. Ficam um mês lá e estagiando [...]. (P5)

- É, mas de ir o grupo todo, não apenas alguns? (P7)

- Isso, vai todo o grupo. Eles estão agora lá no momento fazendo esta vivência, então é possível, é só uma questão de organizar. (P5)

- Sim, só uma questão de organizar para que seja viável [...]. (P7)

A identificação de possibilidades de melhorias na Fase dos Sonhos foi realizada, pois os preceptores foram compartilhando os seus sonhos individuais e, posteriormente, construindo sonhos coletivos para a RMS.

5.5 Fase Planejamento

5.5.1 Atitude

Na fase do Planejamento, temos a repetição do código *Postura coletiva* e o aparecimento de códigos que não estavam presentes nas fases anteriores, tais como o *postura reflexiva* e *formação de vínculos afetivos*. A partir desta reunião, os participantes passam a compartilhar fatos e experiências entre eles, havendo uma maior integração. Diante desse aspecto, esta fase é destacada, uma vez que emergem novos e importantes elementos para que possamos visualizar a mudança de postura ao longo das fases que constituem o ciclo DSPD.

Se na fase dos sonhos havia já uma nítida transição de um comportamento individual, na fase do planejamento esta interação, este comportamento coletivo é visualizado de maneira bem significativa. Assim, pude perceber que os participantes passaram a compartilhar fatos e experiências entre eles, e com isso, havendo uma maior integração. [Pesquisadora]

Já se nota uma maior interação entre os preceptores. Percebo que para iniciar as reuniões já esta bem mais difícil que na fase descoberta onde os olhares se direcionavam mais precisamente para mim como se eu fosse a centralidade. Aqui já existem muitas conversas paralelas, eles já compartilham bem mais. Já há uma maior receptividade entre os preceptores. Sinto dificuldade na condução da pesquisa. Eles já se sentem bem mais a vontade, já há um maior entrosamento e vão direcionando a pesquisa para o que eles gostariam de falar, trocar discutir naquele momento. Sinto uma postura mais autônoma. Acredito que foi onde mais pude senti a materialização

de uma pesquisa participativa em que o pesquisador não é a centralidade, e sim um mediador da geração dos dados (pesquisadora) [Pesquisadora]

A interação dos preceptores propiciou que houvessem discussões e reflexões sobre os artigos e as experiências dos preceptores ressaltando o que eles estavam pensando em propor. Importante destacar que quando falei que deveriam propor algo juntos tive a percepção diferenciada do que quando havia retratado na primeira reunião onde apresentei os objetivos do projeto. Já havia mudanças no grupo. Já havia um sentimento de coletividade visível. [Pesquisadora]

Na categoria Atitude também emerge a postura reflexiva. Esta postura está relacionada à tarefa reflexiva realizada pelos preceptores. Tal tarefa, que antecedia a Fase Planejamento, foi constituída da leitura de artigos científicos acerca da Educação Permanente em Saúde nas Residências Multiprofissionais em Saúde. Como resultado dessas leituras e, conseqüentemente, discussões reflexivas em torno da temática em pauta, tivemos a postura reflexiva como código.

Os preceptores, ao escolherem um artigo e lerem anteriormente à reunião, trouxeram para a reunião uma postura reflexiva acerca da sua atuação e do que foi trabalhado no artigo e isso remeteu o código *postura reflexiva*.

Como tarefa reflexiva, os preceptores leram os artigos e articularam com o que estava sendo discutido naquela reunião. Destaco que foi uma estratégia importante a leitura dos artigos dos quais abordavam experiências de outras RIMS. Esta leitura propiciou que neste encontro houvesse uma importante reflexão sobre os assuntos abordados nas perguntas e nos artigos também. [Pesquisadora]

Outro destaque na Categoria Atitude da fase do planejamento foi o código *formação de vínculos afetivos* que foi apresentado nesta fase. Na Fase da Descoberta e dos Sonhos, tinha-se, por parte dos preceptores, uma postura individual e focada na pesquisa, na primeira fase e, na segunda, já se delineava uma postura mais coletiva. Na Fase do Planejamento, após quatro encontros presenciais, eles já apresentavam uma maior afinidade que pode ser traduzida *na formação de vínculos entre os participantes da pesquisa*.

Anteriormente, a percepção das relações entre os preceptores era percebida com um certo distanciamento entre as diferentes áreas de atuação e uma postura mais formal. Com a interação e uma aproximação do grupo, essa postura começa a transitar para uma formação de vínculos entre os preceptores. Tal transição é crucial para que possamos entender que a proposta e a viabilidade de práticas de EPS para uma RMS são mais delineadas quando já existe uma formação de vínculo.

Nesta fase, por estarem em um momento de construção coletiva de uma melhor prática, os preceptores já sinalizam um vínculo afetivo mais significativo que até esta fase foi dificilmente percebido. Há uma preocupação com o outro, há um olhar mais

cúmplice, um apoio, uma complementação. Observo que na chegada os preceptores já demonstram uma maior interação, um diálogo que demonstra que eles tem se falado e uma preocupação em justificar o porquê da ausência de um ou de outro. Além disso, o vínculo com uma maior força e uma maior afetividade. [Pesquisadora]

Observo que na chegada os preceptores já demonstram uma maior interação, um diálogo que demonstra que eles tem se falado e uma preocupação em justificar o porquê da ausência de um ou de outro. Além disso, o vínculo com uma maior força e uma maior afetividade. [Pesquisadora]

5.5.2 Diálogo

Na categoria Diálogo temos o código *engajamento*, o qual também está presente nas fases anteriores e evidencia a interação entre os preceptores, de forma mais significativa do que as fases anteriores.

Mas é que não esta em questão somente isso, muitas vezes no nosso grupo existe uma dificuldade de ver, eu acho que o profissional enfermeiro, ele tem já na formação "dá uma", isso quer dizer, "dá uma" de assistente social, dá uma de psicólogo. (P6)

- De fisioterapeuta. (P4)

- É, de fisioterapeuta. Tem exercícios respiratórios que o enfermeiro vai lá e faz. (P6)

-Mesmo essa nova geração, o enfermeiro tem isso, tem esta tendência [...] não é de abraçar para se fazer, mas [pensa] (P6)

- De se sentir responsável... (P3)

- Isso, de se sentir responsável. (P6)

-Educação Física, Serviço Social, Farmácia, Fisioterapia [...] tudo isso é perfumaria (na visão dos médicos). É vai lá faz a tua atuação, mas no final das contas é a medicação que é alta tecnologia que vai ser a mais importante no tratamento. Eu sou um pouco [pensa] (P4)

-Cético? (P6)

-Cético neste sentido. (P4)

-Mas eu acho importante nós temos isso em mente quando nós vamos pensar em uma proposta para um hospital. E é o que o que estamos tentando fazer aqui que é este saber médico elevado, especializado e nós tentando modificar. (P1)

Como consequência desse engajamento, na categoria diálogo, o código *consenso* se manifesta significativamente, pois, para que os preceptores possam chegar na proposta, o que chamamos de destinar algo, eles precisam estar em consenso sobre qual é a prática e de que forma se dará a implementação e como irão compartilhar os resultados com as demais Residências Multiprofissionais. Assim, nessa fase podemos visualizar que o diálogo já se articula em torno de uma reflexão acerca das possibilidades de melhorias. Além disso, observamos que o intercâmbio de ideias entre a discussão dos preceptores é mais fluído, eles dialogam, discutem sobre as propostas com maior autonomia e decisão.

Nós fisioterapeutas, horário de visitas de CTI, todo mundo cai fora, vão todos para a sala de lanche. Atenção aos familiares não existe. (P7)

- Claro! Aham! (P4, P6)
- Porque é muito complicado dependendo do caso é muito complicado mesmo, o que é que tu vais falar? (P7)
- [...] É, não não não, não são só eles! Sim, nós nos desresponsabilizamos de algumas coisas, porque é confortável e nós delegamos. (P3)
- [Os participantes concordam]
- Exato! (P7)

E o que nós podemos ir além? Eu acho que tudo aquilo que a gente tem conversado aqui nestes processos, tentar afinar, convergir para o mesmo fim os processos e aumentar integração, isso para mim seria o ir além. (P3)

[Os preceptores concordam com a fala da P3]

- A partir do que a colega trouxe, do qual concordo, e vendo a questão sobre a esperança destas práticas serem realizadas eu acho que nós já falamos um pouquinho disso. (P4)

O que nós poderíamos propor é um momento de Educação Permanente em Saúde (P3) [todos sinalizam que sim, que seria uma boa ideia, sinalizam assertivamente].

- Neste momento, nós compartilharíamos as coisas da RIMS entre os preceptores. Isso seria uma boa partida para o futuro das ações interdisciplinares na RIMS. (P3)

O código *discordância* também esteve presente na Fase Planejamento. As discordâncias foram mais frequentes em todo ciclo 4 DSPD, nesta fase. Observamos que Fase do Planejamento teve, em maior frequência, o engajamento, o consenso e as discordâncias.

Não adianta não ter hierarquia, não ter todo mundo junto, não ter uma coordenação, uma chefia, uma cabeça que coordena todo mundo sem ter um objetivo pré definido e claro para todos [...]. E aí o maior prejudicado é o beneficiário da ação, que seria o paciente, o usuário, enfim. (P4)

- Mas eu entendo que esta proposta é de que a hierarquia não se sobreponha porque vai ter que ter uma condução. Tem que ter uma coordenação, mas não pode ser especificamente de uma determinada profissão que determine [...]. Para esta situação a gente precisa de uma interdisciplinaridade como se não fosse para todas as situações. Acredito que é mais ou menos isso que eu entendo, desta hierarquia de ter uma profissão que não se sobreponha as demais. (P1)

Porque muitos pensam que questionar vai dar trabalho, vou ter que procurar material para provar que tenho razão nesta técnica. (P3)

- Mas tem responsabilidade legal de fazer isso! Quem vai responder processo são eles. (P6)

- Só estou querendo dizer que nós também temos que olhar para nossas práticas e não ficar só acusando os médicos, qual a nossa responsabilidade? (P3)

O diálogo está presente em todas as fases do ciclo DSPD e traz uma série de consequências, tais como o engajamento, o consenso e as discrepâncias. Estes códigos estão presentes ao longo de todas as fases, mas na Fase do Planejamento há um destaque para estes três códigos, engajamento, o consenso e discrepâncias, que vieram fazendo parte da categoria Diálogos desde a Fase da Descoberta. Tal empreendimento pode estar relacionado ao próprio objetivo do Planejamento que é planejar e registrar as ações que devem ser implementadas.

Nesse momento, que exigiu empenho para fazer escolhas que possibilitassem atingir o futuro proposto, os preceptores tiveram que se engajar e ter consenso para realizar e propor as ações que previam desenvolver. Simultaneamente às discussões que deveriam consolidar as propostas, divergências emergiram significativamente, o que faz parte de um grupo composto por áreas diferentes de atuação e cada um com uma história, com suas experiências.

5.5.3 Reflexões

Na categoria Reflexões, temos o código *identificação de possibilidades de melhorias*, no qual a partir da revisão de suas práticas, os preceptores refletem acerca da identificação das possibilidades de melhorias de ações na RMS. Esse código também esteve presente na categoria Reflexões, nas fases anteriores.

Ainda, é notório destacar que esta proposta de identificação de possibilidades de melhorias é embrionária e, por isso, falamos em possibilidades. A concretização dessas possibilidades aparece, ainda, como uma ideia.

Eu acho interessante o que a colega falou: eles estão revendo a forma deles de agir e nós também temos que rever a nossa [...]. (P3)

-Claro, claro! (P6)

- Justamente esta postura ali tem que ser revista também. (P4)

- Porque para nós é muito mais fácil, muito mais cômodo tu ficar ali sendo determinando pelos outros: faça isso, faça aquilo, isso é contigo e compartimentando tudo que nós adoramos dividir tudo. (P3)

Eu li um artigo que ele me contempla em vários aspectos de discursos, de valorizar o SUS, que é um artigo sobre a residência multiprofissional em saúde da família em Sobral que é uma referencia em residência multiprofissional no Brasil. Se tu fores ver aqui, tem aqui o Ceccim, Paulo Freire, Eduardo Galeano, tem ideias socialistas muito legais, mas como é que nós operacionalizamos na nossa realidade? De que forma nós circulamos em uma instituição como esta? (P4)

Associada à identificação de possibilidades de melhorias, também aparece uma reflexão superficial sobre as *barreiras de mudanças*, em que, foram observadas a partir da discussão dos preceptores sobre suas práticas, ocorre a identificação de quais são as barreiras para as mudanças.

Uma coisa que para mim é fundamental é a compreensão do que é a Residência, o que é a residência [...] eu acho que entra em pouco em conflito estas compreensões, das concepções por parte deste grupo que é grande, deste grupo de preceptores porque (pensa) muitas vezes assim a gente se depara com alguns processos que vão sendo mais travados, mais difíceis de implementar. E aí demora, tem que esperar uma reunião, tem que esperar oficializar, tem que discutir, tem que discutir melhor (autonomia) que é justamente isso, muitas vezes, muitos preceptores de núcleo, e até

de campo também, a gente tem pessoas assim que acabam entendendo a residência muitas vezes como uma (pensa...)eu quero usar a palavra mão de obra porque a mão de obra eu acho que já é um termo batido assim, residente é mão de obra e aí entra também esta captura dos serviços, então assim, eu preciso dos residentes no serviço e quando a gente não tem ainda uma compreensão mais clara voltado para o lado formativo de que é uma formação e que o objetivo central é a formação e não mais um lá braço forte me ajudando na assistência [...]. Bom, é também, mas antes de ser um braço forte na assistência, o residente é um profissional em formação. E eu acho que esta é uma dificuldade disso que a gente esta propondo, é o grupo aqui que tem mais afinidade de pensamento e tal, ok, mas como é que nós vamos fazer o pessoal comprar esta ideia? (P4)

Ainda, percebo que os preceptores realizam uma *discussão da formulação de propostas de melhorias*. Esta discussão se realiza a partir da revisão de suas práticas: preceptores refletem a formulação de novas propostas de ações na RMS.

Nós que estamos aqui, somos preceptores que acreditamos na proposta da RIMS, que acreditamos nessas coisas que trouxemos, mas somos muito poucos em relação ao todo de preceptores. E muitos não acreditam e não querem trabalhar nesta perspectiva, então enquanto não houver uma conversa entre todos os preceptores, mesmo para que cada grupo possa colocar sua forma de pensar, as coisas não vão andar. (P1)

- Sim, é entre os preceptores que as coisas vão poder ser viáveis. Não adianta acionar a coordenação, nós que temos que propor encontros como estes em que possamos encontrar os outros preceptores e colocar nossa proposta. Não adianta só nós propor sem propor algo que talvez não seja o desejo da maioria, mas é precisa da discussão anterior, é preciso englobar todos e disseminar a proposta. (P3)

Estes momentos deveriam ser momentos instituídos, onde a gente discutiria nosso processo de trabalho (todo mundo se empolga, concordo, sinaliza que deveriam ser instituídos) Momentos reflexivos para discutir processo de trabalho. (P3)

- Sim, momentos como este! Momentos que a gente possa se encontrar, possa refletir sobre nossa prática, possa dividir, sentar, conversar e não aqueles momentos de reuniões em que a gente vai para escutar que um esta de atestado, um vai tirar férias. (P4)

- Sim, porque são estes momentos que nos desacomodam porque pensar no processo de trabalho é desacomodar! (P1)

E estes momentos teriam que ser fixos, encontrar um dia fixo para discutir no coletivo e que este espaço seja entendido e valorizado pelos participantes do serviço é porque há uma dificuldade dos outros profissionais entenderem que estes momentos também fazem parte das assistências, que nossos encontros, que a sistematização, que a evolução também faz parte da nossa assistência. (P1)

- Ah sim, tu estás sentado vendo um prontuário e já vem alguém e diz: ah, não esta fazendo nada! Ah, já está lá sentado de novo... (P3)

- E gente a gente não pode esquecer que para propor estes encontros, tem que pensar em gratificação, que é uma forma também de valorizar algo que a gente esta propondo e valorizar este momento que a gente esta pensando na formação dos residentes, pensando no nosso trabalho. A gente não pode esquecer: o que podemos fazer para gratificar as pessoas? Como capturar as pessoas? Porque assim, nos estamos aqui porque temos um objetivo bem definido, alem de publicar, nós queremos propor algo para residência. Então, nós temos um objetivo e uma gratificação e não adianta, as pessoas querem gratificação. Convidar as pessoas para ir palestrar, isso não mobiliza, não é suficiente para que as pessoas se engajem e compareçam no encontro... (P4)

5.6 Fase Destino

Na Fase Destino, última Fase do ciclo 4 DSPD, foram discutidas as possibilidades de implementar os planos construídos na fase anterior. As categorias das fases anteriores também estão presentes.

5.6.1 Atitude

Da mesma forma que as anteriores, a categoria Atitude é formada pelos seguintes códigos: *postura entusiasta*, *postura participativa* e *formação de vínculos afetivos*. A *postura entusiasmada* retrata o comportamento com entusiasmo pelos preceptores ao falarem sobre as suas práticas desenvolvidas na RMS.

Quando consegui realinhar os objetivos da pesquisa e da fase do Destino, os preceptores assumiram um entusiasmo grande quando se referiam a implementação do núcleo pedagógico de EPS interdisciplinar. A valorização por parte dos preceptores da importância da criação desse núcleo pedagógico da Educação Permanente foi vista como uma oportunidade inédita de abordar sobre as práticas de cada um e isso os animava para pensar em estratégias de implementação.
[Pesquisadora]

Às vezes, pela postura entusiasmada, alguns raciocínios muito ricos eram perdidos pela intromissão de alguns, deixando os dados muito confusos e de difícil entendimento. Nesta fase, também podemos visualizar a *postura participativa* dos preceptores os quais abandonaram a postura individual e focada na pesquisa retratada na primeira fase. A autonomia e a interação que o grupo vinha desenvolvendo proporcionou essas mudanças.

Duas coisas me inquietam neste momento da pesquisa, sinto que mais uma vez, sou uma condutora, uma mediadora, mas eles já entenderam a proposta de participação na pesquisa e estão indo muito bem. Ao mesmo tempo, me sinto insegura, é difícil trazer para o foco quando eles estão dando as rotas da pesquisa. As vezes, os raciocínios eram muito ricos porém eram perdidos pela intromissão de alguns, deixando os dados muito confusos e difíceis de entender para realizar as transcrições.
[Pesquisadora]

Um dos participantes me diz que imaginava a minha dificuldade em conduzir o grupo porque eles eram muito falantes, gostavam de expor suas opiniões. E sim, concordo com ele. Foi difícil, mas foi ótimo. Muitos insights, reflexões, discussões que eu não teria pensado antes de conhecê-los. Mas o mais interessante são as mudanças que ocorrem em um grupo que de pouco contato, um contato mais burocrático, formal pode se reunir e pensar coisas tão bacanas para a RMS e que vão além de uma proposta de Educação Permanente em Saúde. Apresentam outras possibilidades antes nem pensadas por nós que pensamos no projeto, mas que ao se encontrarem puderam mobilizar e visitar outros cenários, outros conhecimentos. A riqueza vem do coletivo. [Pesquisadora]

A *formação de vínculos afetivos* também está presente nesta última fase. Na fase do planejamento, foi a fase em que identificamos inicialmente este código, o que se disseminou para a última fase do ciclo. Com a interação, esta postura começa a transitar para uma formação de vínculos entre os preceptores.

Os encontros acabaram se tornando uma forma de desabafo dos preceptores, que antes não tinham a oportunidade de discutir entre eles sobre os assuntos relacionados a saúde, e agora, que obtiveram essa oportunidade, muitas vezes acabaram fugindo do foco principal, que são os pontos positivos da formação desse núcleo da Educação Permanente, e discutiram mais sobre os pontos negativos, mas isso demonstrava que havia entre eles um outro tipo de relação. Havia confiança, apoio e principalmente, havia uma formação de vínculos para que estas discussões pudessem aflorar. [Pesquisadora]

é a última reunião da última fase de todo o ciclo 4 DSDP. E por saber que o conteúdo eu tinha captado por meio das transcrições e da sumarização que levava a cada novo encontro, o que me despertava mais era o que teria acontecido com aquele grupo? Haveria implicações daqueles encontros? De tudo o que discutimos ao longo das reuniões que por muitas vezes me fugiram aos objetivos propostos iniciais? Como captar estas nuances e deixá-las impressas, escritas? Decidi me colocar em posição de observadora. Muito mais que orientar as questões, muito mais que um papel de pesquisadora centralizado, o qual fui perdendo ao longo de todo o ciclo e considero isso positivo pois a Pesquisa Appreciativa é participativa. E em contextos tão duros de centralidade do pesquisador, o desafio é descentralizar, deixar os participantes que não são apenas participantes e sim, atores de toda pesquisa, se sentirem parte e terem autonomia. Se sentirem valorizados. Pois então, me coloquei a observar. Vi conversas mais abertas, vi mais confiança, vi mais cumplicidade, vi e por fim, sem estar em nenhum roteiro, eles quiseram falar sobre a pesquisa apreciativa e suas repercussões. Foi o momento mais gratificante da pesquisa. [Pesquisadora]

5.6.2 Diálogo

Nesta categoria, temos o macro código diálogo entre os preceptores com os seguintes códigos: engajamento, consenso e discordâncias, os quais já apareceram ao longo de todo ciclo da PA.

Dia 16 vai ter um seminário que começa às 14:00, na sala 160 até às 17:00 e todas as ênfases vão apresentar 15 minutos de duração, é uma prática que a ênfase acredita que é inovadora, alguma coisa positiva [...]. (P1)

- E se nós tentássemos com ele dia 22 na terça, tu poderias? (P6)

- Posso. (P4)

-Vamos tentar então. (P6)

[...] Só que eu acho que a residência médica deve, eu não conheço, não vivencio, mas eu acho que a médica trabalha isso com o estudante desde o quarto, quinto semestre. (P2)

- É o inverso, é uma moldura [...] mas nós não queremos tornar o que é a residência médica hoje. (P7)

- *É vai parar, mas vai parar em parte, por exemplo no Álvaro Alvim, os residentes todos vão entrar em greve, mas vai ter sempre um de plantão junto com um contratado.* (P2)

O *consenso* aparece na fase Destino, na sua maior expressividade. Como podemos perceber, este consenso se deve ao fato de os preceptores estarem em uma fase em que precisam destinar ações. Nesta fase, foram discutidas as possibilidades de implementação dos planos construídos na fase anterior, por isso a importância do consenso entre os participantes.

Assim como tem as reuniões de núcleo, por exemplo, nós também vamos ter reuniões montando o nosso conteúdo mesmo. (P6)

- *Sugerindo algo, vendo que nós podemos integrar.* (P3)

- *E promover encontros, ver que demandas que tem [...].* (P1)

- *Coisas integradoras, não precisa ser só coisas formais com convidados externos, nós podemos ter uma pauta [...].* (P6)

Eu já estava respondendo a última pergunta [...] eu acho que nós podemos organizar em um encontro [...]. (P6)

- *Eu acho que é o fruto do resultado, teria que ser mais a longo prazo [...].* (P1)

- *Até o final do ano.* (P4)

- *Sim! Ver primeiro o que rendeu de tudo isso para depois se pensar em uma "coisa" de divulgação.* (P1)

Têm muitos novos que chegam sem quase nenhuma experiência, porque muitas vezes a residência é vista como mais trabalho, como "bucha", como mais problema. Então quem está ali e vê um colega novo chegando no serviço, vai para residência! (P7)

- *Professor novo em uma Universidade é isso, é o que tem mais aulas, mais disciplinas.* (P5)

- *E isso acho que isso mostra um certo enfraquecimento da residência porque não pegam pessoas preparadas.* (P2)

- *Eu acho também que é a não valorização.* (P4)

- *Claro! Nós não nos sentimos valorizados por isso queremos largar a residência [...].* (P6)

Nós temos que estar junto porque sabemos da história da residência multiprofissional no Clínicas [...] nós sabemos porque somos paternalistas, é para proteger o nosso programa. (P2)

- *Sim! Nos outros lugares também não tem residentes multiprofissionais se não tem um preceptor, um responsável junto.* (P4)

- *E a nossa residência é colocada em todos os fóruns que nós já participamos como a que tem preceptores presentes.* (P6)

- *Sim! As outras têm, mas não é nesse formato de estar sempre todo o tempo de mãos dadas [...].* (P3)

A *discordância* que aparece nesta fase, todavia de maneira bem superficial, é em decorrência de como os preceptores vão implementar o Núcleo de Educação Permanente em Saúde Interdisciplinar. E é relevante pontuar que esse grupo foi muito coeso em suas atribuições e desenvolvimentos de estratégias para a implementação em um grupo. Esperava-se que, por se constituírem de um grupo heterogêneo, haveria uma significância maior nessa fase, que se destina às ações. Porém, não foi o que encontramos.

A outra estratégia é aquela de tentar mobilizar para participar também da capacitação dos novos residentes. (P4)

- Mas eu acho que entra junto. (P7)

- Mas espere aí, porque eu acho que não entra junto? Porque o núcleo de Educação Permanente em Saúde, nós é que estamos propondo, nós estamos criando uma certa autonomia e estamos propondo [...]. (P3)

- Mas por que tem que ser um evento isolado essa capacitação? [...]. (P4)

- Mas é a capacitação dos novos, isso que eu falei hoje na RIMS! Nós queremos uma reciclagem, chega desse nome capacitação para novos preceptores! Não é tudo uma coisa só. Muitas vezes os mais antigos acabam mais estagnados e estáticos [...]. (P6)

5.6.3 Reflexões

Nesta categoria, temos o macrocódigo *reflexão dos preceptores sobre a prática na RMS*, apresentando os seguintes macrocódigos: *identificação de barreiras de mudanças e discussão de formulação de propostas de melhorias*.

A reflexão dos preceptores sobre a prática na RMS expressa a revisão sobre as atividades na Residência e a aquisição de conhecimentos sobre ela. No código, Identificação de barreiras de mudanças, os preceptores constataam que há barreiras que impedem mudanças.

Nós comentamos também aquela questão da circularidade, o grupo de preceptores se modifica todos os anos e eu acredito que bastante, talvez em algumas áreas, algumas ênfases, alguns serviços nem tanto, mas muda bastante. A continuidade disso, de que houvesse um fio condutor que pudesse alimentar esses novos preceptores. Têm muitos novos (preceptores) que chegam sem quase nenhuma experiência, porque muitas vezes a residência é vista como mais trabalho, como "bucha", como mais problema (P2)

E existe, eu tenho certeza que existe verba para isso (P6).

- Mas com financiamentos do próprio hospital então. (P4)

- Não, existe verba da CAPES, do MEC. (P6)

- Mas existe a possibilidade ou (...)? (P5)

- Não, existe, na coordenação disseram que não daria para nos remunerar, mas para fazer a capacitação sim. (P6)

Já no código, discussão de formulação de propostas de melhorias os preceptores, por meio da revisão de sua prática, na RMS, formulam sugestões de novas ações na RMS que foram propostas nesta fase.

Nessa capacitação eu acho esse meio bacana. Poucas residências têm isso, por isso que eu não sei a quantas andam, se está ruim ou que conteúdos tem sido abordado, é uma via para nós nos apropriarmos, pegar para nós. (P7)

- É eu acho que tem que fortalecer esses traços. (P6)

- Nós sermos liberado, por exemplo este texto aqui (o artigo disponibilizado na tarefa reflexiva) se nós pudéssemos apresentar para os novos explicando a contextualização histórica. (P2)

- Eu diria que o modelo tem que ser diferente porque a capacitação tem que ter linha expositiva e a proposta da residência é tão maravilhosa e quando vemos pecamos em

algumas coisas que fazemos exatamente da mesma forma, mesmo modelo de aula, para o residente e para o preceptor também [...]. (P3)

Eu estava falando com a colega sobre a importância de nós pararmos essas 2 horas para discutirmos as coisas de residência, porque não é caro, não envolve grandes planejamentos e nós pararmos 1 hora uma vez por semana, mas quem sabe nós propomos para o grupo todo uma vez por mês? Sabe com um tema, por exemplo, como que nós podemos fazer para o residente não fique tão acanhado? Como tirar ele da barra da nossa saia? Deve ter estratégias! Nós criamos esse tipo de residente [...]. (P6)

Os encontros acabaram se tornando uma forma de desabafo dos preceptores, que antes não tinham a oportunidade de discutir, entre eles, sobre os assuntos relacionados à saúde, e agora, que tiveram essa oportunidade, muitas vezes, acabaram fugindo do foco principal, que são os pontos positivos da formação desse núcleo da Educação Permanente, e discutiram mais sobre os pontos negativos. Além disso, houve dificuldade para destacar os pontos positivos e de manter a linha a qual o assunto se referia.

A valorização, por parte dos preceptores, da importância da criação desse núcleo pedagógico da Educação Permanente, foi vista como uma oportunidade inédita de abordar sobre as práticas de cada um.

Quadro 5 – Fluxo dos processos nas fases da Pesquisa Apreciativa Crítica

Fluxo dos processos nas fases da Pesquisa Apreciativa Crítica



*O tamanho da letra é relativo à sua importância/destaque dentro da fase.

Fonte: Autora.

5.6.4 Reflexões sobre o retorno gerado aos preceptores a partir da PAC

Para finalizar a Fase Destino, apresento a categoria Reflexões sobre o retorno gerado aos preceptores, a partir da Pesquisa Apreciativa. Essa categoria é composta pela subcategoria Reflexões sobre a Pesquisa Apreciativa Crítica, com os seguintes macro códigos: elementos positivos identificados a partir da PAC e metodologia utilizada na PAC.

Em relação ao macro código elementos positivos identificados a partir da PAC, o grupo identificou como positivo, na proposta metodológica, o espaço de escuta para a discussão das práticas dos preceptores. Por meio da pesquisa apreciativa, foi possível a existência de um espaço, onde os preceptores puderam discutir, coletivamente, acerca das suas práticas na RMS.

Eu gostei bastante, nós comentamos entre nós, foi terapêutico inclusive, foi um espaço de escuta que no geral é como eu digo, é tudo tão corrido que nós acabamos entrando no automático e não pensando mesmo, então foi uma boa oportunidade para nós discutirmos as nossas práticas. (P3)

O grupo também sinalizou que os encontros oportunizaram liberdade de expressão para os preceptores. Ou seja, a importância dos encontros em virtude da possibilidade de os preceptores estarem em um grupo menor, sem a presença da coordenação, podendo expressar alguns sentimentos, desabafos que em reuniões da RMS não seriam colocados/expressados.

Eu vou por essa linha também, eu gostei bastante dos encontros, de poder refletir e também de sentir uma liberdade maior de expressar as coisas que de fato nós pensamos que talvez em uma reunião de preceptores de campo com a coordenação eu não fizesse algumas colocações que eu fiz aqui e até a maneira de falar, eu pelo menos, fico mais tranquilo em relação a isso. (P4)

Os preceptores expressaram, também, o reconhecimento da importância dos encontros coletivos. A participação deles na pesquisa apreciativa produz encontros coletivos e reflexivos, o que resulta em algo fundamental na sua prática, enquanto preceptores na RMS.

Eu também achei um momento muito rico de nós podermos fazer essas discussões a partir de alguém que nos guia, nós temos passos que vamos ir seguindo que não seguimos [...]. Eu acho que nós precisamos tanto desses momentos que quaisquer 10 minutos já vale, em qualquer outro espaço nós também faríamos as mesmas colocações, claro que aqui nós conseguimos direcionar, vamos trazer para o lado positivo, vamos pensar e no final ter um produto, vamos propor alguma coisa, ao invés de ficarmos apenas nas queixas. (P1)

E a importância de resgatar as práticas positivas dos preceptores na RMS:

A verdade é que essa proposição de termos algo a mais, que existe algo a partir do que nós conseguimos fazer [...]. Me sinto muito contemplado por todos os encontros. (P4)

Eu achei a metodologia muito interessante porque vem dos pontos positivos depois a fase dos sonhos e vai afinando, afinando e nós chegamos em alguma coisa que de repente lá no início nós não teríamos essa proposta nunca se não fosse por todas essas reflexões. E aí eu gostaria de complementar mais uma coisa, que eu acho que a colega já sabe, mas eu acho que o resto do pessoal não, eu estou saindo da RIMS a partir do ano que vem, até por problemas pessoais, a questão da não valorização(...). E aí eu solicitei para o meu chefe a um mês atrás, sair a partir do ano que vem, até para poder ter mais tempo para poder atender o domicílio, para poder ajudar minha família, mas foi um super prazer, eu acho que saindo da RIMS eu saio também do núcleo, mas estou a disposição. (P7)

Para mim também foi uma experiência muito válida e eu também estou a pouco tempo na residência e foi muito bom fazer esse exercício de ver o lado positivo, achei a metodologia fantástica é uma perspectiva nova e também estou muito feliz com o produto, acho que todos podemos trabalhar nisso para fortalecer ainda mais a residência. Como nós levantamos, temos muitos pontos positivos e eu acho que esse trabalho aqui nesse grupo foi mais uma das coisas válidas que nós temos. (P5)

E, para finalizar esse macro código, o grupo trouxe o fortalecimento dos preceptores pela participação na pesquisa apreciativa:

Eu estou muito feliz, nos fortaleceu muito, foi importante para dar um fechamento do ano, nós merecíamos ter esse produto que tivemos aqui e a tua mediação foi muito boa, pelo teu jeito, até pelo teu tom de voz, muito organizada, muito calma, foi muito importante. (P2)

O seguinte macro código, acerca da metodologia utilizada na PAC, possibilitou que o grupo pudesse refletir sobre a sua participação em uma metodologia participativa:

Eu acho que as vezes é meio difícil para ti que nós acabamos descontando, é automático [...] é porque nós temos muita coisa para falar, para compartilhar. Peça desculpas até, deve ter ficado um pouco difícil para ti. É que o desafio é bacana, o formato é muito diferente, ninguém está acostumado a ser pesquisado e participar ao mesmo tempo, se sentir importante. É maluco e ao mesmo tempo criativo, é bacana, eu gostei bastante. (P2)

Salientaram também a importância dos encontros porque não foram apenas reflexivos, mas os preceptores puderam ir além da reflexão e construir propostas para serem operacionalizadas na RMS.

Acho que foram encontros que geraram muitas reflexões e nós fomos construindo também propostas. Às vezes, nós ficamos falando: nós temos que ter um encontro para refletirmos e aí nós ficamos refletindo, refletindo e refletindo, mas e aí? Então refletir também é importante, mas em algum momento isso tem que disparar para uma ação. (P4)

Assim, a metodologia, a partir das fases da metodologia, orientou o processo de coleta de dados, em que os preceptores puderam, ao final, construir um produto coletivo para a RMS.

Eu acho que essa metodologia é bem organizada nesse sentido, está ok refletimos, pensamos, agora nós vamos sonhar, agora nós vamos fazer isso, agora nós vamos destinar e está saindo um produto que me contempla bastante, eu acho que contempla também as necessidades. (P4)

Assim, a metodologia atendeu as necessidades dos preceptores, gerando um produto final satisfatório ao grupo.

6 DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES

Esse capítulo está estruturado em quatro partes. A primeira apresenta os dados relacionados às reflexões sobre a Residência Multiprofissional em Saúde. A segunda parte é centrada na temática Educação Permanente em Saúde, a qual aponta os principais resultados em relação a discussão das melhores práticas, dos sonhos dos preceptores e das práticas de Educação Permanente em Saúde. A terceira, aponta para a análise do processo, descrevendo as mudanças geradas no processo dialógico-reflexivo do grupo. E a quarta parte, apresento as implicações desta pesquisa para a prática (ensino), políticas e pesquisa.

6.1 Reflexões sobre a RMS

Na temática ‘Reflexões sobre a RMS’ destacam-se seis unidades de análise: 1) a prática da preceptoria; 2) formação pedagógica para a preceptoria; 3) docência reconhecida como atividade do preceptor; 4) valorização do trabalho do preceptor; 5) formação dos residentes e 6) atuação multiprofissional.

6.1.1 A prática da preceptoria

A preceptoria é uma modalidade de ensino que se destaca no cenário da formação de recursos humanos em saúde no Brasil (RODRIGUES; WITT, 2013). A prática da preceptoria envolve a supervisão direta das atividades realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, nos quais se desenvolve o Programa. Tal prática é exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista conforme Resolução da CNRMS (2012).

Tal modalidade preconiza que profissionais da saúde recebam, em seu trabalho, profissionais graduados em diversos cursos. Mesmo assim, a preceptoria ainda é pouco discutida. Quando abordada, pouco se aprofunda sobre seu lugar de interseção entre a academia e o serviço, bem como a complexidade da articulação entre teoria e prática. Além disso, autores apontam a insuficiente discussão sobre o papel do preceptor e a realidade do trabalho em saúde (PEREIRA et al., 2016).

Os preceptores consideraram algumas características importantes para a preceptoria. Dentre elas, destaco a experiência do preceptor. A literatura afirma a importância da experiência

na preceptoria e aponta que os profissionais que já foram residentes têm uma postura diferenciada, pois “essa vivência se atualiza e faz lembrar que também estão formando futuros preceptores” (BOTTI; REGO, 2011, p. 95).

Dessa forma, a formação anterior e o tempo de experiência no setor em que atua como preceptor podem influenciar na qualidade da preceptoria (AUTONOMO et al., 2015). Por outro lado, Santos (2010) aponta que o fato de o preceptor não ter tido formação prévia para executar tarefas de apoiador, supervisor e educador pode ampliar as atribuições da preceptoria.

Além da experiência profissional, a preceptoria contribui para o crescimento profissional e pessoal do preceptor. Autores destacam que tal modalidade de ensino promove a troca de informações, fortalece a aprendizagem, renova o desejo de aprender, estimula a busca do conhecimento e conduz ao pensamento reflexivo. Essas contribuições influenciam a prática do preceptor que participa do crescimento e desenvolvimento de novos profissionais (BENTES et al., 2013). Assim, os preceptores serviriam de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados, como também auxiliariam na formação ética dos novos profissionais (AUTONOMO et al., 2015).

Outra característica destacada pelos participantes da pesquisa é a integração dos preceptores com os residentes para estreitar a distância entre teoria e prática. Preceptores têm como função orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência do residente (BOTTI; REGO, 2008). Diante disso, espera-se uma relação integradora entre preceptor e residente, horizontalizada, em que o preceptor estimule a reflexão crítica sobre o cotidiano de atuação.

A reflexão sobre a prática profissional é promovida pela atuação dos residentes nos serviços da RMS. Os residentes geram mudanças no cotidiano de trabalho, visto que exigem tempo e atenção dos preceptores e outros profissionais de saúde, além de contribuírem com modificações na organização dos serviços em que atuam. Cito, por exemplo, a busca dos preceptores por conhecimentos pedagógicos não contemplados durante seus cursos de graduação e atualização em seu campo de prática. O fato de os residentes questionarem a organização do processo de trabalho e a qualidade do serviço prestado leva a reflexões e mudanças nos campos, conforme descreve Nascimento (2008, p. 36) “a presença contínua de residentes em formação, no âmbito dos serviços, pode provocar nas equipes outro modo de operar, trazendo questionamentos, propondo inovações, desacomodando o instituído”.

Autonomo (2015) aponta que não existe uma fórmula que resulte na transformação do profissional de saúde em preceptor. Observo que se espera do profissional de saúde que supervisione e oriente residentes em sua prática cotidiana, o que implicaria conhecimentos

distintos dos aprendidos na graduação. Com isso, é importante pensar a sua formação, para além da atuação como preceptor (AUTONOMO et al., 2015; PRADO; RIBEIRO, 2013; ARAÚJO et al., 2016).

Ao tratar do tema educação no trabalho, a figura do preceptor vem se destacando há alguns anos, caracterizando-se como um dos protagonistas no âmbito da formação profissional em saúde, pois, inserido na academia e/ou nas instituições assistenciais, esse profissional está diretamente vinculado ao ensino. O preceptor precisa proporcionar as mais diversas situações aos residentes para que intervenções e condutas sejam exercitadas, refletidas, transformadas e apreendidas, de modo satisfatório, durante o processo de formação, tornando a preceptoria uma prática educativa (RIBEIRO, 2015). No âmbito internacional, como por exemplo, no Canadá, o aperfeiçoamento constante, a experiência no campo de assistência e a orientação ao estudante para que aplique a teoria na prática, constituem as competências para o exercício da preceptoria da graduação, estabelecidas pela Canadian Association of Schools of Nursing (2010).

Na literatura, observo que o papel do preceptor varia de acordo com o autor consultado. Embora as atribuições sejam distintas, a maioria dos preceptores apresenta um componente de caráter pedagógico e busca uma identificação nas consagradas imagens do formador: “docente-clínico”, “educador”, “facilitador”, “apoio pedagógico” (BOTTI, 2009). Na Resolução da CNRMS nº 2, (2012), estão citadas as atribuições do residente, do tutor e do preceptor, porém a atividade da preceptoria ou do preceptor ocorre de modo diferente, em cada programa (BOTTI; REGO, 2008). Nesse caso, os Programas de Residência deveriam elucidar a atividade da preceptoria pela exigência de “clareza com relação aos objetivos do seu trabalho e ao modo pedagógico de implementá-los” (SANTOS, 2010, p. 99).

Diante disso, a discussão acerca da formação pedagógica do preceptor entra em cena.

6.1.2 Formação para a preceptoria

A formação pedagógica para a preceptoria foi, intensamente, assinalada pelos preceptores. Essa temática tem sido discutida nas Residências Multiprofissionais em saúde, fato já ocorrido nos programas de residência médica (MISSAKA; RIBEIRO, 2011). Nesse contexto, há programas de RMS que oferecem formação para a preceptoria (UCHÔA-FIGUEIREDO, 2016), há outros que estão buscando sua implementação, como na RMS em estudo. No entanto, parece que há consenso em relação à importância desta formação (RIBEIRO, 2015). Por exemplo, em pesquisa realizada por Jesus e Ribeiro (2012), os preceptores, após o processo de formação, consideraram-se instrumentalizados para a atuação problematizadora neste processo.

Constato, a partir dos resultados apresentados, que as funções estabelecidas para os preceptores excedem a perspectiva da assistência e se expressam em atividades que requerem conhecimentos do campo da educação. É exigido, por lei, o título de especialista ou experiência de três anos na área ao profissional de saúde que deseja desempenhar a preceptoria. Entretanto, não há exigências quanto à formação pedagógica desse preceptor. Nesse sentido, Fajardo e Ceccim (2010) esclarecem:

Grande parte dos trabalhadores que podem ser preceptores é oriunda de graduações cujos currículos eram ou são fragmentados, organizados por disciplina e que não preparam para docência em serviço, incluindo a orientação de pesquisa. Ao passarem a exercer estas funções, acrescidas ao tradicional papel de prestador de serviço em saúde [...], evidencia-se um grau de tensão conforme a segurança que os preceptores sentem para seu exercício (FAJARDO; CECCIM, 2010, p. 197).

Diante da constatação da necessidade de preparo para a docência em serviço, convivemos com discursos que incentivam a acreditar que os problemas na formação se resumem à carência de cursos adequados à demanda, de disciplinas e conhecimentos que permitam ao profissional a permanente atualização na sua formação. Sabemos que há obstáculos significativos para resolver entraves na formação em saúde, porém, parece que as soluções estão para além dessas ofertas. Autores (PEREIRA et al., 2016) fazem críticas ao *conteudismo* educacional frequente nos processos formativos da área, acompanhadas do debate sobre a necessidade de aproximação entre a universidade e o mundo do trabalho, visto que o aprofundamento dos conhecimentos científicos e os avanços técnicos não são suficientes para satisfazer a amplitude de possibilidades da área da saúde (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010; BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

Nessas circunstâncias, do mesmo modo que os conhecimentos científicos não são suficientes, acreditar que o mundo do trabalho está preparado para resolver os problemas que afligem a formação, também não é suficiente. As condições do mundo do trabalho são disparadores reflexivos para a formação em saúde. Não obstante, a formação deveria se preocupar em capacitar pessoas para mudar as práticas e não apenas reproduzir o que vem sendo feito no mundo do trabalho. Diante disso, a interface universidade e mundo do trabalho é fundamental.

É importante considerar que as práticas pedagógicas tradicionais tendem a ser direcionadas para a alteração de comportamentos individuais, por meio da transmissão de informações com o objetivo de prescrever o ‘modo certo de fazer’ em saúde, mediante oferta de momentos pontuais de capacitações e treinamentos. Tais práticas “ têm onerado os cofres

públicos e, sem desconsiderar que podem surtir efeitos positivos, em geral, não têm surtido ‘grandes’ efeitos, a não ser para manter profissionais num automatismo e *tarefismo* fatigante” (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013, p.10). Ao invés de ter como alvo a correção de comportamentos individuais, ações formativas que tendem a ser potentes, no sentido de produzirem mudanças nas práticas de saúde, tomam como objeto os processos de trabalho em saúde, os quais expressam a organização de trabalho incipiente e condições precárias de trabalho e assistência. Assim, abrem-se espaços para aprendizagens cotidianas e coletivas, com a finalidade de mudar práticas de atenção e de gestão, qualificando-as, engajando os profissionais de saúde no processo de trabalho (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

Nesse sentido, considero a formação pedagógica importante para os preceptores. Porém, esta necessidade de formação não deveria se resumir à oferta de cursos e atualizações que supririam a carência da formação pedagógica. Cursos e atualizações talvez não sejam contextualizados com a necessidade de cada Programa de Residência. Assim, é possível pensar em estratégias desenvolvidas pelos preceptores, em que a formação pudesse ser discutida e repensada por meio da Educação Permanente em Saúde. Para tanto, discutimos a formação pedagógica para os preceptores a partir de outro olhar. Uma formação com práticas pedagógicas cotidianas e coletivas embasada no que Freire propõe como uma educação que apresenta como base política, dialógica, crítica e problematizadora na direção das libertações das pessoas para que estas possam ter liberdade de tornarem-se sujeitos da sua transformação da realidade (FREIRE, 1999; 2015a; 2015b; 2007).

Considerando a perspectiva de Freire em relação à educação, transponho para nossa realidade da formação pedagógica, pautando-a com alguns elementos que nos interessam para propor este tipo de formação: espaços para a dialogicidade, criticidade, problematização e autonomia para que os atores possam realizar mudanças nos cenários de atuação. Mas, pergunto, é possível promover formação nesta lógica?

A formação permanente considera que somos seres inconclusos, em permanente processo de aprendizado. Sempre teremos algo a aprender e a ensinar, essa retroalimentação perdurará durante o processo de formação dos profissionais. Essa formação não objetiva apenas a atualização técnico-científica, mas é constituída da escuta do profissional, do respeito à sua decisão e que sua curiosidade não seja tolhida nesse processo de formação (FREIRE, 2015b). Nesse sentido, apresento a formação pedagógica que os preceptores trouxeram para a discussão. Evidencio que esta busca não foi direcionada às qualificações tradicionais, como especializações ou outros processos educativos.

Entre as propostas disponíveis para a formação de preceptores, temos importantes iniciativas vinculadas aos Ministério da Educação e Saúde, como por exemplo, o curso de Especialização em Preceptoría no SUS (PETTA et al., 2015). Esse curso surgiu de uma parceria do Ministério da Saúde com o Hospital Sírio-Libanês. O curso visa os profissionais da saúde que são preceptores que atuam tanto na graduação como na pós-graduação, em residências uni ou multiprofissionais contemplando todas as profissões da saúde. O objetivo do curso é capacitar preceptores para programas educacionais desenvolvidos em serviços do SUS, considerando que essa questão tem sido um fator de crítico para o desenvolvimento do SUS (PETTA et al., 2015).

A Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), criou ambiente na plataforma Moodle, contendo materiais didáticos, textos, fóruns e recursos colaborativos online. Além disso, promoveu treinamentos presenciais, no sentido de capacitar os usuários quanto ao uso do ambiente entre residentes, tutores e preceptores. Considero que a formação pedagógica poderia ser articulada ao compartilhamento de vivências, experiências e saberes com outras Residências Multiprofissionais. Ademais, os preceptores poderiam analisar criticamente seu processo de trabalho para mudar suas práticas no contexto da RMS. Acerca dessa formação, os preceptores elencaram propostas para a RMS que serão apresentadas nas próximas categorias.

6.1.3 Docência reconhecida como atividade do preceptor

Como apresentado no início do capítulo, a preceptoría é uma atividade que engloba múltiplos papeis. As atividades desempenhadas pelos preceptores são diversas e de diferentes ordens: técnica, docente, ética e moral (MISSAKA, RIBEIRO, 2011; ROCHA; RIBEIRO, 2012; PONTES, 2005; NASCIMENTO, 2008; ROSSONI, 2010). A preceptoría é temática controversa na literatura científica e nos documentos oficiais, o que favorece o desenvolvimento de diferentes práticas (PAGANI; ANDRADE, 2012). Contudo, o aspecto comum desse processo é a perspectiva pedagógica da preceptoría, elemento poucas vezes presente no currículo dos profissionais que exercem a função de preceptor, o que lhes causa desconforto: “sou profissional de saúde, não professor”, “não sei ensinar”, “nunca fiz pesquisa na vida” (BOTTI; REGO, 2011, p. 50).

Reporto-me às narrativas dos preceptores que enfatizaram o aspecto pedagógico da preceptoría, nas quais reivindicaram o reconhecimento do seu exercício, além de reforçarem a importância de suas atividades teórico práticas. Os preceptores registram as múltiplas demandas

exigidas e desejam o reconhecimento da docência na RMS. Buscam o reconhecimento da atividade docente por meio de certificação que os possibilite comprovar, em outros cenários, que atuavam como docentes na RMS. Dentre as atribuições do preceptor, reconheço que eles realizam atividades educativas, contudo a realização de docência na RMS não consta nas atribuições da resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.

Ribeiro e Prado (2013) arguem que o preceptor conduz o processo de ensino-aprendizagem e modifica as atividades desenvolvidas no contexto do trabalho. Ainda, as autoras questionam: ser preceptor é ser professor? O que elas sugerem é o estabelecimento de um espaço intercessor entre o docente da Instituição de Ensino Superior (IES) e o profissional da assistência, no qual preceptores e tutores se colocam como mediadores entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho. Para isso, propõem uma formação pedagógica que proporcione aos preceptores apropriação do saber de ensino e aprimoramento do seu papel de educador no âmbito do trabalho.

Diante disso, Ribeiro (2015) assevera que os preceptores apenas se reconheceriam como docentes se houvesse uma formação pedagógica para este fim e salientam que a participação, em programas de pós-graduação *stricto sensu*, constituiu-se o suporte para as atividades educativas (RIBEIRO, 2015). Tal fato, neste estudo, apresentou diferentes compreensões. Os preceptores, participantes da pesquisa, também anseiam por embasamento pedagógico, desde que não seja aquele já instituído nos cenários da formação em saúde. Além disso, a maioria dos preceptores (cinco participantes) são mestres e dois estão cursando o mestrado, sendo que tais cursos não foram mencionados como suporte nas suas atividades de preceptoria.

Diante das múltiplas demandas que a preceptoria envolve, autores apontam o protagonismo do preceptor, como um dos responsáveis pela construção do conhecimento, mediando-o a partir de relação dialógica com o residente e requerendo, para tanto, aporte teórico-metodológico (RIBEIRO; PRADO, 2013). Assim, o preceptor incentiva a reflexão sobre a prática, a comunicação e o compartilhamento de ideias, o trabalho em equipe, a integralidade da atenção e a importância da educação permanente nos espaços do trabalho em saúde de tal modo que o processo de ensino-aprendizagem é relacionado à problematização do cotidiano. Nessa, é possível questionar as práticas e instrumentalizar o conhecer e o agir. Assim, a educação, como mediação na prática, serve de ponto de partida e de chegada do processo didático-pedagógico (GARCIA, 2001).

O processo de ensino na Residência Multiprofissional apresenta aspectos diferenciados daqueles da sala de aula dos cursos de graduação. As relações vão além daquelas de educador e educando, já que envolvem trabalhadores em equipe e usuários. Os conteúdos abrangem

aqueles de caráter técnico informativos e as questões formativas éticas, morais, psicológicas, ligadas às relações estabelecidas (GARCIA, 2001). Nesse sentido, a Residência Multiprofissional é a interface entre a universidade e o trabalho. Será que a formação pedagógica do preceptor contemplaria as necessidades da formação para o trabalho? O espaço entre a formação na graduação e o trabalho se beneficiaria de mais um docente? Para aprender a trabalhar em equipe é necessário um trabalhador ou um professor? Será que a ideia de um grupo que ensina e outro que faz não deveria ser superada?

Tornar-se educador é uma construção, um conhecer, conhecer-se, conhecer o outro, rever, realizar, mudar. Para isso, apenas o conhecimento científico, técnico não é suficiente, mas é necessário a experiência, a vivência, a interação. Importa a postura do educador como profissional, como membro de uma equipe, como pessoa (GARCIA, 2001). Essa preocupação é direcionada ao fato de preceptores saberem muito a respeito de determinado conteúdo e terem alcançado sucesso na carreira. Tal fato não garante o desenvolvimento adequado do exercício do ensino, nem da pesquisa, necessitando de estímulos permanentes para a reflexão e a proposição de alternativas viáveis de ensino e aprendizagem (BATISTA, 2005).

A preocupação com a aprendizagem do residente faz com que o preceptor busque por saberes que são necessários à sua prática pedagógica:

[...] ensinar um certo conteúdo não deve significar, de modo algum, que o ensinante se aventure a ensinar sem competência para fazê-lo. Não o autoriza a ensinar o que não sabe. A responsabilidade ética, política e profissional do ensinante lhe coloca o dever de se preparar, de se capacitar, de se formar antes mesmo de iniciar sua atividade docente. Esta atividade exige que sua preparação, sua capacitação, sua formação se tornem processos permanentes. Sua experiência docente, se bem percebida e bem vivida, vai deixando claro que ela requer uma formação permanente do ensinante. Formação que se funda na análise crítica de sua prática (FREIRE, 2001b, p.259).

A partir disso, reconheço que as diferentes atribuições dos tutores e dos preceptores acontecem de modo a viabilizar a proposta da RMS, porém com singularidades de cada atuação, sem que o papel do preceptor tenha as mesmas atribuições do papel docente ocupado pelos tutores dessa Residência.

O preceptor é um trabalhador que ensina residentes na sua prática cotidiana. Em virtude disso, o elemento pedagógico mobiliza-os a procurar subsídios para sua atuação. Os participantes do grupo de discussão manifestaram a necessidade de buscar formação pedagógica para desenvolver as atividades na RMS. Por outro lado, podemos pensar que tal formação levaria a um maior reconhecimento da importância da sua atuação na RMS, o que é

fundamental nesse cenário. O reconhecimento do preceptor, enquanto profissional que ensina, pode ser estratégia para a valorização de seu trabalho.

6.1.4 Valorização do trabalho do preceptor

Para Freire (2001; 2015b), o conhecimento não é apenas cognitivo, ele é uma prática, não sendo possível a separação entre teoria e prática. Não é “o que é”, e sim “como é”, e esse como é o conhecimento. O saber do preceptor é o saber da experiência, vivenciada no dia a dia. O saber não se faz presente apenas na figura do preceptor, mas valorizar o saber deste profissional é valorizar o conhecimento advindo da experiência.

Os preceptores buscam valorização na RMS, valorização dos seus saberes e suas implicações. Para isso, necessitam ser escutados em relação a seu processo de trabalho. Além disso, necessitam participar em projetos compartilhados com outras pessoas que deem significado a sua ação. A valorização também inclui a gratificação financeira pelo exercício da preceptoria. O discurso a respeito da desvalorização de seu trabalho permeou a discussão do grupo. No entanto, reconhecem que atualmente não há possibilidade de gratificação pela atividade, já que os preceptores da Residência Médica não são remunerados nessa instituição e as residências multiprofissionais provém do modelo das residências médicas. Assim, apesar das significativas diferenças entre estas duas modalidades de formação, muitos aspectos não foram alterados. Exemplo disso é o caso da remuneração da preceptoria. Na Residência Médica, conforme reportagem do SIMERS, "a preceptoria é dom para abnegados", não apresenta regulamentação de bolsa ou capacitação (<http://www.simers.org.br/2015/11/sem-regulamentacao-de-bolsa-ou-capitacao-preceptor-e-dom-para-abnegados/>).

Em estudo realizado em uma Residência Multiprofissional, os participantes identificaram que a ausência de auxílio financeiro para a supervisão dos residentes funciona como um fator de desmotivação para os preceptores (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014). A Portaria nº 754 fixa normas para a implementação e execução do programa de bolsas para a educação pelo trabalho, estabelecendo as possibilidades de bolsas para preceptores, tutores e orientadores de serviços ligados às Residências Multiprofissionais (BRASIL, 2012). No entanto, os residentes participantes descobriram que, visto ser em um hospital de ensino, a atuação como preceptor, consta no estatuto do servidor, recebido pelos profissionais em sua admissão na instituição, sem qualquer menção à gratificação financeira.

Na esfera das dificuldades para sua atuação, os preceptores sinalizam os seguintes elementos: insegurança do papel do preceptor, falta de dedicação exclusiva para a preceptoria,

rotatividade dos preceptores, falta de compromisso e identidade, dicotomia entre teoria e prática no trabalho. Tais fatores são acrescidos do acúmulo de funções da preceptoria. Um estudo realizado com estes atores apontou a carência de tempo como uma expressiva fragilidade para o desempenho da preceptoria (HARTZLER; BALLENTIN; KAUFILIN, 2015). Deste modo, percebo que há um prejuízo decorrente da sobrecarga de trabalho dos preceptores, influenciando no processo de formação dos profissionais que atuam na Residência (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014). Uma agenda de trabalho pouco organizada pode produzir demanda excessiva de trabalho, conforme identificado por Castells, Campos e Romano (2016). Um modelo de Residência, que proporcionasse ao preceptor tempo livre em sua agenda, poderia resultar em maior disponibilidade para atividades de formação. Entretanto, tal relação não é direta. O que se analisa é que esse espaço teoricamente “livre” na agenda do preceptor, seria disputado por outras atividades não relacionadas à formação. Uma alternativa seria definir o tempo que o preceptor poderia investir em outras atividades que não envolvem a preceptoria, sem alterar o acompanhamento pedagógico dos residentes e a organização e o planejamento das atividades de formação (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

Considerando que a RMS é um programa novo, sua implementação ainda enfrenta dificuldades, dentre elas se destacam: a falta de integração entre preceptores e tutores, a manutenção deles no programa, o aumento da carga horária de trabalho de ambos sem mudança na remuneração, a falta de capacitação na área de ensino, dentre outros. Além disso, é importante lembrar que a maioria dos profissionais não tiveram a possibilidade de trabalhar a multiprofissionalidade e a integralidade ao longo de sua formação acadêmica para que pudessem compreender a importância dessa prática (CHAEDE et al, 2013). Nesse sentido, as dificuldades que permeiam a atuação dos preceptores ainda permanecem sendo que as soluções dependem do contexto de cada Residência.

Apesar do reconhecimento do preceptor como essencial no desenvolvimento de programas de formação em saúde, falta regulamentação para sua formação e atuação na preceptoria (ALBURQUERQUE, 2007). Goertzen et al. (1995), apontam que a preceptoria não é uma herança genética, mas um conjunto de habilidades a serem aprendidas. Esse dado reforça a preocupação com a formação dos preceptores, a qual foi discutida anteriormente.

Outro aspecto que poderia valorizar o preceptor seria sua participação mais ativa na construção da RMS. Estudos (CONCEIÇÃO-SILVA, BROTTTO, 2016; SANTOS, 2010) sugerem que os preceptores não estão desenvolvendo, planejando e protagonizando um trabalho que venha a contribuir para o processo de ensino-aprendizagem condizente com formação profissional voltada aos objetivos propostos pela Residência Multiprofissional. Isso pode estar

acontecendo devido à pouca participação dos preceptores na construção e discussão do projeto Político Pedagógico do Curso. Associado a isso, observo que a organização do trabalho está distanciada do modelo multiprofissional o que dificulta a formação em equipe. A partir disso, qual seria o motivo da pouca participação dos preceptores nas discussões? Como os preceptores podem participar ativamente da discussão política pedagógica dos programas se eles não têm espaços de escuta de seu processo de trabalho?

Em relação à valorização, também é necessário proporcionar condições para que esse profissional possa se sentir mais participativo na Residência, evidenciando suas importantes contribuições. Enquanto não há condições de valorização financeira, pensar em outras estratégias que incentivem esse profissional a participar da RMS pode ser um caminho em direção a futuros sonhos.

6.1.5 Formação dos residentes

Os preceptores lutam para que a formação dos residentes não seja pautada na escola tradicional, com aulas expositivas, em que o preceptor assume a centralidade do ensinar. Eles discutem sobre a importância da formação política, dialógica, crítica e problematizadora que graduação parece não proporcionar. Diante disso, a preocupação com a formação do residente, para que seja um profissional com autonomia surge nas discussões dos preceptores. Estes se preocupam com aqueles, profissionais em formação, para que não se limitem ao proposto pelo Programa de RIMS, mas que busquem outras possibilidades permeadas de autonomia e reflexões críticas. A partir dessa discussão, questiono: residente é profissional, aluno ou ambos? Como esse profissional vê a responsabilidade em relação à formação?

Essas questões permeiam o contexto da formação do residente. O entendimento de que deveria atuar compondo a equipe de saúde reflete as fragilidades que envolvem a gestão e a dificuldade para apropriar o residente ao trabalho. Tal compreensão pode fomentar a uniprofissionalidade e o entendimento quanto à inserção e o papel dos residentes no contexto dos serviços de saúde (ARAÚJO et al, 2017). Em pesquisa realizada com enfermeiros e técnicos de enfermagem que acompanhavam o trabalho de residentes evidenciou-se a dualidade ou confusão do entendimento sobre o papel do residente: seria ele estudante ou profissional? (DRAGO et al, 2013).

Concordamos com Skare (2012) que defende a importância da supervisão exercida *versus* a independência de atuação. Se, por um lado, o excesso de liberdade pode levar o residente a se sentir abandonado, uma supervisão muito próxima pode interferir na sensação de liberdade

e prejudicar o desenvolvimento de habilidades que devem ser incorporadas. De fato, é preciso definir os papéis de cada ator na Residência, inclusive, determinando suas atribuições e competências para que as expectativas, geradas em torno da atuação dos preceptores e residentes, sejam adequadas às funções desempenhadas por ambos. Os preceptores reconhecem que os residentes assumem postura profissional ainda que algumas vezes, por serem recém-formados apresentem uma postura de aluno. Como exemplo, destacaram que nas atividades práticas tendem a se comportar como profissionais, enquanto na sala de aula, se comportam como alunos de graduação. Talvez se os residentes se sentirem participantes dos espaços de discussão e decisão poderão assumir o papel de residente. Com base nisso, qual é o papel do residente na proposta de formação da RMS? Seria possível o residente reconhecer o seu papel? Poucas produções têm tido o objetivo de escutar esse ator das Residências (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013). Parece que o residente é pouco escutado, seja na sua formação seja nas pesquisas. Com isso, pode se tornar difícil que ele tenha possibilidade para reconhecer seu papel em uma Residência. Além disso, para o residente é difícil reconhecer seu papel, pois ingressa em uma modalidade de pós-graduação que, muitas vezes, apresenta-se como continuidade de sua formação (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). A compreensão da Residência como uma possibilidade de continuação da formação da graduação ou como resolutiva dos problemas oriundos da academia pode proporcionar uma visão distorcida da mesma, repercutindo no papel que o residente assume quando ingressa nessa formação.

Nesse sentido, o processo dialógico e problematizador pode facilitar a reflexão sobre os papéis do residente. Do mesmo modo, o diálogo pode ser empreendido na busca pelo amadurecimento profissional, o qual é incentivado pelos preceptores quando discutem elementos que desejam para a formação do residente. Diálogo no sentido de Freire (2015b), como condição básica para o conhecimento. O ato de conhecer acontece em processo social e o diálogo é, justamente, uma mediação desse. A partir do diálogo é possível trocar saberes e experiências resignificando o conhecimento entre os atores, para que possam tomar consciência da possibilidade de transformar a realidade (FREIRE, 2015b).

6.1.6 Atuação multiprofissional

A temática da multiprofissionalidade é fundamental quando discutimos acerca das Residências, porém, quando explorada, revela uma miscelânea de conceitos. Há densa discussão em torno dos conceitos de multiprofissionalidade, interprofissionalidade, interdisciplinidade e multidisciplinidade. Assim, ressalto a dificuldade em relação à compreensão dos conceitos

atrelados à multiprofissionalidade, interprofissionalidade, multidisciplinariedade e interdisciplinariedade. O estudo analisou os projetos político-pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Estado de São Paulo, revelando que eles apresentam diversidade de entendimentos relacionados aos prefixos multi e inter e aos adjetivos profissional e disciplinar (NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015). Nesse viés, apresento tais conceitos que, muitas vezes, entrelaçam a multiprofissionalidade.

A multiprofissionalidade objetiva a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos para construir propostas de intervenção que não poderiam ser concretizadas isoladamente, pois são resultados da união de diferentes saberes. Assim, a prática multiprofissional, caracterizada pelos distintos núcleos profissionais, agrega conhecimentos de cada área e, dessa forma, contribui tanto para a integração deles como para o aprendizado do trabalho em equipe (SILVA et al, 2015; McCAFFREY et al 2011).

A multiprofissionalidade é, muitas vezes, confundida com a interdisciplinaridade. Esta implica na interação entre duas ou mais disciplinas e não profissões, como a multiprofissionalidade. Assim, para entender o sentido de interdisciplinar, é preciso conhecer o que é disciplina. Para Japiassu (1976), a interdisciplinaridade é a interação das disciplinas. Uma disciplina tem o mesmo sentido de ciência, de disciplinaridade e se caracteriza pelo domínio dos objetos de estudo dos quais se ocupa, pelas especificidades e pela forma como prevê e explica os fenômenos. Desse modo, a interdisciplinaridade é o encontro de diferentes disciplinas, seja na perspectiva pedagógica ou epistemológica, para a construção de um novo saber. Uma visão interdisciplinar deve estar presente, tanto no campo da teoria como da prática, seja essa prática de intervenção social, pedagógica ou de pesquisa (GATTÁS, 2006; PAVIANE, 2003).

A multidisciplinaridade aparece frequentemente atrelada ao conceito de interdisciplinaridade. Nas ações multidisciplinares existem diferentes categorias profissionais que, não necessariamente, dialogam entre si (PEDUZZI, 1998). Entretanto, para que a interdisciplinaridade seja viabilizada, é necessária a interação das disciplinas em torno de um objetivo comum, na construção de novo saber (JAPIASSU, 1976). Reconheço que há nítidos esforços para que as Residências implementem ações interdisciplinares na sua formação, no entanto, tal fato tem se revelado bastante complexo e difícil de ser viabilizado, tanto nos currículos quanto nas disciplinas.

Já a interprofissionalidade, vincula-se ao conceito de trabalho em equipe, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios. A reflexão se desenvolve a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e

práticas profissionais (BATISTA, 2012; REEVES, 2016). Na conjuntura das RMS, a educação interprofissional constitui uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento do trabalho coletivo, com o intento de otimizar a qualidade da atenção à saúde (COSTA, 2016; REEVES et al., 2016; BATISTA, 2012).

O marco das Residências Multiprofissionais em Saúde é a atuação multiprofissional. Desse modo, a multiprofissionalidade está presente na residência como potencialidade para a formação, para além da aglutinação de profissões. Observo que as Residências Multiprofissionais propõem que as ações desenvolvidas sejam interdisciplinares, assim como os preceptores sinalizam essa direção. Porém, como implementar ações interdisciplinares em projetos políticos que não foram construídos nessa lógica se ainda os cenários de prática onde os residentes realizam a formação no trabalho ainda não viabilizam a aprendizagem de saberes interdisciplinares?

Diante da diversidade de conceitos, acredito que os preceptores, tutores e residentes apresentam insegurança relacionada à compreensão da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade. Do mesmo modo que a Educação Permanente em Saúde denota certa abstração conceitual, por ser composta por diferentes vertentes teóricas, sua aplicabilidade é reservada nos cenários de prática. Com isso, aponto que tal polissemia conceitual mais confunde do que sustenta projetos e práticas pedagógicas, sendo que o mais importante seria não desviar o foco da questão central que é a constituição de equipes de trabalho para a integralidade da atenção. Para além de encerrar a discussão, ressaltamos que é possível transitar conceitos de diferentes formas, buscando a articulação dos saberes, da parte para o todo, do local para o global, do individual para o coletivo, sem, no entanto, superar ou extinguir as disciplinas e, ao mesmo tempo, sem ter um olhar reducionista da realidade (FERIOTTI, 2009).

Dentre os aspectos que os preceptores, participantes desta pesquisa, acreditam que contribuam para a multiprofissionalidade da RMS, destacam-se a integração entre as profissões, a construção compartilhada de saberes, o hospital profícuo para o trabalho multiprofissional, sendo exemplar a área da saúde da criança. Hospitais são instituições onde prevalece a hegemonia médica, são espaços de atenção à saúde com obstáculos para o desenvolvimento de uma atuação multiprofissional, já que os diferentes profissionais da saúde se inserem nessa ordem. Todavia, os preceptores destacam que o hospital pode ser espaço profícuo para a multiprofissionalidade, como o caso da área da Saúde da Criança. Logo, podemos perceber que a RMS pode contribuir para que espaços tidos como difíceis para o desempenho multiprofissional, abram-se a novas possibilidades de atuação.

Além disso, os preceptores apontam para a Estratégia da Saúde da Família. Para eles, esse espaço teria maior possibilidade para trabalho em equipe multiprofissional, se comparado ao hospital. Assim, podemos problematizar a questão da Saúde da Criança. Quais seriam as possibilidades de atuação multiprofissional da área da Saúde da Criança em um contexto hospitalar? Por que é possível atuar em equipe multiprofissional em uma área e não em outras, em uma mesma instituição? Como a área da saúde da criança investe no trabalho multiprofissional? Uma possibilidade poderia ser a assistência à família, quando apenas um saber profissional parece não ter condições de dar conta de compreender e assistir a multiplicidade e complexidade de situações e demandas em relação à saúde.

Autores expõem que, muitas vezes, o preceptor multiprofissional, refletindo sobre sua atividade, “se coloca a questão de como transmitir um conhecimento para um grupo tão heterogêneo de profissionais” e se interroga: “como fazer dessa heterogeneidade, efetivamente, um propulsor de aprendizagens?” (BARRETO et al., 2009, p. 58). Pensamos que é a riqueza do encontro da heterogeneidade de núcleos profissionais que pode proporcionar aos preceptores e aos residentes uma formação multiprofissional. Assim, a atuação multiprofissional pressupõe a possibilidade de vivência de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho multiprofissional é importante para a reorganização dos processos de trabalho, indo ao encontro da singularidade e integralidade da assistência. Na construção coletiva das ações em saúde, as dificuldades estão presentes e precisam ser refletidas e reelaboradas. A formação multiprofissional permite a troca de informações e a elaboração de um plano terapêutico, destacando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

As Residências Multiprofissionais estão atreladas ao princípio da integralidade, o qual está diretamente relacionado com a noção de equipe multiprofissional. Dessa forma, a atenção em saúde só pode ser entendida como integral se realizada com a contribuição de profissionais de diferentes formações, conhecimentos e especialidades, considerando o ser humano em sua totalidade, inserido em seu respectivo contexto social, político, econômico e cultural. Portanto, as Residências se constituem dispositivos para a formação de equipes multiprofissionais (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013; SANTOS, 2010; SIMONI, 2007; SCHERER, 2006).

As RMS são programas em crescimento no país e estão se consolidando devido ao seu formato de aprendizagem, agregando ensino e serviço, formando profissionais qualificados

com foco no trabalho multiprofissional. A responsabilidade dos centros formadores com a instrução dos profissionais da área da saúde é fundamental, sendo que esse processo deve refletir a realidade social, política e cultural, fundamentados pelos princípios e diretrizes do SUS (MARTINS et al, 2016). Sabe-se que o impacto da RMS alterou os cenários dos serviços que as sediam. Os avanços que essas modalidades de educação em serviço implementaram no SUS são significativos (CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013) e apresentam potenciais para operar mudanças na formação e no trabalho (SCHAEDLER, 2010). Porém, poucos impactos estão documentados, registrando essas mudanças.

Diante disso, consideramos a importância das contribuições das Residências. Observo os desafios acerca não só das residências, mas de todo contexto da formação em saúde que nos impulsionam a buscar a multiprofissionalidade. Pois, ou constituímos equipes multiprofissionais orientadas pela maior resolutividade dos problemas de saúde da maioria da população, ou colocamos em risco a qualidade do nosso trabalho, “porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde” (CECCIM, 2005a, p.163). Sob essa ótica, a Educação Permanente em Saúde contempla a multiprofissionalidade, por proporcionar os espaços para a interação entre profissionais de diferentes áreas. As atividades, a ação que cada preceptor planeja para atuar no seu cotidiano, juntamente com o residente, é pensada e construída sob o olhar de cada núcleo profissional. Esse olhar configura um espaço, onde todos os atores trabalham com o encontro de seus saberes compartilhados em prol de um foco central a todos que é a integralidade do cuidado, considerando, também necessidades e potências dos usuários.

6.2 Educação Permanente em Saúde na RMS

Nesta temática, ‘Educação Permanente em Saúde na RMS’, destacaram-se três unidades de análise: 1) as melhores práticas; 2) sonhos dos preceptores e, 3) proposta de formação integrada por meio da criação de um núcleo pedagógico.

6.2.1 Melhores práticas de EPS na RMS

As melhores práticas elencadas pelos preceptores na Residência, embora indiretamente, estão relacionadas à Educação Permanente em Saúde (EPS). Os preceptores, no momento em que ressaltaram suas melhores práticas, não tiveram a preocupação de avaliar se essas eram ou não, práticas de EPS. Porém, estas constituem práticas de EPS relacionadas aos preceitos

teóricos que dão embasamento a esta política. A EPS, como proposta educativa, tem como premissa a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos mais diferentes cenários da atenção em saúde, de forma a articular as necessidades dos serviços e dos profissionais, a capacidade resolutiva e a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2016).

Inicialmente, as melhores práticas escolhidas se referem à utilização de estratégias que auxiliam na proposta de prática pedagógica, na construção do processo de ensino aprendizagem entre preceptores e residentes. Para isso, os preceptores utilizam estratégias como filmes, seminários, apresentação de projetos coletivos e tópicos especiais. Tais propostas podem representar um ponto de partida para proporcionar aos residentes um ensino que promova a formação multiprofissional. Corroborando com essa ideia Meyer, Félix e Vasconcelos (2013) apresentam como sinalizadores a produção de metodologias que permitam a experimentação de um fazer coletivo, por meio de oficinas de trabalho, rodas de conversa, discussão de filmes, reflexões, a partir de falas e cenas vivenciadas no serviço, músicas, poesias, literatura e outros artefatos culturais.

Além dessas práticas, os preceptores elencaram aquelas relacionadas ao contexto dos serviços, tais como consulta multiprofissional, o acolhimento dos residentes e as visitas a instituições não hospitalares. A consulta multiprofissional se originou da transformação de um ambulatório tradicional em consultas multiprofissionais com participação de diferentes profissões tais como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. por meio do Plano Terapêutico Singular e dos princípios da Clínica Ampliada. Essa experiência exitosa possibilitou a atuação multiprofissional na RMS. O atendimento pelos profissionais era coletivo, realizado em uma única sala. A partir da consulta, o grupo construiu a anamnese multiprofissional. Essa prática possibilitou a identificação da rede de cuidados e serviços de suporte familiar e a definição do tratamento junto à família e ao paciente.

Em relação à recepção dos novos residentes, tal prática foi realizada por meio da organização e do planejamento de atividades que seriam desenvolvidas com os novos residentes. Após, foi realizado um "tour" com os residentes pela instituição para conhecer as áreas afins a sua área de concentração.

Já a visita a instituições não hospitalares foi efetuada com o objetivo de conhecer outros serviços externos a RMS. Essas práticas foram compartilhadas no grupo, como experiências individuais de cada preceptor. A partir do compartilhamento, os preceptores elencaram as melhores práticas para serem disseminadas na Residência.

As práticas apresentadas como *rounds* multiprofissionais, plano singular terapêutico e ações entre as diferentes ênfases, foram elencadas a partir do coletivo do grupo, por meio dos

encontros possibilitados pela pesquisa. Os preceptores perceberam que estratégias como a consulta multiprofissional poderiam ser disseminadas, a fim de fomentar o ensino multiprofissional. As melhores práticas elencadas, além de serem viabilizadas no contexto dos serviços, promovem a aprendizagem significativa. Ou seja, são permeadas pelo pressuposto da aprendizagem coletiva e significativa. Assim, o aprendizado é fundamentado na reflexão das práticas cotidianas, ganhando sentido por estar alinhado à realidade dos profissionais de saúde, neste caso, os preceptores da RMS.

As atividades planejadas produzem sentidos. Estes vêm da ideia central da PNEPS: a aprendizagem significativa que surgiu de uma Teoria desenvolvida por David Ausubel (AUSUBEL, 2000; AUSUBEL, NOVAK, HANESIAN, 1980). Nesta, há uma interação entre o novo conhecimento e o já existente, em os dois vêm se modificando e se construindo, a fim de atribuir um novo significado com componentes pessoais. A aprendizagem significativa tem influência da problematização e da relação dialógica, típicas do pensamento de Paulo Freire e de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana (RAMOS, 2009).

A aprendizagem significativa na EPS se refere a uma pedagogia que propõe ao profissional de saúde um papel ativo na atenção a saúde relacionada à experiência prévia do sujeito, contrapondo-se aos modelos tradicionais (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). Compreendo dessa forma, que o preceptor que articula mudanças nas práticas de saúde é ator político do processo de mudança.

Os preceptores discutem como desenvolveriam as melhores práticas na RMS. Para isso, elencam estratégias para o desenvolvimento do ensino multiprofissional e para a integração das diferentes ênfases que compõem a RMS. Quanto ao desenvolvimento ensino multiprofissional, umas das estratégias seria o mapeamento do conhecimento do residente. Ou seja, cada residente apresenta seu saber e a partir desta constatação, novos saberes são construídos na relação preceptor-residente. O destaque é para o respeito e consideração pelo saber do outro. Nesse sentido, considero que existem múltiplas formas de saber e cada indivíduo valoriza distintos saberes advindos da experiência profissional, do conhecimento tácito ou mesmo do conhecimento pessoal. A EPS prima pelo reconhecimento de cada saber compartilhado pelo profissional da saúde. Trabalha na perspectiva de que todos os educandos têm uma experiência que não deve ser ignorada (FREIRE, 2015a; 2015b). De acordo com Freire (2015a; 2015b), com ética crítica, competência científica e amorosidade autêntica, sob a perspectiva do engajamento político libertador, pode-se ensinar os educandos a serem seres mais atuantes e envolvidos.

As demais estratégias utilizadas pelos preceptores foram: metodologias ativas e os encontros que promovem a integração entre as áreas da RMS, por meio da discussão de disciplinas teóricas. Tais estratégias são viabilizadas em um contexto de formação que valoriza o conhecimento do residente, as metodologias ativas como paradigma do fazer pedagógico por meio das rodas de conversas e dos encontros que promovem a integração entre as áreas. Valoriza as diferentes ênfases, valoriza o diálogo no coletivo reconhecendo o seu saber e o saber do outro. Que formação é essa potencializada pelos preceptores? Com base em que arcabouço teórico? Uma formação crítica alimentada pela valorização dos que estão na prática, na consideração do saber do residente, do preceptor, na tolerância, na solidariedade e no respeito (RIBEIRO, 2015).

A formação dos residentes desencadeada por espaços onde atores dialogam acerca da EPS precisa ser compreendida como um processo, e não somente como algo pontual, trabalhado sob uma determinada perspectiva, visto que por meio desta formação, os residentes terão a capacidade de desenvolver competências (conhecimentos, atitudes e habilidades). Instigar os questionamentos sobre a realidade, ir ao encontro do cotidiano, torna-se de fundamental importância para estabelecer uma proximidade entre os saberes socialmente construídos e a vivência a partir do mundo do trabalho (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). A EPS é construída a partir dos problemas enfrentados na realidade e considera os conhecimentos e as experiências de todos. Além disso, a EPS deve ser construída também o fortalecimento das práticas existentes dos profissionais de saúde. O processo educativo no trabalho precisa advir da problematização da práxis e ser pautado nas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de EPS têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Ainda, na formação oportunizada pela RMS, espera-se que o residente possua atitude crítico-reflexiva que se traduza em comprometimento com a viabilização de metodologias de atuação, pautadas nos princípios do SUS, as quais visam a resolutividade das ações em saúde em todos os níveis de atenção do sistema. No que concerne ao SUS, como ordenador da formação, espera-se que esses profissionais sejam habilitados para além de uma inserção nessa lógica e que a sua formação os auxilie para atuar como articuladores participativos, na identificação dos nós críticos, na tomada de decisões, na criação de alternativas estratégicas na gestão e atenção, a fim de promover mudanças necessárias para a sua consolidação.

Em relação às estratégias de melhores práticas para a integração entre as diferentes áreas de formação da RMS, os preceptores elencaram os encontros entre os participantes das diferentes ênfases. A EPS permeia a formação dos residentes por meio de encontros

pedagógicos (SILVA, 2013). Dessa maneira, compreendo que, na RMS, o desenvolvimento da EPS acontece quando há um encontro dos preceptores com os residentes, com a equipe de saúde e com os usuários. Essa noção de encontro é da ordem micropolítica sob alteridades (estar com o outro) intercessoras (CECCIM, 2004a; MERHY, 2002). Os encontros são pedagógicos com trocas entre saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em fluxo contínuo e intenso de convocações desterritorializações e invenções que operam contra práticas homogeneizadoras (CECCIM; MERHY, 2009). A partir desse encontro há uma interdependência e interação entre os atores para a produção da saúde, a fim de se formar um novo sujeito coletivo. Há a criação de um espaço de “inter” relações, onde os residentes podem reinventar a sua autonomia, sua produção dos atos de saúde numa relação intersubjetiva. No encontro com o outro, atores se constroem e reconstroem com liberdade de fazer coisas que produzam sentido, para profissionais de saúde e usuários (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Ainda em relação às melhores práticas da RMS, temos os relatos dos preceptores sobre o que "dá vida" ao seu trabalho, as motivações que os incentivam e estimulam a permanecer na preceptoria. As motivações são relacionadas ao reconhecimento das suas melhores práticas, juntamente com o trabalho que desenvolvem na RMS. A EPS propõe o trabalho como disparador de problematização dos problemas cotidianos dos serviços. Porém, por meio da pesquisa apreciativa percebo que podemos ir além do que a EPS nos oferece. Assim, considero adicionar à perspectiva da EPS o fato de que podemos apreciar o que fazemos de melhor e que nos movimenta, impulsiona e motiva. Reconhecer nossas contribuições no processo de trabalho também dispara reflexões, mudanças, ações e valorização dos profissionais de saúde. Contribuições no sentido de reconhecer o protagonismo dos sujeitos. Protagonismo não apenas na responsabilização mas também no reconhecimento da criação da criatividade. Nesse seguimento, alguns estudos (MICCAS; BATISTA, 2014) têm mostrado que a EPS, instituída e atuante, pode gerar, nos profissionais que participam das atividades por ela propostas, sentimentos de valorização, cuidado e satisfação no ambiente de trabalho. Tais sentimentos podem melhorar o desempenho e elevam a qualidade do atendimento à população.

Em relação ao ensino multiprofissional, a intenção é promover espaços de aprendizagem que não sejam confinados ao núcleo profissional, mas que promovam a interface entre as diversas profissões, convergindo para uma atuação multiprofissional que visa a integralidade da atenção em saúde. Com a iniciativa do ensino multiprofissional, tem-se o crescimento dos envolvidos, transpondo a barreira acadêmica, tradicionalmente voltada à uma formação focada apenas na profissão (LIMA; SANTOS, 2012). Além disso, a prática multiprofissional

proporciona à sociedade atenção integral, à medida que as pessoas passam a ser vistas no âmbito biológico, psicológico e social, sentindo-se acolhidas e vinculadas à equipe de saúde. A Residência Multiprofissional proporciona o conhecimento das diferentes áreas envolvidas, gerando discussões mais densas e complexas e obtendo maior resolutividade dos problemas apresentados pela sociedade (REIS; FARO, 2016).

6.2.2 Sonhos para a RMS

Esta categoria expressa os sonhos dos preceptores para a RMS. Eles imaginaram as melhores práticas que poderiam ser realizadas na Residência Multiprofissional. Os sonhos são possibilidades que o grupo pensou para viabilizar boas práticas para uma Residência Multiprofissional em Saúde. Estes foram divididos em sonhos possíveis e sonhos viáveis. Os sonhos possíveis, de acordo com Freire (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010; FREIRE, 2014), seriam aqueles atrelados a um critério histórico-social. Portanto, os sonhos possíveis não seriam realizáveis pelos preceptores. Dentre estes sonhos, temos a valorização financeira do preceptor, a criação de um plano de carreira para os preceptores e que os demais profissionais os valorizem. Reforço que a valorização dos preceptores é um elemento significativo durante a análise de conteúdo. Valorização do preceptor implica, assim, no reconhecimento do preceptor, de qual é o seu papel e qual é a sua relevância.

Os preceptores são atores fundamentais no cenário das Residências Multiprofissionais e clamam por mais valorização. Dessa forma, urge a necessidade de valorização da atividade de preceptoria por meio da promoção de espaços para que os profissionais possam entender a importância de seu trabalho.

Em relação aos sonhos possíveis dos preceptores para os residentes, temos o estágio de vivência, o intercâmbio dos residentes entre as diferentes áreas da RMS e o plano de carreira para os residentes. O estágio de vivência parte de experiência positiva que um dos preceptores vivenciou e, a partir disso, acredita na potencialidade desta estratégia de formação na RMS. Os estágios vivências teriam a participação de residentes e preceptores. Há Residências Multiprofissionais que oferecem os estágios vivências como parte da sua formação (UCHÔA-FIGUEIREDO et al., 2016).

O intercâmbio entre os residentes nas diferentes áreas da RMS mostra que a integração é primordial. Esse intercâmbio proporcionaria uma formação para além do cenário que sedia a RMS. Esse sonho está relacionado à visita aos cenários extra hospitalares que teriam a possibilidade de expansão da formação do residente. Ainda, os preceptores sonham com

melhorias na infraestrutura, com professores dedicados exclusivamente ao programa e à integração com a Residência Médica. Tais sonhos não dependem de iniciativas dos preceptores.

Os sonhos viáveis, na perspectiva de Freire, são sonhos que dependem da prática cotidiana. Exigem da pessoa o reconhecimento dos seus limites e possibilidades e demarcam espaços possíveis de atuação (FREIRE, 2014). Dessa forma, os sonhos viáveis, além de serem possíveis, relacionam-se com possibilidades e iniciativas individuais. As práticas integrativas entre as ênfases da RMS representam o sonho compartilhado por todo o grupo. Por meio das reflexões que eles iam realizando a cada encontro, perceberam que deveriam realizar práticas integradas que envolvem diferentes núcleos profissionais e englobem preceptores das diferentes áreas para pensarem ações coletivas, multiprofissionais e interprofissionais.

Além disso, sonhos como visitas a áreas diferentes da RMS, mapas de atuação dos residentes e planejamento coletivo das aulas ministradas foram construídos coletivamente. Tais sonhos possíveis apontaram para a necessidade de diálogo que integrem os preceptores, possibilitando que suas experiências circulem, sejam socializadas, pensadas problematicamente, reinventadas e disseminadas a outras Residências Multiprofissionais.

Se muitos dos sonhos não são possíveis ou dependem de outras esferas para se tornarem viáveis, permanece o desafio de desenvolver espaço pedagógico, no qual a formação reconheça a autonomia dos sujeitos, permitindo expressão do saber e das experiências dos preceptores, assim como a reflexão crítica quanto a sua atuação nas Residências Multiprofissionais. Acreditamos que a esperança da viabilidade dos sonhos se opõe ao imobilismo. Amanhã é necessário e não há amanhã sem possibilidades de projeto, sonho, utopia, esperança, criação e desenvolvimento de trabalho concreto (FREIRE, 2001).

6.2.3 Práticas de Educação Permanente em Saúde para RMS: proposta de formação integrada por meio do Núcleo pedagógico

Durante sua atividade, os preceptores assumem o papel de formadores. Diante disso, suas práticas precisam ser problematizadas, questionadas e refletidas. É nessa intersecção que a RMS se torna um espaço para o desenvolvimento da EPS. A EPS, como aprendizagem no trabalho, permeia a atuação do preceptor possibilitando o encontro preceptor-residente no trabalho, fazendo com que o aprender e o ensinar sejam incorporados ao cotidiano dos serviços (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a EPS é um processo pedagógico que visa promover uma consciência crítica e reflexiva nas pessoas (nesse caso os preceptores) que buscam mudanças

da sua realidade, criando possibilidades para o trabalho em saúde, em prol da integralidade da atenção.

As atitudes elencadas pelos preceptores como fundamentais para o desenvolvimento das práticas de EPS, são atitudes subjetivas direcionadas à sua experiência. São atitudes que ajudam na promoção de práticas de EPS: (1) acreditar na proposta da RMS; (2) integração entre os profissionais e (3) escuta e valorização destes profissionais. A EPS valoriza quem atua no cotidiano dos serviços, por isso, valoriza o preceptor porque considera seu saber e sua experiência. Considera também que todas as pessoas envolvidas em determinada prática são capazes de produzir conhecimento sobre ela, valorizando as múltiplas formas de saber de cada indivíduo.

Como estratégias para desenvolver as práticas, o grupo destacou a disseminação das melhores práticas. Esta pode proporcionar o engajamento dos preceptores que não participaram da pesquisa. Além disso, a disseminação e o engajamento propiciam a integração do grupo de preceptores na discussão e conscientização da proposta da Residência. A integração entre os demais preceptores que não participaram da pesquisa pode ocorrer a partir de encontros reflexivos e dialógicos, baseados nessa metodologia. Os preceptores referem que os encontros da pesquisa representaram momentos de Educação Permanente. A Educação Permanente em Saúde não seria uma ação pontual, e sim uma perspectiva para realizar ações em um espaço de formação que se torna um ambiente de aprendizagem coletiva (SARRETA, 2009). A participação em um grupo engajado num processo dialógico e reflexivo permitiu que os preceptores se conscientizassem do que desejam para a Residência, e assim passem a compartilhar estratégias em busca dessa consolidação.

6.2.3.1 Formação integrada dos preceptores na RMS

A constituição e a implementação do SUS, com ênfase nas interfaces e singularidades entre trabalho, educação e saúde, têm exigido novas estratégias formativas para alinhamento a essas propostas, diante da necessidade de readequação da formação profissional para atuação nas instituições de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004). A formação profissional envolve aspectos de produção de subjetividade, habilidades técnicas e pensamento crítico acerca da prática exercida. Diante disso, a formação dos trabalhadores de saúde objetiva a mudança das práticas profissionais e da organização do trabalho, problematizando o processo de trabalho e aprimorando a capacidade dos profissionais para acolher as necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (OLIVEIRA; FERREIRA; CUNHA; RUFINO; SANTOS, 2011).

Isso posto, a formação integrada, desejada pelos preceptores, sugere uma formação como espaço de Educação Permanente em Saúde, orientada pela aprendizagem significativa. A partir da ideia de EPS, o próprio trabalho, se reflexivo, poderia ser suficiente. Não seria mais uma oferta, seria reflexão crítica sobre o próprio trabalho, com possibilidades de mudança de práticas e aprendizagem significativa de todos os trabalhadores.

Portanto, os profissionais, por meio da EPS, alicerçam sua prática em saberes coletivos dos atores que convivem no espaço de trabalho. O trabalho em si é espaço restrito e pode fortalecer processos de reprodução, alienação, sofrimento. Assim, a EPS possibilita dialogar com outras possibilidades. O espaço de trabalho na EPS se constitui como lócus privilegiado de aprendizado, alinhando ao pensamento freireano, o qual enfatiza que as situações de trabalho são espaços de construção de identidade, de pluralidade dos saberes e de socialização contínua de aprendizagens, que vão além do domínio das habilidades e conhecimentos necessários à prática profissional (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010). Nessa conjuntura, os preceptores idealizaram a realização de formação integrada. Essa foi pensada e proposta como possibilidade de trabalho e integração entre as diferentes áreas da RMS, tanto nas atividades teóricas quanto práticas. Nessa modalidade de formação, os preceptores teriam autonomia para buscar realizar atividades que supram, ora as demandas individuais, ora as demandas coletivas, que irão subsidiar a atuação deles na preceptoria da RMS.

Os resultados indicam que a formação integrada na RMS pressupõe a apropriação dos profissionais acerca dos objetivos da Residência e do seu papel enquanto preceptores. Em relação à operacionalização da formação, o grupo sinalizou que utilizaria a capacitação dos preceptores já existente na RMS para captar todos os preceptores, a fim de convidá-los para participar dessa proposta de formação. Embora a capacitação vigente tenha objetivos diferenciados da proposta dos preceptores, esta seria um ponto de partida para propor a formação integrada.

Não podemos ignorar a importância do modelo tradicional de formação. Porém, parece que esse não se mostra eficaz para a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, por se caracterizar pela transmissão de conhecimento descontextualizada (CECCIM, 2005b). A EPS tem papel mais amplo, no sentido de propor o desenvolvimento profissional, a partir de um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização, considerando para isso, o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência, elementos indissociáveis da sua prática (RICALDONI; SENA, 2006). Assim, a formação desejada complementa as propostas já viabilizadas nos cenários das RMS e valoriza os profissionais, por meio do reconhecimento das suas experiências enquanto preceptores.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia sistemática e global que abrange diversas ações específicas de capacitação. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos de profissionais de saúde, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional. As propostas de formação ou qualificações convergem no sentido da impossibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida. Processos educativos são estratégias de mudança institucional que buscam fortalecer a sustentabilidade e a permanência dos saberes por longo tempo (DAVINI, 2009). Nesse sentido, abordamos a EPS como proposta viável ao cenário da RMS, orientando a formação pedagógica e oportunizando mudanças dos perfis profissionais por meio da produção de autoanálise, implicação, mudanças institucionais e desenvolvimento de práticas cuidadoras pelos profissionais de saúde (CECCIM, 2005a; CECCIM, 2005b).

Os sujeitos da pesquisa apreciativa crítica, a partir do diálogo entre eles, sugeriram a formação de núcleo pedagógico de preceptores que representasse a integração entre eles, possibilitando o compartilhamento de saberes. A proposta de formação considera a descentralidade, de modo que uma profissão que não se sobreponha às demais. O núcleo foi embasado em preceitos teóricos da EPS que valorizam as experiências no trabalho e os saberes do preceptor e proporcionam espaços interprofissionais, considerados estratégicos para o diálogo entre os preceptores.

Os diálogos entre os preceptores foram fundamentais para que o grupo tomasse consciência da realidade que está inserido e das transformações que poderiam realizar. Conforme Freire, o diálogo possibilita a troca de saberes na ação transformadora (FREIRE, 2001; 2014). Assim, os encontros da pesquisa permitiram ampliação do vínculo e aumento das afinidades entre os preceptores, fatores que contribuíram na discussão do processo trabalho, que culminou na proposta da formação integrada. A partir da possibilidade de encontro dos preceptores em prol de uma análise do trabalho em saúde, saberes científicos, juntamente com os saberes experienciais puderam ser compartilhados, por meio de uma relação horizontal e de respeito por cada saber.

A proposta de criação do núcleo provocou valorização e autonomia dos preceptores. Tal autonomia promove os profissionais da saúde, de modo que se reconheçam como protagonistas educativos, em busca de respostas às necessidades dos serviços. A perspectiva é de que os distintos atores possam ser ativos na formação e que os encontros possam produzir diferença, afetando, modificando, produzindo abalos no ser sujeito, colocando esse coletivo em permanente produção, operacionalizando, portanto, a aprendizagem significativa (FORTUNA et al, 2011; MISHIMA et al., 2015).

O grupo de preceptores que participou da Pesquisa Apreciativa Crítica refletiu sobre o seu cotidiano de trabalho, de modo a problematizar mas também valorizar a sua prática. As reuniões do grupo geraram uma pluralidade de informações, a partir das reflexões geradas no coletivo. Tais reflexões foram problematizadas e podem ser implementadas no contexto das RMS, são práticas e propostas que colocam o profissional do serviço para agir orientado pelos saberes e experiências geradas por meio do diálogo entre os preceptores e dos momentos que intercalavam as reuniões disparadas pelas atividades reflexivas. Os preceptores dialogavam, retornavam ao seu cenário de atuação e novamente dialogavam em um processo infindável de discussão das suas práticas. Nesse sentido, a EPS pode ser pensada como uma formação que integra seus atores, que visa a autonomia deles, que valoriza seus saberes e experiências e luta por espaços em que os atores possam exercer sua capacidade reflexiva, a partir de uma práxis (ação-reflexão) potencialmente coletiva.

A EPS solicita sujeitos ativos, reflexivos, compromissados e protagonistas de ações contextualizadas, fontes para reflexão e aprendizado. A partir desse princípio, abandona-se o conceito de formação como processo de atualização descontextualizada do profissional, para adotar uma formação que busque construir conhecimentos a partir da prática e da reflexão sobre a mesma (DAUSSY, 2014). Observo que a EPS, como orientadora dessa proposta, possibilitará o diálogo entre os diferentes saberes dos atores da Residência em busca de novos sonhos e possibilidades para essa formação em saúde.

Inicialmente, a formação integrada foi a possibilidade pensada pelo grupo de preceptores. Porém, como desenvolveriam esta formação? Para que a formação pudesse ser viabilizada, pensaram na criação de um Núcleo Pedagógico, por meio dos encontros como aqueles, nos quais eles participaram nesta pesquisa. Desse modo, a opção pela criação do núcleo considerou que as demandas fossem provenientes do seu cotidiano e da sua experiência. Assim como Freire expõe que devemos explorar os problemas emergentes da experiência que resultam do mundo da cotidianidade (FREIRE, 2001). Uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem [...] escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas e serializadas [...]. Nossas práticas podem ser suporte importante para as mudanças que queremos (BARROS, 2005, p. 137).

Em relação ao desenvolvimento do núcleo pedagógico de EPS, inicialmente, essa proposta seria viabilizada pelo grupo que fez parte da pesquisa por meio de encontros dialógicos reflexivos. Observo que os encontros do grupo promoveram diálogo entre os preceptores,

aspecto até então pouco viabilizado na RMS, o que é possível perceber, durante a análise de processo apresentada na sequência dessa seção. Nesse seguimento, os encontros foram disparadores de diálogos. A prática do diálogo contribui na definição dos papéis, no esclarecimento dos objetivos e das dúvidas do fazer cotidiano e na aproximação dos sujeitos (BREHMER; RAMOS, 2014).

O desafio da EPS seria estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente, sendo um processo sistematizado e participativo, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar (OLIVEIRA et al 2011). Para promover insumos para a EPS, é necessário reconhecer que as práticas rotineiras, descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão.

Nesse viés, considera-se pertinente pensar que propostas inovadoras de EPS supõe um desafio de propor experiências de aprendizagem que interessem as pessoas envolvidas, que possibilitem elos no processo de compreensão e construção do conhecimento, que promovam modos de pensar criativos e profundos para favorecer o desenvolvimento pessoal e social e a capacidade reflexiva dos profissionais em serviço. Esses processos permitem aos profissionais aprender, no complexo mundo contemporâneo, no contexto de uma aprendizagem solidária e democrática que oferece ao profissional o fortalecimento dos processos de crescimento pessoal e no âmbito profissional. A autonomia na aprendizagem desenvolve a capacidade de aprender a aprender e a consciência da necessidade da formação permanente (RICALDONI; SENA, 2006).

6.3 Análise do processo em relação as mudanças geradas no processo dialógico-reflexivo do grupo

Nessa seção, serão apresentadas as mudanças ocorridas no grupo relacionadas com a análise de processo. Ao analisar as atitudes, os diálogos e as reflexões entre os participantes ao longo deste processo dialógico reflexivo, destacam-se algumas mudanças.

A primeira mudança notável nos preceptores foi a modificação na sua postura. Assumo como postura a ideia de comportamento adquirida ao longo da pesquisa. Inicialmente, a postura era individual, focada na pesquisa e com pouco entrosamento entre o grupo. A postura pode ser considerada individual quando os preceptores respondem às questões que orientam a pesquisa diretamente para a pesquisadora, sem apresentar interações com os demais participantes.

Assim, os preceptores apresentaram essa postura principalmente na primeira fase da pesquisa, ou seja, fase da Descoberta. Logo a seguir, na fase dos Sonhos, os participantes já transitaram para uma postura coletiva e entusiasmada. Essa postura deu-se pela possibilidade de realizar sonhos para a RMS. Nas duas últimas fases, Fase Destino e Planejamento, os participantes apresentaram uma postura reflexiva, juntamente com a formação de vínculos entre os participantes. Na postura reflexiva, exerce-se a capacidade reflexiva a partir de uma práxis (ação- reflexão) que pode ser individual e potencialmente coletiva, consolidando a tese de que a participação e colaboração são elementos de mudança (GAYÁ; REASON; BRADBURY, 2008; LINDEMAN; 2003; FREIRE, 2014).

A segunda mudança foi em relação ao diálogo. Primeiramente, nas fases iniciais, na categoria diálogo havia consenso, engajamento e discordância em torno das melhores práticas de EPS que vinham sendo trazidas para a discussão. Portanto, os participantes refletiram, trocaram ideias, discordaram para que nas próximas fases pudessem construir ações do grupo para a RMS. Posteriormente, no seguimento das Fases, no Planejamento, a interação entre os participantes aumentou e na última fase o engajamento no grupo foi percebido. Com a interação na categoria diálogo, a postura do grupo transitou para a formação de vínculos entre os preceptores, especialmente por meio do compartilhamento de experiências, saberes, a escuta de diferentes propostas e pontos de vista.

O engajamento no diálogo evidenciou que o grupo estava unido para propor propostas coletivas para a RMS. Assim, a participação em um grupo engajado em um processo dialógico e reflexivo, oportunizado pela Pesquisa Apreciativa Crítica, permitiu que os preceptores se conscientizassem e passassem a compartilhar estratégias de mudanças na RMS. Percebe-se isso com o surgimento da proposta de criação do núcleo pedagógico de EPS. Inicialmente, essa proposta seria viabilizada pelo grupo que fez parte da pesquisa, por meio de encontros dialógicos reflexivos. Estes encontros do grupo realizados em forma de pesquisa promoveram o diálogo entre os preceptores, aspecto até então pouco viabilizado na RMS. É possível perceber que os encontros foram disparadores de diálogos e interações. A prática do diálogo contribuiu assim na definição dos papéis, no esclarecimento dos objetivos e das dúvidas do fazer cotidiano e na aproximação dos sujeitos, como destacam Brehmer e Ramos (2014).

Em relação a última mudança percebida na análise de processo, destacou-se a categoria das reflexões. Inicialmente, os preceptores identificaram as possibilidades de melhorias para posteriormente discutirem a formulação de novas propostas para a RMS. Essa discussão permeou todo o restante do ciclo 4DSPD. Porém, como a última fase do ciclo Destino não foi totalmente desenvolvida, ou seja, não foi possível acompanhar a implementação do núcleo de

EPS na RMS, essas mudanças não permitiram que eles tivessem uma tomada de consciência da sua prática. Foi possível identificar claramente que profissionais envolvidos em uma determinada prática são capazes de produzir conhecimento sobre ela, compreendendo a realidade na qual se encontra, criticá-la e transformá-la. Fica claro que a possibilidade de mudanças para a RMS era necessária para aquele grupo, e eles propuseram possibilidades para isso, embora não tenha sido possível acompanhar sua execução em virtude do tempo de exequibilidade do projeto.

Ao longo do desenvolvimento das fases da Pesquisa Apreciativa Crítica, principalmente quando os preceptores começam a pensar nas ações de Educação Permanente em Saúde, visualizei uma maior coletividade e principalmente uma maior autonomia dos preceptores. Registro que esta autonomia se dá, pois eles compreendem a EPS como uma estratégia que promove a sua própria autonomia, em que eles tomam iniciativas para a construção de ações, integradas, compartilhadas e multiprofissionais. Dessa forma, quando os preceptores estão pensando na construção do Núcleo de EPS, em como construir, planejar e disseminar essa proposta, apresenta diversos questionamentos: “mas precisamos estar atrelados aos professores?” “Isso não prejudicaria nossa autonomia?”. A criação do Núcleo de EPS, fruto de uma discussão reflexiva e dialógica, sinaliza a importância de ressaltar a autonomia construída entre eles, ou seja, o núcleo não é da RMS, é do grupo de preceptores.

Portanto, percebe-se que o diferencial deste grupo é que o mesmo desperta a sua autonomia. Talvez, se não fosse por meio das possibilidades que a EPS disparou, por ela constituir-se de uma estratégia que propõe a autonomia dos profissionais, o grupo não teria se dado conta desta possibilidade. Assim, contribuir para a autonomia das pessoas requer ações e processos educativos autênticos que as possibilite transformar a realidade e, a partir dessa transformação, transformar a si mesmos (KLEBA et al 2016; FREIRE, 2001a).

Assim, o desafio da EPS é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente, sendo um processo sistematizado e participativo, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar (OLIVEIRA et al, 2011). Para promoção de práticas de EPS, reconhece-se que as práticas rotineiras, descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão. Pensar propostas inovadoras de EPS supõe um desafio de propor experiências de aprendizagem que interessem as pessoas envolvidas, que possibilitem elos no processo de compreensão e construção do conhecimento, que promovam modos de pensar criativos e profundos para favorecer o desenvolvimento pessoal e social e a capacidade reflexiva dos profissionais

em serviço. Esses processos permitem aos profissionais aprender, no complexo mundo contemporâneo, no contexto de uma aprendizagem solidária e democrática que oferece ao profissional o fortalecimento dos processos de crescimento pessoal e no âmbito profissional (RICALDONI; SENA, 2006).

Portanto, as pessoas podem assumir papel ativo, intervindo nas condições que as oprimem, à medida que tomam consciência de que a realidade pode ser transformada, e, ao mesmo tempo, de que são capazes de agir em prol dessa transformação (FREIRE, 2001b).

Assim, pude observar que a utilização da Pesquisa Apreciativa com o grupo de preceptores permitiu a participação e o engajamento de profissionais da saúde em pesquisas relacionadas a sua área de atuação, com potencial para ser aplicada em múltiplas áreas. Além disso, observo que a Pesquisa Apreciativa incentivou os debates reflexivos e críticos por parte dos participantes, estabelecendo um espaço de discussão para que as transformações ocorram. Diante disso, a análise do processo retrata as mudanças que por meio da participação da PAC possibilitou que os preceptores pudessem mudar ao longo das fases na pesquisa. O maior desafio nesse contexto foi construir práticas coletivas de um grupo que não trabalhava junto, mas que compartilhava em comum um objetivo que é a formação dos residentes para o trabalho no SUS. Ressaltamos, dessa forma, que o coletivo é que conduz as mudanças no seu contexto de atuação. Nesse sentido, considero que foi essencial o processo reflexivo dialógico possibilitado pela Pesquisa Apreciativa Crítica.

6.4 Implicações dos resultados para a prática, pesquisa e ensino

Como implicações dessa pesquisa, saliento que esse é o primeiro Estudo Apreciativo Crítico usado para apontar as melhores práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas em uma Residência Multiprofissional no Brasil. Como já ressaltado, a Pesquisa Apreciativa Crítica é metodologia com potencialidade para ser aplicada no cenário da saúde, principalmente em relação à formação. A Pesquisa Apreciativa Crítica tem potencial para transformar as práticas no contexto da saúde e fornecer estrutura com possibilidades para o desenvolvimento de enfermeiros (WATKINS; DEWAR; KENNEDY, 2016). Ainda, essa abordagem contribui para identificar as melhores práticas desenvolvidas por pessoas que trabalham em uma instituição, tendo em vista sua difusão, já que divulga metodologia que pode ser aplicada em outros cenários da saúde no Brasil.

Dentre as implicações da Pesquisa Apreciativa Crítica, estão a participação de diferentes profissionais da saúde nas pesquisas relacionadas à sua área de atuação, com potencial para

aplicação em múltiplas áreas. Além disso, ela proporciona momentos reflexivos dialógicos que possibilitam a geração de vínculos entre os participantes da pesquisa. Como evidenciado na análise de processo, observou-se a transição de um grupo que apresentava posturas individuais para, na última fase, ocorrer a formação de vínculos entre os atores. Além disso, a Pesquisa Apreciativa Crítica incentivou debates reflexivos e críticos pelos participantes, estabelecendo espaço de discussão para que mudanças ocorressem.

Em relação ao conteúdo, temos a documentação das melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores na Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tais práticas poderão ser disseminadas na Residência em que a pesquisa foi realizada e em outras residências que tenham afinidade com a proposta. Ainda como possibilidade de disseminar novas práticas de atenção, gestão e educação em saúde, temos a criação do núcleo de EPS pelos preceptores como proposta de formação pedagógica. Tal proposta poderá ser compartilhada com outras Residências que discutem temáticas similares, promovendo a autonomia e a valorização dos preceptores dentro das possibilidades de cada RMS.

Sem dúvida, a Pesquisa Apreciativa Crítica pode ser aplicada em outras Residências Multiprofissionais, já que, por meio dela, profissionais, coordenadores, preceptores e residentes, poderão desenvolver práticas de acordo com suas necessidades. A proposta de implementação do Núcleo Pedagógico de EPS é resultado da valorização e autonomia dos preceptores, aspecto destacado durante a coleta de dados. Nessa etapa ficou evidenciado que os preceptores têm capacidade para introduzir mudanças no contexto de seus trabalhos, bem como melhorar sua prática, implementando novos modelos e estratégias em prol de melhorias na formação.

No estudo foi proposto o desenvolvimento de artigo científico em coautoria com os participantes, ideia aceita pelos mesmos. É importante mencionar que, em outras metodologias participativas de pesquisa, os participantes do estudo também podem ser incluídos na equipe de pesquisa para que sejam coautores e partilhem das reflexões e resultados das publicações (GUERRIERO; MINAYO, 2013). No Brasil os profissionais de saúde têm dificuldade para participar de pesquisas, especialmente devido à indisponibilidade de tempo e carência de benefícios diretos aos participantes. Diante deste cenário e reconhecendo a contribuição intelectual dos participantes, a possibilidade de desenvolvimento de artigo científico coletivo foi importante para recrutar e motivar os partícipes. Tal estratégia constitui opção para outros estudos similares, já que possibilita que os participantes se engajem e determinem a orientação do projeto através de reflexões conjuntas para o desenvolvimento de estratégias de mudança nos processos.

A tese também evidenciou a importância de utilizar metodologias inovadoras que estimulem a reflexão em grupo, especialmente porque as Residências Multiprofissionais em Saúde são baseadas no trabalho coletivo. Acredito que seja interessante que outros estudos utilizem a Pesquisa Apreciativa Crítica para que o diálogo entre os profissionais que compõem a Residências Multiprofissionais em Saúde seja estimulado. Além disso, as Residências devem ser analisadas e reformuladas envolvendo aqueles que, de fato, as operacionalizam, e não apenas receber diretrizes do Ministério da Saúde e da Educação. Ouvindo os preceptores percebi que cada programa apresenta suas singularidades, de acordo com as instituições onde estão sediadas e na forma como tais espaços se desenvolvem. Dessa maneira, este estudo aponta que metodologias como a Pesquisa Apreciativa Crítica incentivam a autonomia dos profissionais para realizar mudanças nas Residências Multiprofissionais em Saúde.

Por fim, este estudo destaca as seguintes sugestões:

- Dialogar e ouvir os preceptores para estimular reflexões sobre a sua atuação enquanto preceptor;

- Divulgar e aplicar os resultados em outros programas de Residências multiprofissionais;

- Envolver os preceptores de modo participativo na pesquisa para que sejam valorizados e se tornem coautores;

- Ampliar o diálogo em torno da problemática da Educação Permanente em Saúde, contextualizando-a no espaço da Residência Multiprofissional;

- Afirmar a Educação Permanente em Saúde como eixo pedagógico que orienta a formação dos profissionais para o SUS.

- Propor uma nova definição para a Educação Permanente em Saúde. De acordo, com a Política, a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho com base na problematização do seu processo de trabalho, emergindo os conteúdos dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, da população (BRASILb, 2004). A este conceito, defende-se que a EPS não deve considerar somente os problemas, mas sim as experiências exitosas dos trabalhadores em saúde para propor mudanças no cenário da saúde a fim de que estas sejam disseminadas e fortalecidas por meio de uma abordagem construtiva.

- Estimular o uso da Pesquisa Apreciativa Crítica nos grupos de residentes e tutores, visando destacar e implementar pontos positivos no ensino.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa contribuiu para a discussão acerca da temática das Residências Multiprofissionais em Saúde, pois parto do pressuposto de que esta residência é um espaço profícuo para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) lançando o olhar para singular atuação da figura do preceptor, na sua singular atuação na RMS. O projeto dessa pesquisa envolvia as práticas de Educação Permanente em Saúde na RMS. Porém, esse tema além de polissêmico poderia intimidar os sujeitos da pesquisa, visto que, mesmo doze anos após a introdução da política de EPS no Brasil ainda causa estranhamentos e dúvidas. Diante disso, iniciamos a pesquisa com o intuito de promover reflexões acerca das práticas pedagógicas desenvolvidas pelos preceptores em uma Residência Multiprofissional em Saúde para posteriormente compreender como a EPS é desenvolvida na RMS.

No cenário internacional, percebe-se por meio da revisão de literatura que a EPS pode ter interfaces com conceitos utilizados na área de educação dos adultos. Muitos desses conceitos tiveram inspiração em Paulo Freire, tal qual a EPS apresenta. Por isso, nas perspectivas teóricas tivemos o cuidado de buscar as aproximações entre alguns conceitos desse autor que estão presente na EPS principalmente os presentes na proposta desenvolvida pela OPAS.

Assim, nessa tese, optei por utilizar conceitos de EPS relacionados à aprendizagem significativa, à experiência, à problematização, ao diálogo, à autonomia e às reflexões que geram ações. Não me detive em trabalhar a EPS em outras perspectivas teóricas, tal como as apresentadas na revisão de literatura, pois a preocupação maior era: 1) mostrar as interfaces da EPS com a Teoria Crítica embasada em Paulo Freire 2) mantermos o cuidado teórico metodológico nas aproximações da teoria com a proposta metodológica, que é a Pesquisa Apreciativa Crítica.

Em determinado momento do trabalho, os preceptores foram questionados quanto às melhores práticas desenvolvidas na RMS. Dentre elas destacaram-se a consulta multiprofissional, as vivências em cenários extra hospitalares e o acolhimento que os residentes recebem quando ingressam na RMS.

Além do desejo de maior reconhecimento e valorização das atividades realizadas pelos preceptores na RMS, o grupo destacou práticas que talvez sejam difíceis de ser implementadas no contexto da RMS, como por exemplo, estágios vivências, integração da Residência Médica com a residência multiprofissional e melhor valorização financeira dos preceptores. No entanto, a possibilidade de ‘sonhar’ mobilizou as esperanças no grupo.

Ao longo dos encontros, os preceptores compartilharam um espaço e refletiram conjuntamente sobre suas atividades na RMS. Diante da necessidade de formação pedagógica, que respaldaria a atuação dos preceptores como educadores, os mesmos propuseram a criação de um núcleo pedagógico de Educação Permanente em Saúde na RMS. Essa possibilidade foi discutida pelos preceptores, porque os mesmos gostariam de ser mais valorizados.

Em relação à EPS, que teria centralidade na produção dos dados, foi introduzida propositalmente em um momento posterior nas discussões, para que a amplitude das reflexões das práticas não limitasse a essa temática. A EPS foi trazida como proposta orientadora do Núcleo Pedagógico dos preceptores, ou seja, após ter sido proposto pelos participantes, pelo reconhecimento que essa proposta trás aos atores, proporcionando autonomia para que eles possam gerar discussões e buscar subsídios e embasamento para as suas necessidades, sem esperar por eventos, iniciativas de formação que não são provenientes das suas demandas.

Os resultados desta tese relacionados com o terceiro objetivo deste estudo, descrever como o processo reflexivo-dialógico gera mudanças ao longo das fases da pesquisa apreciativa, destacam os encontros promovidos no desenvolvimento da Pesquisa Apreciativa Crítica. Estes encontros realizados por grupos de discussão oportunizaram aos preceptores vivenciar momentos reflexivos, por meio de diálogos, que conduziu os preceptores na tomada de consciência daquilo que poderiam realizar, propondo ao final da pesquisa uma formação integrada por meio da criação do núcleo pedagógico de EPS. Ou seja, para que algo novo pudesse ser criado e implementado, como um Núcleo Pedagógico de EPS, momentos coletivos impulsionados por metodologias como a Pesquisa Apreciativa Crítica devem ser considerados, potencializando o diálogo entre os preceptores de diferentes áreas. Assim, a interação entre preceptores propôs a ressignificação das práticas.

Em relação à análise de processo, primeiramente, acreditei que houvesse uma integração entre os preceptores. Porém, o grupo apresentava-se no início das reuniões tímido e de certa forma, desmotivado, devido aos problemas institucionais e maiores que a própria instância da RMS. Havia pouco entrosamento e uma postura focada na pesquisa. Ao longo do desenvolvimento das fases da Pesquisa Apreciativa Crítica, principalmente quando os preceptores começam a pensar nas ações de EPS, visualiza-se uma maior coletividade, e principalmente uma maior autonomia dos preceptores. Assim, a criação da proposta coletiva foi fruto de discussão reflexiva e dialógica onde eles sinalizam para a importância de ressaltar a autonomia construída entre eles: o núcleo não é da RMS, o núcleo é do grupo de preceptores.

Ao longo dessa pesquisa, podemos perceber que os encontros dos preceptores produziram momentos reflexivos e dialógicos onde estes tiveram a primeira oportunidade de discutir

processo de trabalho, compartilhar suas vivências e experiências, compartilhar com o colega de áreas diferentes, e buscarem juntos, subsídios para qualificação das práticas em vistas das lacunas identificadas no processo formativo. Este estudo contribuiu para que os preceptores pudessem desfrutar de processos educativos mais autônomos, desenvolvidos por eles próprios, de acordo com a singularidade dos seus contextos. Processos permanentes, singulares e problematizadores.

Ao final, pude perceber que o grupo de preceptores constituído naquele momento, representava significativamente profissionais de extrema qualificação, preocupados com a sua contribuição para a formação de residentes, implicados na realização de mudanças em prol de não só a qualificação de um programa de Residência Multiprofissional, mas também como algo maior que é o SUS. Este grupo formado por profissionais reflexivos, críticos, inquietos, sedentos por mudanças e conhecimentos que representou a RMS do Hospital de Clínicas e propiciou que chegássemos nestes resultados os quais temos o compromisso ético e legal de disseminar para primeiramente a própria instituição que sedia a RMS e logo, para todas as demais RMS que buscam o seu papel formativo e transformativo no SUS.

Penso que as Residências Multiprofissionais em Saúde, ao adotarem metodologias dialógicas, problematizadoras e participativas, possam promover aprendizagem significativa considerando os atores envolvidos no processo de ensino aprendizagem-trabalho como protagonistas com potencial para desenvolver processos pedagógicos que garantam a vinculação, a responsabilização e o compromisso dos residentes nos diversos espaços de sua inserção. Preparando, desta forma, os mesmos para a construção da própria autonomia para darem continuidade aos seus processos de formação, sendo capazes de identificar e buscar os saberes a serem agregados mediante situações problemas da realidade.

Objetivamos, assim, estabelecer espaços de discussão sobre as mudanças necessárias para promover avanços no programa da RMS, nos serviços de saúde e na formação, o que põe em evidência o potencial da Pesquisa Apreciativa. Esta estimula reflexões, mudanças e sua implementação, além de ‘agrupar’ as pessoas e fazer elas trabalharem conjuntamente em prol da melhora do espaço e do trabalho desenvolvido. Quando isso ocorre, as ações convergem para o aumento na eficiência e qualidade do serviço prestado/oferecido e reflete na valorização dos preceptores.

Em relação à valorização, também é necessário proporcionar condições para que esse profissional possa se sentir mais participativo na Residência, evidenciando suas importantes

contribuições. Enquanto não há condições de valorização financeira, pensar em outras estratégias que incentivem esse profissional a participar da RMS pode ser um caminho em direção a futuros sonhos.

Em suma, esta tese não se limita à emergência de novas propostas. Trata-se, na verdade, de uma estratégia de valorização das práticas dos preceptores que já ocorrem no dia a dia dos serviços, buscando valorizá-los e proporcionar encontros reflexivos dialógicos, fazendo circular saberes e poderes, alterando práticas verticalizadas e hierarquizadas, visando a melhorar os processos de formação do residente e da própria valorização das profissões que compõem a RMS.

A Residência Multiprofissional em Saúde foi a primeira estratégia que possibilitou aos profissionais do HCPA trabalharem juntos multiprofissionalmente, em prol de um objetivo maior, que é formar residentes para o trabalho no SUS. Ainda, ao final dessa tese, o leitor, situado dos significativos impasses que atravessam a formação geral em saúde, poderá pensar que a pesquisa pode parecer romantizada, tratando apenas das melhores práticas, da RMS como algo produtivo, da EPS como uma profícua possibilidade de aprendizagem no trabalho. Sabemos que há inúmeras dificuldades, sabemos do difícil trabalho desempenhado pelos preceptores e das críticas em relação a RMS e a EPS. Assim, por reconhecer as mais diversas dificuldades que operam nas RMS principalmente em relação a proposta da EPS, permiti-se direcionar para aquilo que temos feito de positivo e substancial. Reconhecer estas práticas desenvolvidas pelos profissionais é imperioso em um cenário que apresenta tantas dificuldades.

Portanto, concludo, a partir desta tese, que a criação de oportunidades para encontros menos formais no decorrer das atividades permitiu que os preceptores expressem seus desejos, suas esperanças, angústias e dúvidas para além do que vem sendo realizado nas reuniões burocráticas. Além de refletir sobre os desafios da RMS, as críticas também representam o desejo de fazer melhor, de aprimorar esse processo, o qual nunca se dará por acabado, uma vez que essa proposta é apenas um caminho.

REFERÊNCIAS

AGEE, J. Developing qualitative research questions: a reflective process. **International Journal of Qualitative Studies in Education**, v. 22, n. 4, p. 431-447, 2009.

ALBURQUERQUE, C. P. **Ensino e Aprendizagem em serviços de Atenção Básica do SUS: Desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade.** Narrativas e Tessituras. Rio de Janeiro, 2007. 291p. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007.

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ALVES, C.C. et al. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 597-608, 2016.

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v.8, n.15, p.375-80, 2004.

ANDRADE, S. R., et al. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, Botucatu, v. 21 n. 62, p. 601-613, 2017.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. **Pesquisa Apreciativa:** características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, 2017 [No prelo].

AUSUBEL, D. P. **The acquisition and retention of knowledge:** a cognitive view. Dordrecht: Kluwer, 2000.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia Educacional.** Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.

AUTONOMO, F. R. O. et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária-Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.

BAGNASCO, A. et al. Instruments measuring meaningful learning in undergraduate healthcare students: a systematic review protocol. **Journal of Advanced Nursing**, United Kingdom, v. 71, n. 3, p. 655-664, 2015.

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. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Residência em Saúde da Família: desafios na qualificação dos profissionais na atenção primária. **Cid Saúde**, 2009.

BARROS, M. E. B. Desafios ético políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco, 2005. p. 131-152.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cadernos FNE-PAS**, v. 2, p. 25-28. 2012.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006.

BENTES, A. et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 32-38, 2013.

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**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-350, 2014.

BOTTI, S.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

_____.; _____. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BRANQUINHO, N. C. S. S. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-369, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem** – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Educação e da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF)**: Ministério da Educação e da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 754, de 18 de abril de 2012**. Altera a Portaria nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005 que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, nº 77, p. 47, 20 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198 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. Ministério da Saúde, Brasília, 2004b.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 16, n. 1, p. 228-237, 2014.

CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING (CASN). ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES (ACESI). **Guidelines for Quality community health nursing clinical placements for baccalaureate nursing students**. Ottawa: CASN, 2010.

CAMPOS, F. E. Apresentação. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2009.

CARTER, B. One expertise among many – working appreciatively to make miracles instead of finding problems: using appreciative inquiry to reframe research. **Journal of Research in Nursing**, v. 11, n. 1, p. 48-63, 2006.

CARTER, S. M.; LITTLE, M. Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. **Qualitative Health Research**, v. 17, n. 10, p. 1316-1328, 2007.

CARVALHO, S. **Saúde Coletiva e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASL. Centro Acadêmico Sarmento Leite. **Residência multiprofissional**: afinal, o que é isso? Debate. Auditório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 16 de junho de 2006.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 461-469, 2016.

CAVALCANTI, F. O. L. **Educação permanente em saúde: entre o passado e o futuro**. 2015. 199f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2015.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 56-65, 2005b.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, p. 259-278, 2004.

_____. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. **Caderno Saúde Mental**: os desafios da formação. Saúde Mental Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

_____.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 6, p. 443-456, 2008.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

_____.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 13, n.1, p. 531-542, 2009.

CHAEDE, M. F. M. et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.18, n. 3, p. 592-595, 2013.

COADY, M. Adult Health Learning and Transformation A Case Study of a Canadian Community-Based Program. **Adult Education Quarterly** v. 63, n. 4, p. 321-337, 2013.

COGHLAN, A. T.; PRESKILL, H.; TAZAVARAS CATSAMBUS, T. An overview of Appreciative Inquiry in evaluation. **New Directions for Evaluation**, v. 100, p. 5-22, 2003.

COOPERRIDER, D. **Appreciative inquiry**: Toward a methodology for understanding and enhancing organizational innovation. 1986, 357 f. Thesis (Doctor of Philosophy) Case Western Reserve University, Cleveland. 1986.

_____.; SRIVASTA, S. Appreciative inquiry in organizational life. **Research in Organizational Change and Development**, v. 1, p. 129-169, 1987.

_____.; WHITNEY, D.; STAVROS, J. M. **Appreciative Inquiry Handbook**: The first in a series of AI workbooks for leaders of change. Brunswick, Ohio: Crown Custom Publishing Inc, 2005.

CONCEIÇÃO-SILVA, L.; BROTTTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 2, p. 1-17, 2016.

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

CUNHA, Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. **Simpósio de gestão e excelência e tecnologia**. 23-25 out. 2013. [Não paginado]. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>>. Acesso em: mai. 2017.

CURRY, L. A.; NEMBHARD, I. M.; BRADLEY, E. H. Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. **Circulation**, United States, v. 119, n. 10, p. 1442-1452, 2009.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p.759-76, 2013.

_____.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-37, 2009.

DAUSSY, M. F. S. **Contribuições da prática reflexiva às estratégias de Educação Permanente em Saúde nos núcleos de apoio à saúde da família**. 2014. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2014.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. **Relevancia de los aportes teórico- metodológicos recientes en el campo de la educación del personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2002.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009, p. 39-63. (Série Pactos pela Saúde. v. 9).

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds). **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.867-874, 2014.

DOYLE, S. Reflexivity and the capacity to think. **Qualitative health research**, v. 23, n. 2, p. 248-255, 2013.

DRAGO, L. C. et al. A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 18, n. 1, p. 95-101, 2013.

DRIRKX, J. Transformative Learning Theory in the Practice of Adult Education: an overview. **Journal of Lifelong Learning**, v. 17, p. 1-14, 1998.

EAKIN, J. M. Educating Critical Qualitative Health Researchers in the Land of the Randomized Controlled Trial. **Qualitative Inquiry**, v. 22, n. 2, p. 107-118, 2016.

_____.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

FERLA et al. Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes e múltiplas como capacidade profissional e como atributo das redes de atenção. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. R. M.; DIAS, M. T. G.; SANTOS, L. M. **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. 200 p. Porto Alegre, Rede Unida, 2015. p. 11-23.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 2, n. 6, p. 113-219, 2009.

FERRAZ, F. **Educação permanente/continuada no trabalho: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino**. 2005, 267f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Florianópolis, 2005.

_____. et al. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Brasil: conhecimento dos profissionais da saúde. **Revista Iberoamericana de Educación e investigación em enfermagem**, Madrid, v. 2, n. 2. p. 33-41, 2012a.

_____. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012b.

_____. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1421-1428, 2009.

FEUERWERKER, L.C. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista ABENO**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2010.

FIGUEIREDO, E. B. L. et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2016.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.

FINLAY, L. "Outing" the researcher: The provenance, process and practice of reflexivity. **Qualitative Health Research**, v. 12, n. 4, p. 531-545, 2002.

FRANCO, T. B. et al. Educação permanente como prática. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, M. G. et al (Orgs.). **Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ**. X. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 427-438.

FORTUNA C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 411-20, 2011.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-8. 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FREIRE, P. **Conscientização – teoria e prática de libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2001a.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

- _____. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.
- _____. **Educação e Mudança**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- _____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 51. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015a.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. 59. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015b.
- _____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
- _____. **Pedagogia da Indignação**. Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.
- _____. **Pedagogia da cidade**. New York: Continuum, 1995.
- _____. **Pedagogia dos Sonhos Possíveis**. 3.ed. São Paulo: UNESP, 2001a.
- _____. **Política e Educação: ensaios**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estud. av.** v. 15, n. 42. São Paulo May./Aug. 2001b.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2009.
- GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviços de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.
- GASTALDO D. **Research Paradigms. Foundations of Qualitative Inquiry**, 2011. Disponível em: <http://www.ccqhr.utoronto.ca/sites/default/files/Research%20Paradigms_2011_DG.pdf>. Acesso em: mai. 2017.
- GATTÁS, M. L. G. **Interdisciplinaridade: formação e ação na área de saúde**. Ribeirão Preto: Holos, 2006.
- GAYÁ, P.; REASON, P.; BRADBURY, H. Living inquiry: personal, political and philosophical groundings for action research practice. In: REASON, P., BRADBURY, H. (Eds.). **Handbook of action research: participative inquiry and practice**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2008. p. 15-30.

GIACOMINI, M. Theory Matters in Qualitative Health Research. In: BOURGEOULT, I.; DINGWALL, R.; VRIES, de R. **The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research**. Thousand Oaks: Sage, 2010. p. 125-156.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006.

GOERTZEN, J.; STEWART, M.; WESTON, W. Effective teaching behaviours of rural family medicine preceptors. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 153, n. 2, p. 161-170, 1995.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-70, 2010.

GRANT, S.; HUMPHRIES, M. Critical evaluation of appreciative inquiry: Bridging an apparent paradox. **Action Research**, New Zealand, v. 4, n. 4, p. 401-418, 2006.

GREEN, J. et al. Generating best evidence from qualitative research: the role of data analysis. **Australian and New Zealand journal of public health**, Canberra, v. 31, n. 6, p. 545-550, 2007.

GUEDES, L. E.; FERREIRA, J. M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção a saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010.

GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. S. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 763-782, 2013.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1803-1809, 2011.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: _____. **Educación Permanente del Personal de Salud**, Washington (DC): Organización Panamericana de Salud, p. 1-30, 1994.

HARTZLER, M. L.; BALLENTINE, J. E.; KAUFMAN, M. J. Results of a survey to assess residency preceptor development methods and precepting challenges. **American journal of health-system pharmacy**, United States, v. 72, n. 15, p. 1305-1314, 2015.

HAVENS, D. S.; WOOD, S. O.; LEEMAN, J. Improving nursing practice and patient care: building capacity with appreciative inquiry. *The Journal of nursing administration*, United States, v. 36, n.10, p. 463-470, 2006.

HCPA [site]. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br>>. Acesso em: Jan. 2016.

HCPA. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS. Guia de Informações, 2016.

HOLLOWAY, I.; BILEY, F. Being a qualitative researcher. **Qualitative health research**, United States, v. 21, n. 7, p. 968-975, 2011.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, M. V. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Rev Bras Educ Med.**, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde & Transformação Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.39-48, 2012.

KAVANAGH, P.M. **Appreciative Inquiry**: an interactive organizational intervention to translate acute pain management evidence into pediatric nursing practice. 2010. 339f. Thesis (Doctor of Philosophy). Graduate Department of Nursing Science, University of Toronto, 2010.

KEAR, T. M. Transformative learning during nursing education: A model of interconnectivity. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 9, p. 1083-1087, 2013.

KLEBA, M. E. et al. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 217-226, 2016.

KINCHELOE, J. L.; MCLAREN, P. L. Rethinking critical theory and qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 303-342.

KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. [s.d.] 1962.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. 2010. 171f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 2010.

LEWIS, M. Focus groups interviews in qualitative research: a review of the literature. In: HUGHES, I. (Ed.). **Action research electronic reader**. Sydney: University of Sydney, 2000. s/p. Disponível em: <<http://www.aral.com.au/arow/default.html>>

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501, 2016.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de psicólogos em Residência Multiprofissional: transdisciplinariedade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n.1, p.126-141, 2012.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000. p.163-188.

LIND, C.; SMITH, D. Analyzing the state of community health nursing. **Advances in nursing science**, United States, v. 31, n. 1, p. 28-41, 2008.

LINDEMAN, M. A. et al. Changing Practice in residential aged care participatory methods. **Education for Health**, v. 16, n. 1, p. 22-31, 2003.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: uma cartografia da dimensão política. 2010. 117f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em ciência da saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LOURAU, R. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-46, 2009.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-30, 2011.

MARTINS, G. M. et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-8, 2016.

MCARTHUR-BLAIR, J.; COCKELL, J. **Conference Papers Critical Appreciative Inquiry**. 2013. [Não paginado]. Disponível em: <http://www.chairacademy.com/conference/2014/_papers/Critical%20Appreciative%20Inquiry%20article.pdf>. Acesso em: mai. 2017.

McCAFFREY, R. G. et al. An educational program to promote positive communication and collaboration between nurses and medical staff. **Journal for nurses in staff development**, United States, v. 27, n. 3, p. 121-127, 2011.

McKAUGE, L. et al. Building critical reflection skills for lifelong learning in the emergent landscape of a national registration and accreditation scheme. **Journal of pharmacy practice**, United States, v. 24, n. 2, p. 235-240, 2011.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVÊA, M. Preceptoria de enfermagem na residência multiprofissional em oncologia: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 656-666, 2014.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2593-2602, 2010.

MERCADO, F. J.; GASTALDO, D.; CALDERÓN, C. **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud**: una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002.

MERHY E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

_____. **Saúde**: a cartografias do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.

MEZIROW, J. Transformative learning: theory to practice. **New Directions for Adult Continuing Education**, v. 74, p. 5-12, 1997.

MEZIROW, J. **Learning as Transformation**: Critical Perspectives on a Theory in Progress. Wiley: San Francisco. 2000.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011.

MISHIMA, S. M. et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 665-673, 2015.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.

MORGAN, D. L. Focus groups. **Annual Review of Sociology**, v. 22, p. 129-152, 1996.

MORRIS, A. H.; FAULK, D. Perspective transformation: enhancing the development of professionalism in RN-to-BSN students. **The Journal of nursing education**, New York, v.46, n. 10, p. 445-451, 2007.

MUROFUSE, N. T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de Educação Permanente em Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 1-7, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS**. São Paulo, 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

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**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V. M. B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 985-996, 2011.

NETO, M. V. M.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, 2009.

NILSON, L. G. et al. A Investigação Apreciativa como Tecnologia para a Pesquisa em Saúde Coletiva. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 1-9, 2014.

NOVAK, M. K. et al. Measuring health professions students' orientation toward lifelong learning. **Journal of allied health**, United States, v. 43, n. 3, p. 146-149, 2014.

OLIVEIRA et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichán**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p.585-589, 2007.

OPAS. Educación permanente de personal de salud em la región de las Américas. Fascículo I: **Propuesta de reorientación**. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, n. 78, 1988.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 94-106, 2012.

PAIVA, G. M. et al. Estudo bibliométrico acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Sanare- Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 2, p. 141-147, 2015.

PARKER, B.; MYRICK, F. Transformative learning as a context for human patient simulation. **The Journal of nursing education**, New York, v. 49, n. 6, p. 326-332, 2010.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PAVIANE, J. Disciplinaridade e interdisciplinaridade. In: **Anais do Seminário Internacional Interdisciplinaridade, Humanismo**, Porto, Portugal. Porto: Universidade de Porto, 2003. p. 59-85.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 30, n. 13, p. 121-34, 2009.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e Interação**. Tese. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 1998.

_____. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PEREIRA, I. D. F. et al. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 377-397, 2016.

PETTA, H. L. et al. **Preceptoría no SUS: caderno do curso 2015**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015.

POLAND, B.; CAVALCANTE, J. F. Unmasking power relations: from interview research to dialogue for social change. **CQ Seminar series**. 2012. Disponível em: <<http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>>. Acesso em: jan. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, A. L. M. **Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico**: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de medicina da UFF. Rio de Janeiro; 2005. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

RAMOS, A. S. et al. Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In: _____. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 5-10.

RAMOS, M. N. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2009.

REED, J. **Appreciative inquiry**: Research for change. London: Sage, 2007.

_____.; PEARSON, P.; DOUGLAS, B. et al. Going home from hospital: an appreciative inquiry study. **Health & Social Care in the Community**, England, v. 10, p. 36-45, 2002.

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

_____. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

REIS, B. A. O.; FARO, A. A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 8, n.1, p. 62-70, 2016.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 39-44, 1996.

_____.; _____. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Instituto de Saúde Coletiva. Secretaria Executiva da Rede Ida, Brasil. Universidade Federal da Bahia. 2005.

RIBEIRO, K. R. B. **Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem**. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 1-7, 2006.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012.

ROCHA, S. A pedagogia da roda. **On-line Boletim Espacio para la infancia**. Bernard Van Leer Foundation, Holanda, n. 13, p. 24-29, 2000. Disponível em: <<http://www.bernardvanleer.org/>>. Acesso em: mai. 2017.

RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Competencies for Preceptorship in the Brazilian Health Care System. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, United States, v. 44, n.11, p. 507-515, 2013.

ROSSONI, E. **Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde**: processos educativos em tempos líquidos. Rio Grande do Sul, 2010. 224f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

RIDLEY-DUFF, R. J.; DUNCAN, G. What is critical appreciation? Insights from studying the critical turn in an appreciative inquiry. **Human Relations**, New York, v. 68, n. 10, p. 1-21, 2015.

RYAN, G.; RUSSEL, B. H. Data management and analysis methods. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. 2. ed. Thousands Oaks: Sage, 2000. p. 769-802.

SANCHES, V. S. et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma residência multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois anos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 430-436, 2016.

SANDARS, J.; MURDOCH-EATON, D. Appreciative inquiry in medical education. **Medical teacher**, London, v. 39, n. 2, p. 123-127, 2017.

SANDELOWSKI, M. Using Qualitative Research. **Qualitative Health Research**, United States, v. 14, n. 10, p. 1366-1386, 2004.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Educação Permanente em Saúde e Governamentalidade Biopolítica: uma Análise Genealógica. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 43-60, 2013.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Mestre em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHAEDLER, L. I. **Por um plano estético da avaliação nas Residências Multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS implicadas**. 2010. 184f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SHENDELL-FALIK, N.; FEINSON, M.; MOHR, B. J. Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. **The Journal of nursing administration**, United States, v. 37, n. 2, p. 95-104, 2007.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, 2010.

SILVA, C. T. **Educação permanente em saúde como um espaço intercessor de uma residência multiprofissional: estudo de caso**. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

_____. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.

_____. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p.1-9, 2016.

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

SILVERMAN, D. **The Research Experience II**. Doing Qualitative Research: A Practical Handbook. Thousand Oaks: Sage. 2000.

SIMERS. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. **Carta enviada aos associados no Sindicato Médico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2 out. 2007.

SIMONI, A. C. R. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental**. 2007. 228f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007 .

SIQUEIRA-BATISTA. et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.159-170, 2013.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 1-5, 2012.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

SOUSA, A. T. O. et al. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 713-722, 2015.

SOUZA, L.V.; McNAMEE, S.; SANTOS, M.A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010.

SOUZA, R. R. G. **Uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis**: a relação com a amamentação e a percepção materna. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SPOUSE, J. Work-based learning in health care environments. **Nurse education in practice**, England, v. 1, n. 1, p. 12-18, 2001.

TEÓFILO, T. J. S.; SANTOS, N. L. P.; BADUY, R. S. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 177-188, 2016.

TORRES, C. A. Els Mons Distorsionats de Paulo Freire i Ivan Illich. In: FREIRE P., ILLICH I. **Diàleg**: Paulo Freire i Ivan Illich. Xativa: Centre de Recursos i Educació Continua, 2004

TRAJKOVSKI, S.; SCHMIED, V.; VICKERS, M.; JACKSON, D. Implementing the 4D cycle of appreciative inquiry in health care: a methodological review. **Journal of Advanced Nursing**, England, v. 69, n. 6, p. 1224-1234. 2013a.

TRAJKOVSKI, S.; SCHMIED, V.; VICKERS, M.; JACKSON, D. Using appreciative inquiry to transform health care. **Contemporary Nurse**, United States, v. 45, n. 1, p. 95-100, 2013b.

TRAJKOVSKI, S.; SCHMIED, V.; VICKERS, M.; JACKSON, D. Using appreciative inquiry to bring neonatal nurses and parents together to enhance family-centred care: A collaborative workshop. **Journal of Child Health Care**: for professionals working with children in the hospital and community, London, v. 19, n. 2, p. 239-263, 2015.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, VARGAS, I. M. Á (Orgs.). **Percursos interprofissionais**: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 1-236.

VICENT, S. P. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 53, p. 79-75, 2007.

WATKINS, S.; DEWAR, B.; KENNEDY C. Appreciative Inquiry as an intervention to change nursing practice in in-patient settings: An integrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 60, p. 179-190, 2016.

WHO. World Health Organization guidelines. **Transforming and scaling up health professionals' education and training**: World Health Organization guidelines. WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2013.

WILLIS, K. et al. The essential role of social theory in qualitative public health research. **Australian and New Zealand journal of public health**, Canberra, v. 31, n. 5, p. 438-443, 2007.

WRIGHT, M.; BAKER, A. The effects of appreciative inquiry interviews on staff in the UK National Health Service. **International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services**, England, v. 18, n.1, p. 41-61, 2005.

YOON, M. N. et al. An exploratory investigation using appreciative inquiry to promote nursing oral. **Geriatric Nursing**, New York, v. 30, n. 5, p. 326-340, 2011.

YOUNG, L. Participatory action research. In: BECK, C. T. (Ed). **International Handbook of Qualitative Nursing Research**. New York: Routledge, 2013. p. 319-330.

ZAFORTEZA-LALLEMAND, C. **Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa**. 2010. 396f. Tesis (Doctoral in Nursing). Departamento de Enfermería y Fisioterapia Programa de Doctorado Interuniversitario en Enfermería y Salud Internacional Tesis Doctoral. Universitat de les Illes Balears, 2010.

APÊNDICE A – QUADRO DA REVISÃO ESCOPO

ENGLISH	RESULTADOS TOTALIS	1 SELEÇÃO	SELEÇÃO DE TÍTULOS	SELEÇÃO DE RESUMOS	SELEÇÃO FULL TEXT
CINAHL	546	499	11	08	02
MEDLINE	1302	748	37	09	04
SCOPUS	5.592	260	26	26	18
ERIC	15	2	-	-	-
PSICO INFO	103	12	4	4	2

PORTUGUÊS	RESULTADOS TOTALIS	1 SELEÇÃO	SELEÇÃO DE TÍTULOS	SELEÇÃO DE RESUMOS	SELEÇÃO FULL TEXT
CINAHL	Indisponível quando foi realizado a pesquisa				
MEDLINE	3965	1960	19	12	6
SCOPUS	9	2	1	1	1
ERIC	zerou				
PSICO INFO	zerou				

APÊNDICE B – RESULTADOS REVISÃO

CITAÇÃO	TIPO DE PESQUISA	OBJETIVOS CHAVES	RESULTADOS RELEVANTES
1) Ações de Educação Permanente no contexto estratégico da saúde da família	Pesquisa qualitativa. Estudo descritivo exploratório, realizado em um dos distritos sanitários de Goiânia-GO, no período de fevereiro e março de 2007, com 12 enfermeiros.	Verificar o significado e contribuições da educação permanente sob a ótica dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.	Identificação de falhas e resolução de problemas na organização do trabalho; maior integração entre equipe e comunidade e maior estímulo para a qualificação. Contribuições na organização e no funcionamento do serviço, além de mudanças na prática quanto à forma de atendimento aos usuários, trabalho em equipe e sua qualificação.
2) Adult Health Learning and Transformation- A Case Study of a Canadian Community-Based Program	Estudo de caso sobre a aprendizagem de adultos em um Community Cardiovascular Programa Hearts in Motion (CCHIM) em cinco comunidades rurais.	Verificar a compreensão da aprendizagem da saúde adulta.	Apontam para o papel da emoção neste processo de aprendizagem transformadora, e são feitas ligações entre os processos individuais e coletivos no aprendizado transformador. Os teóricos da aprendizagem transformadora e os profissionais de saúde e educação de adultos podem ver neste estudo de caso como interesses de saúde in-

			dividuais e coletivos podem ser incorporados no planejamento de programas para a comunidade.
3) Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde.	Pesquisa quantitativa. Estudo do tipo transversal, realizado em dez UBS do Município de São Paulo, por meio de entrevista dirigida com 110 informantes chave, representantes de todas as categorias profissionais e equipes das UBS, sobre as atividades educativas desenvolvidas.	Analisar a prática de atividades educativas de trabalhadores da saúde em Unidade Básica de Saúde (UBS) segundo as concepções de educação permanente em saúde (EPS) e de educação continuada (EC), processo de trabalho em saúde e enfermagem, trabalho em equipe e integralidade	Os trabalhadores relataram 396 atividades educativas, que revelam a complementaridade das concepções de EPS e EC. De acordo com a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e da transformação das práticas de saúde, coloca-se a necessidade de ampliação do debate em torno da EPS como política pública.
4) Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de Educação Permanente em Saúde	A pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e quantitativa, utilizou de questionário e análise documental para a coleta de dados.	Levantamento da situação dos trabalhadores da rede pública de saúde de 22 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná	Os resultados revelaram que 35,6% dos trabalhadores não participaram de nenhuma atividade de formação entre 2004 e 2006. Em relação ao vínculo empregatício, 78,7%, possui apenas um vínculo, 50,2% são estatutários e 25,2% são contratados de forma precária, evidenciando a incorporação da lógica da produtividade e da flexibilização no setor. Conclui-se pela necessidade de definição clara do Polo de política para o setor de sa-

			úde que envolva os órgãos formadores e de gestão do sistema de saúde em nível regional.
5) Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de EPS	Pesquisa qualitativa	Análise das principais concepções teóricas e metodológicas que norteiam o material educativo do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde	A Educação Permanente em Saúde é concebida como uma estratégia de cogestão que tem o trabalho como espaço de práticas educativas e de produção de subjetividades.
6) Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão	Pesquisa documental. Estudo de caso, realizada em consulta de documentos disponíveis pelo gestor estadual e documentos oficiais do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina.	Analisar, comparativamente entre os gestores de saúde, a estruturação estabelecida no âmbito da Educação em Saúde e a evolução da organização, articulação e pacificação das diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, a partir das deliberações dos órgãos colegiados.	Os resultados destacaram a criação da Comissão de Integração Ensino e Serviço, o incentivo à qualificação dos servidores com a aprovação dos Projetos Telessaúde e Inclusão Digital e a oferta de Cursos de Formação em nível elementar, técnico e de especialização. O panorama estadual mostra a consolidação crescente dos espaços de formulação e execução de ações de educação permanente, ainda que incompleta no funcionamento, considerando a diversidade regional e os momentos distintos de gestão do Sistema Único de Saúde nos municípios.

<p>7) Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço</p>	<p>Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante, realizado através da adequação da Investigação Temática de Paulo Freire.</p>	<p>?</p>	<p>Os resultados indicam que as CIES se assemelham nas problemáticas relacionadas à gestão de recursos destinados à política, sendo a burocratização, a indefinição de formas de gestão financeira e a morosidade que permeiam as estruturas regionais responsáveis pela gestão dos recursos são os principais fatores explicitados. Os participantes apresentam como possibilidades de mudança a elaboração de ações de EPS sobre a gestão de recursos financeiros em nível estadual.</p>
<p>8) Measuring Health Professions Students' Orientation</p>	<p>A Escala Jefferson de Aprendizagem ao Longo da Vida - Versão de Estudantes de Profissões de Saúde (JeffSPLL-HPS) foi administrada a 180 alunos em oito programas de profissões de saúde de nível de entrada.</p>	<p>Avaliar a estrutura interna das respostas dos alunos sobre uma adaptação transdisciplinar da Jefferson Scale of Physician Lifelong Learning - Medical Students Version (JeffSPLL-MS).</p>	<p>A ferramenta pode ser valiosa para professoras e administradores em programas de profissões de saúde para avaliar seu objetivo de cumprir os padrões de acreditação e valorizar a importância da aprendizagem ao longo da vida. A aprendizagem ao longo da vida é considerada um elemento de profissionalismo para os profissionais de saúde.</p>

<p>9) Perspective Transformation: Enhancing the Development of Professionalism in RN-to-BSN Students</p>		<p>Examinar se há mudanças comportamentais resultantes no profissionalismo para retornar adultos RN-BSN alunos e para identificar atividades de ensino-aprendizagem que estimulam a aprendizagem transformadora..</p>	<p>A teoria de aprendizagem de adultos de Mezirow serviu como um guia teórico para o estudo. Uma amostra de conveniência de estudantes matriculados em um programa de conclusão de RN-BSN durante 2 anos acadêmicos foi pesquisado usando os padrões de base da Associação Americana de Colégios de Enfermagem dos fundamentos de ensino de enfermagem de bacharelado. Os resultados indicam que o planejamento de atividades de aprendizagem em currículos de enfermagem pode promover a transformação da perspectiva no profissionalismo</p>
<p>10) Preceptoría de Território, Novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família</p>	<p>Abordagem qualitativa do tipo estudo de caso</p>	<p>Analisar a implantação e a atuação da preceptoría de território, descrevendo o processo de trabalho dos preceptores e identificando suas competências; além disso, descreveu-se o processo de educação permanente desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família em Sobral.</p>	<p>Identifica-se o preceptor de território como um profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes da estratégia de saúde da família, destacando-se por suas amplas competências. Entre estas, podem ser mencionados conhecimentos conceituais nos campos da saúde coletiva e das relações humanas, bem</p>

			como conhecimento e desenvolvimento na utilização de métodos de ensino (problematização, educação permanente em saúde e educação popular). O debate vem auxiliando o preceptor de território de Sobral a estabelecer seu papel e consolidar sua função de educador na construção do SUS.
11) Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da educação permanente e da formação	Reflexão teórica	Refletir sobre a formação e educação permanente de trabalhadores para a saúde indígena, diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que se apresenta atrasada e inconclusa na agenda oficial.	Partindo das proposições intersetoriais dos Ministérios da Saúde e da Educação direcionadas à formação em saúde, destacamos o caso da atenção à saúde indígena, apontando que as iniciativas oficiais na área ainda necessitam incorporar o conceito de educação permanente, que é um potente instrumento para o favorecimento do diálogo intercultural e orientação das práticas sanitárias.
12) Transformative Learning as a context for patient simulation	Reflexão teórica	Analisar criticamente o papel dos cenários clínicos utilizando a simulação de pacientes humanos para promover eventos de aprendi-	Os educadores de enfermagem são encarregados de capacitar os enfermeiros novatos a se tornarem pensadores autônomos com a capacidade de lidar com os muitos

		<p>dizagem transformadora na educação de enfermagem de graduação.</p>	<p>desafios da prática moderna. A simulação de pacientes humanos é uma poderosa ferramenta educacional baseada em tecnologia, ideal para a aplicação de pedagogias emancipadoras que auxiliam na transformação de esquemas de significados individuais. A teoria da aprendizagem transformadora fornece aos educadores as ferramentas para capacitar os alunos a desafiar suas crenças, pressupostos e valores preconcebidos e socializá-los adequadamente para prosperar na prática clínica moderna.</p>
<p>13) Transformative learning during nursing education: a model of interconnectivity</p>	<p>Pesquisa qualitativa</p>	<p>Este estudo investigou as experiências transformadoras de estudantes que utilizam metodologia de análise narrativa para descrever a experiência de aprendizagem durante a educação em enfermagem.</p>	<p>O estudo resultou em 5 tópicos narrativos: 1) o processo multifacetado de aprendizagem; 2) o aprendizado experiencial; 3) as interações humanas como centrais para definir a enfermagem e o cuidado; 4) as experiências de vida pessoal que se entrelaçam com a enfermagem; Os resultados indicaram que os alunos perceberam a maior aprendizagem e transforma-</p>

			<p>ção através da aprendizagem experiencial com os seres humanos.</p> <p>Tais experiências incluíram cuidar de imigrantes, crianças em ambientes socioeconômicos mais baixos e pacientes com uma variedade de necessidades de saúde física e mental em vários ambientes.</p> <p>Outros participantes descreveram experiências pessoais que assumiram novos significados ou contribuíram para o aprendizado como resultado de experiências acadêmicas.</p>
14) Work-based learning in health care environments	Reflexão teórica	O artigo analisa e discute algumas implicações de implementar políticas recentes e promover a aprendizagem nas configurações de práticas de cuidados de saúde.	Este artigo destaca a importância da aprendizagem no local de trabalho e o papel crucial que os profissionais têm em apoiar o desenvolvimento profissional de cada um. Essa aprendizagem não depende de palestras ou tutoriais, mas depende dos profissionais que olham a prática deles com novos olhos. Precisa que eles pensem se podem fazê-lo de forma diferente e melhor, de uma forma adaptada

			especificamente às necessidades de cada um de seus pacientes ou clientes. Aprender no local de trabalho exige que os praticantes se baseiem no conhecimento a ser obtido a partir de evidência e isso pode ser apresentado em textos ou com outros colegas.
15) Instruments measuring meaningful learning in undergraduate healthcare students: a systematic review protocol	Protocolo de revisão psicométrica sistemática desenvolvido a partir da prática Cochrane de prática efetiva e da organização do cuidado.	Estabelecer as propriedades psicométricas dos instrumentos para medir os resultados da aprendizagem em estudantes de saúde.	A aprendizagem significativa é um processo ativo que promove uma compreensão mais ampla e mais profunda dos conceitos. É o resultado de uma interação entre conhecimento novo e prévio. A aprendizagem significativa produz uma mudança de longo prazo no conhecimento e nas habilidades, que é sustentada pela vontade de aprender e experimentar e é construída exclusivamente pelo aluno.
16) Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação e facilitadores de EPS	Estudo qualitativo, realizado com tutores e facilitadores de EPS	Analisar as percepções desses sujeitos sobre o curso de facilitadores de EPS em Londrina (PR).	Os resultados revelaram algumas críticas referentes ao processo de seleção de facilitadores, tempo de duração e término do curso, dificuldades com a metodologia,

			entre outras. Apesar disso, os participantes salientaram contribuições, tais como a sistematização do conhecimento sobre EPS e a oportunidade de refletir sobre as práticas de trabalho. As críticas voltaram-se mais para aspectos operacionais, ao passo que as contribuições levantadas referiram-se justamente aos objetivos centrais do processo de formação de facilitadores.
17) Educação a distância como estratégia para a educação permanente	Estudo de revisão bibliográfica.	Objetivou refletir sobre a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) na promoção do processo de mudança nos docentes da UEFS; estabelecer estratégias para a promoção da EPS e apontar as possibilidades e os desafios para a operacionalização da EAD como estratégia para a EPS.	O resultado aponta que a EPS é uma das estratégias para a formação do profissional através de trabalhos coletivos entre os docentes. Como possibilidade: EAD possibilita construir um novo estilo na formação. Desafios: necessidade de conhecimento para utilizar as novas tecnologias da informação e comunicação; dificuldade de acesso a estas tecnologias; escassez de tempo para desenvolver as atividades do curso. Apreendemos que a EAD apresenta nova perspectiva para EPS.

18) Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem	Reflexão teórica	Estimular os leitores a repensar o papel da educação permanente dos sujeitos-trabalhadores da saúde e de enfermagem na perspectiva do desenvolvimento individual e coletivo, por meio da práxis transformadora.	Procurou-se fazer uma articulação reflexiva dos princípios da práxis transformadora apresentada pelo filósofo Adolfo Sánchez Vázquez com os preceitos de educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem. Tal articulação apresenta uma concepção educativa em prol da conscientização dos sujeitos-trabalhadores sobre as distintas contribuições pessoais, sociais, relacionais e institucionais que podem advir das diferentes formas de perceber e exercer a educação permanente em saúde e no trabalho da enfermagem.
19) Educação Permanente em Saúde: metassíntese	Metassíntese	Realizar metassíntese da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à educação permanente em saúde.	A articulação educação e saúde encontra-se pautada tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras. Assim, torna-se um desafio implementar processos de ensino aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas. É necessário realizar propostas de educação permanente em saúde com a participação de

			profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino.
20) Educação Permanente em Saúde a partir dos profissionais de uma residência multiprofissional em saúde	Pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso	Identificar a percepção dos profissionais integrantes de uma residência multiprofissional sobre a Educação Permanente em Saúde.	Constatou-se que os integrantes da residência multiprofissional percebem que a educação permanente permeia sua formação, possibilitando a reflexão sobre suas práticas e o agir multiprofissional como produtor de ações de saúde.
21) Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos	Pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção por meio de grupos de discussão, sendo realizados vinte e seis encontros grupais quinzenais, com média de quinze profissionais de equipe de saúde da família durante o ano 2009.	Analisar a vivência de equipe de saúde da família em ressignificar o modo como desenvolvem grupos educativos.	A educação permanente em saúde, desenvolvida com a equipe, permitiu não somente aprendizagens sobre os grupos educativos formados com a população, como também contribuiu para a análise da equipe a respeito de suas próprias relações e de seu processo de trabalho, que é atravessado por instituições. Esse estudo contribuiu para o avanço do conhecimento científico quanto ao processo de educação permanente em saúde, assim como contribuiu para a realização de grupos educativos com a população. Destaca-se também o dispositivo

			de pesquisa utilizado, que propiciou reflexividade e análise por parte da equipe sobre o processo grupal vivenciado nos encontros, levando-os a se apropriar de conhecimentos, de forma significativa e transformadora.
22) Movimentos da Educação Permanente em Saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores	Estudo de abordagem qualitativa, sustentado pelo referencial teórico da análise institucional na linha esquizoanalítica.	Cartografar os movimentos de educação permanente em saúde, na região de Araraquara, São Paulo, Brasil, disparados a partir do curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública.	Os resultados apontam, em relação à micropolítica, que houve produção de diferentes conceitos sobre educação permanente e diferentes formas de institucionalização da mesma. No plano da organização, destacam-se a autonomia e o controle e, ainda, a tênue relação entre tutela e autonomia. Conclui-se que o curso foi importante dispositivo que sofreu capturas, mas, também, produziu mudanças nas práticas

Fonte: este quadro foi construído de acordo com o artigo “Undocumented Migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions”.

APÊNDICE C – TABELA COM AS TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENCONTRADAS NA CAPES

- 1) MELLO, AMANDA DE LEMOS. **Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva de professores** 22/01/2016 124 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.
- 2) SALLES, ROSELUCI SANTOS DE. **Educação Permanente: Potencialidades para a Cultura da Qualidade em uma Instituição Pública de Saúde.** 28/10/2013 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 3) SANTOS, ADILSON RIBEIRO DOS. **Educação Permanente em Saúde: Cartografias de uma rede de atenção.** 27/02/2015 119 f. Mestrado em ENFERMAGEM E SAÚDE Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA.
- 4) ROSA, MALENA STORANI GONCALVES. **O Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE) como Estratégia de Educação Permanente para profissionais do SUS** 18/11/2016 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 5) RIBEIRO, KATIA REGINA BARROS. **Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem.** 26/05/2015 226 f. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
- 6) REISDORFER, ARIELE PRIEBE. **Programa de educação permanente em saúde para a equipe de enfermagem da UTI adulto: cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca** 14/10/2016 105 f. Mestrado Profissional em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS.
- 7) GRILLO, MARIA JOSÉ CABRAL. **Educação Permanente em Saúde - espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho,** 01/03/2012 222 f. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
- 8) LEITAO, ELUANA BORGES. **Educação Permanente em Saúde: Inventando Desformações.** 29/09/2014 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 9) ASSAD, SUELLEN GOMES BARBOSA. **A Educação Permanente no programa de imunizações: minimizando oportunidades perdidas.** 18/12/2015 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 10) MESSIAS, MELISSA. **Construção coletiva de programas educativos: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde.** 08/05/2015 267 f. Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

- 11) RANGEL, ANNA GABRIELLA CARVALHO. **Educação Permanente em Saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar** 25/11/2014 111 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
- 12) BARTH, PRISCILA ORLANDI. **Educação Permanente em Saúde: concepções e práticas em centros de saúde de Florianópolis/SC** 01/10/2012 131 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
- 13) LAVICH, CLAUDIA ROSANE PERICO. **Atuação dos enfermeiros do núcleo de Educação Permanente em enfermagem em um hospital de ensino** 04/06/2014 145 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.
- 14) ROSSETTI, LUCIANA TEIXEIRA. **Educação Permanente como ferramenta de gestão do sistema único de saúde: a concepção dos enfermeiros** 10/08/2015 61 f. Mestrado em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
- 15) MORETTI, MIRIANE MELO SILVEIRA. **Educação Permanente em Saúde: construindo caminhos para a implantação de um protocolo de sepse grave adequado a realidade de um hospital universitário em Porto Alegre** 30/06/2015 97 f. Mestrado Profissional em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS.
- 16) SANTAREM, DANIELA. **A Enfermagem e o processo de Educação Permanente em Saúde no contexto hospitalar** 18/03/2016 76 f. Mestrado Profissional em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS.
- 17) CARVALHO, SUZIANE MARTINS. **Representações sociais da Educação Permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde** 26/06/2015 77 f. Mestrado Profissional em SAÚDE DA FAMÍLIA Instituição de Ensino: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUI LTDA, Teresina Biblioteca Depositária: Centro Universitário UNINOVAFAPI.
- 18) MESQUITA, LUANA PINHO DE. **A Educação Permanente em Saúde para a institucionalização de uma rede-rizoma** 23/02/2016 154 f. Mestrado em ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
- 19) SILVA, CRISTIANE TRIVISOL DA. **Educação Permanente em Saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional: estudo de caso** 05/03/2013 94 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.
- 20) POZZO, MONIQUE JUNGES DAL. **Educação Permanente em Saúde: estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital público** 16/05/2014 81 f. Mestrado Profissional em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS.
- 21) ZINN, GABRIELA RODRIGUES. **Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível** 03/03/2015 147 f. Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.
- 22) RIBEIRO, FLAVIA DE JESUS. **A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação em saúde: a ESF como um arco-íris de possibilidades** 30/09/2014 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 23) DOMINGUES, ADRIANA LOPES. **Observatório de gestão hospitalar: Educação Permanente da equipe de enfermagem e acreditação hospitalar** 04/12/2015 82 f. Mestrado em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS, Alfenas Biblioteca Depositária: UNIFAL.

- 24) AIUB, ALLAN CORREA. **Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno porte– Araraquara – São Paulo** 22/12/2015 54 f. Mestrado em ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.
- 25) ATHANAZIO, ALCINEA RODRIGUES. **Educação Permanente a trabalhadores do centro de material e esterilização: uma contribuição da enfermagem** 10/09/2015 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 26) CARNEIRO, IEDA APARECIDA. **Avaliação do programa de Educação Permanente online para profissionais de enfermagem em um hospital universitário** 24/02/2016 341 f. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.
- 27) DRAGO, LIVIA CRESPO. **Práticas gerenciais de Educação Permanente em Enfermagem em um hospital de ensino** 17/10/2013 145 F. MESTRADO EM ENFERMAGEM INSTITUIÇÃO DE ENSINO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
- 28) OLIVEIRA, DORQUELINA AUGUSTA MAIA RODRIGUES DE. **A Educação Permanente como instrumento para a gestão da informação em saúde** 16/12/2015 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 29) MATTOS, TANIA MARA CAPPI. **A Ideologia que Permeia a Prática da Educação Permanente em Saúde por Tutores e Preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde'** 14/12/2016 138 f. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
- 30) FERREIRA, FRANCISCO DAS CHAGAS. **Os Saberes e Competências do Enfermeiro para a Preceptoria de Graduandos em Unidade Básica de Saúde: Implicações na sua Formação Permanente** 04/08/2014 undefined f. Mestrado Profissional em ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
- 31) Moraes, Katerine Gonçalves. **Análise do processo de implementação da política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal** 01/12/2012 141 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.
- 32) TORRES, ODETE MESSA. **O “teatro mágico” das residências em saúde no Brasil: caminhos de uma política pública** 25/11/2015 278 f. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.
- 33) KOERICH, CINTIA. **Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na enfermagem em uma instituição cardiovascular à luz da complexidade** 12/12/2014 180 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
- 34) SADE, PRISCILA MEYENBERG CUNHA. **Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro pelos serviços de Educação Permanente** 10/12/2013 109 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.
- 35) SILVA, DRIELI DA. **Educação Permanente em Saúde em unidades críticas de um hospital de ensino: elaboração de material de apoio** 27/02/2015 83 f. Mestrado Profissional em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE EST.PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO/BOTUCATU.

- 36) MARCONDES, FERNANDA LAXE. **Educação Permanente em um programa municipal de hipertensão e diabetes: Estudo sociopoético'** 02/12/2015 undefined f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, Niterói Biblioteca Depositária: undefined.
- 37) COROPES, VIVIANE BRASIL AMARAL DOS SANTOS. **A Educação Permanente da Enfermagem no processo de acreditação hospitalar** 13/03/2015 undefined f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, Niterói Biblioteca Depositária: undefined.
- 38) PEIXOTO, LETYCIA SARDINHA. **Saberes e prática pedagógica na preceptoria da residência de enfermagem** 08/11/2013 133 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE,
- 39) MASSAROLI, ALINE. **Educação Permanente como ferramenta para o aprimoramento das práticas de controle de infecção hospitalar** 01/10/2012 129 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS Biblioteca Depositária: UFSC
- 40) RIBEIRO, CRISTIANE. **Análise da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde em uma região de São Paulo** 22/08/2016 undefined f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, São Carlos Biblioteca Depositária: undefined.
- 41) MAEDA, DIRCE YURICO. **Preceptoría no Curso de Residência em Enfermagem: Competências da Enfermeira'** 01/05/2006 71 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR Biblioteca Depositária: Escola de Enfermagem da Ufba.
- 42) SANTOS, ADILSON RIBEIRO DOS. **Educação Permanente em Saúde: Cartografias de uma rede de atenção.** 27/02/2015 119 f. Mestrado em ENFERMAGEM E SAÚDE Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, Jequié Biblioteca Depositária: Jorge Amado.
- 43) NAGLIATE, PATRÍCIA DE CARVALHO. **Desenvolvimento de educação permanente com tecnologia móvel: avaliação em um curso sobre higienização da mãos e uso de luvas'** 01/10/2012 431 f. Doutorado em ENFERMAGEM FUNDAMENTAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO, Ribeirão Preto Biblioteca Depositária: Biblioteca Central Campus de Ribeirão Preto – USP.
- 44) JREIGE, CINTIA MIZIARA. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Um estudo sobre os efeitos na crença, satisfação e comprometimento** 11/07/2013 65 f. Mestrado em PSICOLOGIA SOCIAL, DO TRABALHO E DAS ORGANIZAÇÕES (PSTO) Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BCE.
- 45) SMAHA, INDIA NARA. **Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde-Paraná.** 01/05/2011 141 f. Mestrado em SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA Biblioteca Depositária: Universidade Estadual de Londrina
- 46) CUNHA, JOSIED MARPRATES. **O desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso** 30/09/2014 undefined f. Mestrado em POLÍTICA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, Cuiabá Biblioteca Depositária: undefined.

- 47) ROSSETTI, LUCIANA TEIXEIRA. **Educação Permanente como ferramenta de gestão do sistema único de saúde: a concepção dos enfermeiros** 10/08/2015 61 f. Mestrado em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, Juiz de Fora Biblioteca Depositária: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
- 48) BRUM, LIEGE MACHADO. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar'** 01/11/2009 132 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE Biblioteca Depositária: EENF/UFRGS.
- 49) AKAMINE, NATALIA CUSTODIO ALMEIDA. **A Gestão da Educação Permanente em Saúde na Região Metropolitana da Baixada Santista: concepções e práticas** 08/10/2013 128 f. Mestrado em Interdisciplinar em Ciências da Saúde Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, Santos Biblioteca Depositária: Campus Baixada Santista.
- 50) MORETTI, MIRIANE MELO SILVEIRA. **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE SEPSE GRAVE ADEQUADO A REALIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM PORTO ALEGRE'**30/06/2015 97 f. Mestrado Profissional em Enfermagem Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS, São Leopoldo Biblioteca Depositária: Unisinos.

APÊNDICE D – PRESSUPOSTO ONTO-EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS PARA O ESTUDO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Questões ontológicas, epistemológicas e metodológicas	Respostas aplicadas a Educação Permanente em Saúde
<p>Ontologia: o que eu acredito sobre a natureza desta realidade?</p>	<p>O ser é histórico, político e econômico. O ser humano é capaz de entender a realidade na qual se encontra, criticá-la e transformá-la. O ser humano exerce a sua capacidade reflexiva a partir de uma práxis (ação- reflexão) que é individual e potencialmente coletiva. A participação em projetos compartilhados com outras pessoas dá significado a ação humana e promove a transformação social</p>
<p>Epistemologia: Como eu conheço isso sobre a Educação Permanente em Saúde?</p>	<p>Todas as pessoas envolvidas em uma determinada prática (por exemplo, de Educação Permanente em Saúde) são capazes de produzir conhecimento sobre ela. O processo dialógico e problematizador facilita a reflexão humana sobre um fenômeno em concreto. O saber que tem significado ético, emocional ou cognitivo pode potencialmente mobilizar os indivíduos para a ação. Há múltiplas formas de saber e cada indivíduo valoriza diferentemente distintos saberes (por exemplo, profissional, tácito, pessoal, etc)</p>
<p>Metodologia: Como eu crio este tipo de conhecimento- Educação Permanente em Saúde- com os participantes?</p>	<p>A participação em um grupo engajado em um processo dialógico e reflexivo permite que as pessoas se conscientizem e passem a compartilhar estratégias de ação transformadora. O processo participativo põe em evidência a singularidade dos contextos, organizações e atores sociais que constituem o fenômeno estudado pelo grupo.</p>

APÊNDICE E – ANÁLISE DE PROCESSO E CONTEÚDO

Fase Descoberta
Categoria: Atitudes
<i>Macrocódigo: Atitudes dos preceptores na pesquisa</i>
Código 1: Postura Individual
Código 2: Postura focada na pesquisa
Código 3: Entusiasmo
Categoria: Diálogo
<i>Macrocódigo: Diálogo entre os preceptores</i>
Código 1: Engajamento
Código 2: Consenso
Código 3: Discordância
Categoria: Reflexão
<i>Macrocódigo: Reflexão dos preceptores sobre a prática na RMS</i>
Código 1: Identificação de possibilidades de melhorias
Fase Sonhos
Categoria: Atitude
<i>Macrocódigo: Atitudes dos preceptores na pesquisa</i>
Código 1: Postura Coletiva
Código 2: Postura Pessimista
Categoria: Diálogo
<i>Macrocódigo: Diálogo entre os preceptores</i>
Código 1: Interação
Código 2: Consenso
Código 3: Discordâncias
Categoria: Reflexão
<i>Macrocódigo: Reflexão da prática na RMS dos preceptores</i>
Código 1: Discussão da formulação de propostas de melhora
Fase Planejamento
Categoria: Atitude
<i>Macrocódigo: Atitudes dos preceptores na pesquisa</i>
Código 1: Postura coletiva

Código 2: Postura reflexiva
Código 2: Formação de vínculos afetivos
Categoria: Diálogo
<i>Macro código: Diálogo entre os preceptores</i>
Código 1: Interação
Código 2: Consenso
Código 3: Discordâncias
Categoria: Reflexão
<i>Macro código: Reflexão da prática na RMS dos preceptores</i>
Código 1: Consciência da sua prática
Código 2: Identificação das barreiras de mudanças
Código: Discussão de formulação de propostas de melhorias
Fase Destino
Categoria: Atitudes
<i>Macro código: Atitudes dos preceptores na pesquisa</i>
Código 1: Postura coletiva
Código 2: Postura reflexiva
Código 3: Postura entusiasta
Código 4: Formação de vínculos afetivos
Categoria: Diálogo
<i>Macro código: Diálogo entre os preceptores</i>
Código 1: Engajamento
Código 2: Consenso
Código 3: Discordâncias
Categoria: Reflexão
<i>Macro código: Reflexão da prática na RMS dos preceptores</i>
Código 1: Identificação das barreiras de mudanças.
Código 2: Discussão de formulação de propostas de melhorias.

ANÁLISE DO CONTEÚDO DA PRIMEIRA FASE – DESCOBERTA

<i>Fase de Descoberta</i>
1) Categoria: Reflexões sobre a RMS
Subcategoria: Reflexões sobre os preceptores na RMS
<i>Macro código: Características identificados nas reflexões dos preceptores</i>
Código 1: Experiência do preceptor na atividade de preceptor
Código 2: Aprimoramento pessoal e profissional
Código 3: Papel mediador do preceptor
Código 5: Reconstituição das práticas profissionais (dos preceptores)
Código 6: Apoio e coesão entre o grupo
Código 7: Integração com os residentes
Código 8: Avaliação do processo pedagógico das disciplinas
<i>Macro código: Características desejadas para os preceptores</i>
Código 1: Formação para a preceptoría
Código 2: Valorização do trabalho do preceptor
Código 3: Gratificação para a atividade de preceptoría
Código 4: Docência reconhecida como atividade do preceptor
<i>Macro código: Elementos que limitam a atuação dos preceptores</i>
Código 1: Insegurança do papel do preceptor
Código 2: Múltiplas demandas para o preceptor
1.1 Subcategoria: Reflexões sobre os residentes na RMS
<i>Macro código: Habilidades identificadas nas atividades teóricas-práticas</i>
Código 1: Criação de novas práticas nos serviços pelos residentes
Código 2: Inserção expressiva dos residentes no mercado de trabalho após RMS
Código 3: Profissional, aluno ou ambos?
Código 4: Valorização das aulas teóricas
Subcategoria: Reflexão sobre a multiprofissionalidade
<i>Macro código: Elementos identificados na multiprofissionalidade na RMS</i>
Código 1: Integração entre profissões
Código 2: Construção compartilhada dos saberes das profissões
Código 3: Hospital como espaço profícuo para a multiprofissionalidade
Código 4: Multidisciplinaridade na Saúde da Criança

Código 5: Ênfase da atuação de todos os profissionais da saúde
Código 6: Diversificação dos cenários de práticas
Código 7: Aprendizagem significativa
<i>Macro código: Elementos que diferenciam as propostas de formação da RMS</i>
Código 1: Diferenciação da Residência Multiprofissional da Residência Médica
Código 2: Diferenciação da proposta da RMS das especializações Stricto Sensu
<i>Macro código: Elementos que limitam o trabalho multiprofissional na RMS</i>
Código 1: Programação instituída pela RMS
Código 2: Multidisciplinaridade versus especialidade
Código 1: Falta de valorização do SUS
Código 2: Fragmentação do trabalho na instituição hospitalar
Código 3: Predominância da Medicina e da Enfermagem
Código 4: Diferenças do campo de atuação dos residentes
2) Categoria: Melhores práticas na RMS
Subcategoria: Melhores práticas coletivas orientadas pelos princípios da EPS
<i>Macro código: Produção práticas voltadas a aprendizagem significativa dos residentes</i>
Código 1: Discussão coletiva acerca do ensino com base nas experiências e saberes dos preceptores
Código 2: Encontros educativos coletivos para ensino aprendizagem dos residentes
<i>Macro código: Melhores práticas ancoradas no contexto real dos serviços dos preceptores</i>
Código 1: Criação de ambulatório com consulta multidisciplinar
Código 2: Plano Singular Terapêutico
Código 3: Acolhimento como atividade integrativa na RMS
Código 4: Round multiprofissional
Código 5: Vivências dos residentes em outras áreas de formação da RMS
Código 6: Presença de preceptores com os residentes
Código 7: Inserção de novas profissões na RMS
Subcategoria: Estratégias para o desenvolvimento de ações interdisciplinares
<i>Macro código: Estratégia para o ensino interdisciplinar</i>
Código 1: Mapeamento do conhecimento de cada residente
Código 2: Rodas de conversa para compartilhar conteúdos interdisciplinares
Código 3: Disciplinas teóricas para subsidiar as discussões interdisciplinares

Código 4: Metodologias ativas
Código 5: Inovações no ensino da RMS
<i>Macro código: Estratégias para a integração entre as diferentes ênfases da RMS</i>
Código 1: Encontros de integração entre as áreas da RMS
Código 2: Encontros coletivos com preceptores, tutores, residentes
Código 3: Criação de ações direcionadas a gestão
Código 4: Experiências de participação em outros serviços externos a RMS
Categoria: <i>Motivações do trabalho dos preceptores</i>
Subcategoria: Retorno Apreciativo
<i>Macro código: Retorno Apreciativo em relação ao trabalho dos preceptores</i>
Código 1: Formação de profissionais residentes
Código 2: Inserção dos residentes no mercado de trabalho
Código 3: Preceptor como protagonista da RMS
Código 4: Feedback da atuação do preceptor
Código 5: Práticas Interdisciplinares na RMS
Código 6: O trabalho na RMS
<i>Macro código: Retorno Apreciativo a partir das melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores</i>
Código 1: Recepção do campo para os novos residentes
Código 2: Consulta multiprofissional
Código 3: Encontros educativos coletivos para ensino aprendizagem dos residentes
Código 4: Reconhecimento e gratificação do trabalho na preceptoría
Código 5: Participação na Especialização Docência na Saúde
Código 6: Vivência em cenários extra hospitalares

Fonte: Autora.

ANÁLISE DA SEGUNDA FASE – SONHOS

<i>Fase Sonhos</i>
<i>1) Categoria: Reflexões sobre a RMS</i>
<i>Subcategoria: Preceptores na RMS</i>
<i>Macro código: Elementos desejados para os preceptores</i>
Código 1: Interesse pela atuação como preceptor
Código 2: Engajamento dos preceptores
Código 3: Orgulho em ser preceptores
Código 4: Integração dos preceptores para planejar ações conjuntas
Código 5: Possibilidade para a contratação de preceptores de campo
Código 6: Busca pela valorização do preceptor
<i>Macro código: Elementos que dificultam a atuação dos preceptores</i>
Código 1: Falta de dedicação exclusiva para a preceptoría
Código 2: Sobrecarga das atividades dos profissionais com a preceptoría
Código 3: Falta de integração entre as ações dos preceptores
<i>Subcategoria: Formação dos residentes</i>
<i>Macro código: Elementos desejados para a formação dos residentes</i>
Código 1: Estágio de vivência
Código 2: Amadurecimento profissional
Código 3: Mercado de trabalho
<i>Macro código: Elementos que dificultam a formação dos residentes</i>
Código 1: Estágio optativo
Código 2: Falta de amadurecimento profissional dos residentes
Código 3: Residentes sem recursos após a RMS
<i>Subcategoria: Reflexões sobre a proposta da RMS</i>
<i>Macro código: Elementos desejados para a RMS</i>
Código 1: Valorização do trabalhador
Código 2: Valorização da residência para cargos assistenciais
Código 3: Valorização do tutor
Código 4: Integração entre os tutores das diferentes áreas
Código 5: Valorização da residência multiprofissional
<i>Macro código: Elementos que limitam a proposta da RMS</i>

Código 1: Desqualificação do trabalho do preceptor
Código 2: Segmentação teoria e prática
Código 3: Predisposição para a especialidade (hospital)
Código 4: Falta de valorização da RMS pelas instituições
<i>Macro código: Elementos que dificultam a integração da residência multiprofissional com a residência médica</i>
Código 1: Residência médica versus RMS
Código 2: Legislação da Residência Médica
Código 3: Diferenças entre as modalidades de formação: especialidade e generalista
2) Categoria: Sonhos para a RMS
Subcategoria: Sonhos dos preceptores para a RMS
<i>Macro código: Sonhos possíveis para os preceptores</i>
Código 1: Valorização dos preceptores financeiramente
Código 2: Valorização dos preceptores no plano de carreira
Código 3: Valorização do preceptor pelos profissionais dos serviços
<i>Macro código: Sonhos possíveis para os residentes</i>
Código 1: Plano de carreira para os residentes dentro do SUS
Código 2: Estágios de vivências
Código 3: Intercâmbio dos residentes dentro dos itinerários*
<i>Macro código: Sonhos possíveis para a proposta da RMS</i>
Código 1: Infraestrutura adequada
Código 2: Professores exclusivos para RMS
Código 3: Integração da RMS com a Residência Médica
<i>Macro código: Sonhos viáveis dos preceptores</i>
Código 1: Ações integrativas entre as diferentes ênfases
Código 2: Visitas a áreas externas a instituição
Código 3: Planejamento coletivo das aulas ministradas

ANÁLISE DA TERCEIRA FASE – PLANEJAMENTO

Fase Planejamento – Conteúdo/contexto
1. Categoria: Reflexões dos preceptores sobre a RMS (a reflexão dos preceptores gerou a identificação de elementos pelos preceptores na RMS)
1.1 Subcategoria: Elementos identificados nas propostas das RMS
<i>Macro código: Elementos desejados na RMS</i>
Código 1: RMS como uma formação interdisciplinar
Código 2: Conscientização sobre o propósito da RMS
Código 3: Incentivo para criações de RMS
Código 4: Possibilidades para a implementação da RMS
Código 5: Ampliação dos cenários de atuação dos residentes
Código 6: Modelo de RMS com amparo de preceptores
<i>Macro código: Elementos que dificultam a viabilidade da proposta da RMS</i>
Código 1: Realidade versus utopia na RMS
Código 2: Frustração em relação as RMS
Código 3: Perfis diferentes de profissionais atuantes em cenários da RMS
1.2 Subcategoria: Atores da RMS (Profissionais que compõem a RMS)
<i>Macro código: Elementos desejados para a atuação dos profissionais na RMS</i>
Código 1: Ênfase na valorização do trabalhador na RMS
Código 2: Valorização e formação pedagógica do preceptor
Código 3: Papel do preceptor na interdisciplinaridade
Código 4: Escuta e a valorização do pensamento do preceptor
Código 5: Valorização da escuta do preceptor em relação ao processo de trabalho
<i>Macro código: Elementos que dificultam a atuação dos profissionais na RMS</i>
Código 1: Estágio do residente como mão de obra
Código 2: Captura dos residentes pelos serviços
Código 3: Modelos de RMS sem amparo/apoio aos residentes
Código 4: Rotatividade dos preceptores na RMS
Código 5: Falta de comprometimento e identidade dos preceptores
Código 6: Dicotomia entre trabalho intelectual e mecânico
Código 7: Formatação dos profissionais pela instituição
Código 8: Formação direcionada para a especialidade
Código 9: Formação direcionada para o trabalho na instituição que sedia a RMS

Código 10: Postura da RMS com relação à integração a Residência médica
Código 11: Retrocesso na formação interdisciplinar da RMS
2 Categoria: Atuações das profissões em saúde em uma RMS
2.1 Subcategoria: Atuação da Enfermagem na equipe de saúde
<i>Macro código: Elementos identificados na atuação da Enfermagem</i>
Código 1: Conscientização do papel da Enfermagem na equipe de saúde
Código 2: Sentimento de responsabilidade do enfermeiro com relação à equipe
<i>Macro código: Elementos que dificultam a atuação da Enfermagem</i>
Código 1: Papel da enfermeira na atuação em saúde
Código 2: Múltiplos papéis da Enfermagem
Código 3: Desconhecimento do trabalho interdisciplinar
2.2 Subcategoria: Atuação da Medicina na equipe de saúde
<i>Macro código: Elementos que dificultam a atuação dos profissionais em saúde com a Medicina na equipe de saúde.</i>
Código 1: Integração da Residência Médica com a RMS
Código 2: Diferentes definições de interdisciplinaridade
Código 3: Inferioridade das profissões de saúde
Código 4: Percepção da Medicina como um saber que se sobrepõe ao das demais profissões
Código 5: Incerteza da valorização da multidisciplinaridade pela Medicina
Código 6: ESF e a atuação da medicina na equipe de saúde
2.3 Subcategoria: Atuação dos Profissionais de saúde na equipe de saúde
<i>Macro código: Auto crítica acerca da atuação dos profissionais em saúde</i>
Código 1: Autonomia profissional
Código 2: Responsabilidade profissional
Código 3: Desvalorização da atuação do profissional em saúde
Código 4: Discrepância entre as profissões que compõem a equipe de saúde
2.4 Subcategoria: A interdisciplinaridade na atuação dos profissionais na RMS
<i>Macro código: Compreensão acerca da interdisciplinaridade dos preceptores</i>
Código 1: Diferenças conceituais entre a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade.
Código 2: Busca objetivos em comum
Código 3: Soma de saberes compartilhados para uma tomada de decisão
Código 4: Revisitar as práticas de saúde

3. Categoria: Práticas de Educação Permanente em Saúde interdisciplinares na RMS
3.1 Subcategoria: Implementação das práticas de EPS interdisciplinares na RMS
<i>Macro código: Atitudes identificadas pelos preceptores para que eles possam desenvolver as práticas na RMS</i>
Código 1: Acreditar na proposta da RMS
Código 2: Afinidade entre os preceptores
Código 3: Busca pelos propósitos de integração entre os profissionais de saúde
Código 4: Esperanças para o trabalho interdisciplinar
<i>Macro código: Estratégias para desenvolver as práticas interdisciplinares na RMS</i>
Código 1: Exemplos de sucesso de práticas interdisciplinares
Código 2: Disseminação da proposta para todos os preceptores
Código 3: Integração do grupo de preceptores na discussão e conscientização da proposta da residência
<i>Macro código: Ações de Educação Permanente em Saúde para serem implementadas na RMS</i>
Código 1: Encontros reflexivos e dialógicos para os preceptores
Código 2: Encontros reflexivos de Educação Permanente em Saúde
Código 3: Momentos de EPS para a valorização dos preceptores
Código 4: Núcleo pedagógico interdisciplinar
Código 5: Proposta dos preceptores para uma mudança de paradigma entre médicos e a RMS
<i>Macro código: Fatores que dificultam a implementação das ações interdisciplinares</i>
Código 1: Compreensões diferentes acerca da RMS
Código 2: Percepções das práticas interdisciplinares como um sonho

Fonte: Autora.

ANÁLISE DA QUARTA FASE – DESTINO

Fase Destino– Conteúdo/contexto
Categoria: Reflexões sobre a RMS
<i>Subcategoria: Reflexão dos atores que compõem a RMS</i>
<i>Macro código: Elementos identificados nos preceptores da RMS</i>
Código 1: Participação dos preceptores na preceptoria
Código 2: Presença significativa dos preceptores na RMS
Código 3: Comprometimento do preceptor com a formação do residente
Código 4: Participação equânime do preceptor de núcleo e campo
Código 5: Encontros coletivos geram insights para os preceptores
Código 6: Competência dos preceptores
Código 7: Desvalorização do papel e trabalho do preceptor
<i>Macro código: Elementos desejados para os preceptores na RMS</i>
Código 1: Reconhecimento e valorização dos preceptores
Código 2: Carreira do preceptor
Código 3: Papel dos preceptores
Código 4: Autonomia dos preceptores
<i>Macro código: Elementos desejados para os residentes na RMS</i>
Código 1: Modelo de formação do residente
Código 2: Necessidade de autonomia para o residente
Código 3: Inserção do residente no cotidiano do serviço de saúde
Código 4: Carreira no SUS para o residente
<i>Subcategoria: Reflexão acerca da proposta RMS</i>
<i>Macro código: Elementos desejados na RMS</i>
Código 1: Introdução sobre a proposta da RMS
Código 2: Escuta das profissões que compõem a preceptoria
Código 3: Discussão de processo de trabalho
Código 4: Implementação da valorização e formação integrada
Código 5: Condução para as mudanças nos serviços
<i>Macro código: Elementos que dificultam a atuação do preceptor na RMS</i>
Código 1: Ausência de espaço para discussões acerca dos problemas/dificuldades dos preceptores
Código 2: Ausência de espaço para discussões acerca de processo de trabalho

Código 3: Demanda excessiva de trabalho
Código 4: Acomodação dos preceptores
Código 5: Falta de dedicação para assumir a preceptoría
Código 6: Alta rotatividade
Código 7: Desmerecimento da função da preceptoría
Código 8: Concentração de atividades nos recém contratados
Código 9: Modelo da capacitação para os preceptores
<i>Macro código: Elementos identificados na RMS a partir da leitura dos artigos disponibilizados</i>
Código 1: Valorização da pesquisa e necessidades da assistência
Código 2: Paradigma do termo não médico
Código 3: Falta de sensibilidade dos autores
Código 4: Crítica ao papel/propósito da RMS
Código 5: Residências multiprofissionais: formação de mão de obra barata?
Código 6: Descompasso entre a idealização e a demanda de formação de profissionais
Código 7: Especializações e residências multiprofissionais
Código 8: Continuidade dos financiamento e impacto da RMS
Código 9: Flexibilidade dos programas em instituir regras
<i>Macro código: Diferenças na formação do residente multiprofissional e do médico</i>
Código 1: Postura e formação profissional diferenciada entre a residência médica e RMS
Código 2: Reflexões sobre a formação do residente médico e do residente multiprofissional
Código 3: Presença constante do preceptor multiprofissional versus ausência do preceptor médico
Categoria: Formação integrada dos preceptores por meio da criação de um Núcleo Pedagógico de EPS Interdisciplinar
<i>Subcategoria: Formação integrada dos preceptores na RMS</i>
<i>Macro código: Elementos que constituem a formação integrada dos preceptores na RMS</i>
Código 1: Realização de práticas para a formação integrada dos preceptores
Código 2: Apropriação dos preceptores do objetivo da RMS
Código 3: Capacitações para os preceptores
Código 4: Participação dos preceptores nas capacitações
<i>Subcategoria: Formação de um Núcleo Pedagógico de EPS Interdisciplinar</i>

<i>Macro código: Pressupostos para a criação de um Núcleo Pedagógico de EPS Interdisciplinar</i>
Código 1: Desenvolvimento de um núcleo pedagógico para a formação integrada
Código 2: Objetivo do Núcleo Pedagógico de EPS Interdisciplinar
Código 3: Certificação para a proposta do núcleo pedagógico na RMS
Código 4: Financiamento para a proposta do núcleo pedagógico na RMS
Código 5: Reconhecimento do Núcleo de EPS interdisciplinar como atividade da RMS
<i>Macro código: Planejamento para a implementação do Núcleo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde Interdisciplinar</i>
Código 1: Encontros para formar o Núcleo Pedagógico de EPS Interdisciplinar
Código 2: Planejamento para o primeiro encontro do Núcleo
Código 3: Disseminação da proposta dos encontros dos preceptores
Código 4: Conteúdos integrados advindos das demandas da RMS
Código 5: Busca de apoio para a implementação do NEPSI
Código 6: Importância do moderador nos encontros
<i>Macro código: Implicações da implementação do Núcleo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde Interdisciplinar</i>
Código 1: Autonomia dos preceptores
Código 2: Valorização dos preceptores
Código 3: Saberes comuns a todas as áreas da RMS
Código 4: Práticas pedagógicas criativas
Código 5: Discussão conceitual do termo capacitação
Categoria: Reflexões sobre o retorno gerado aos preceptores a partir da Pesquisa Apreciativa
<i>Subcategoria: Reflexões sobre a Pesquisa Apreciativa Crítica</i>
<i>Macro código: Elementos positivos identificados a partir da PAC</i>
Código 1: Espaço de escuta para a discussão das práticas dos preceptores
Código 2: Encontros que oportunizaram uma plena liberdade de expressão dos preceptores
Código 3: Reconhecimento da importância dos encontros coletivos
Código 4: Práticas positivas dos preceptores na RMS
Código 5: Fortalecimento dos preceptores
<i>Macro código: Metodologia utilizada na PAC</i>
Código 1: Metodologia Participativa

Código 2: Meio de reflexão para a introdução de ações reflexão para a ação
--

Código 3: Metodologia proporciona um produto final da metodologia apreciativa

APÊNDICE F – EXEMPLOS DE CÓDIGOS (PROCESSO/CONTEÚDO)

Exemplos de como foram realizados a construção dos códigos e suas definições			
Categoria	Código	Definição	Exemplos
Atitudes	<i>Postura individual</i>	Comportamento individual dos preceptores que vai de encontro com o diálogo entre os preceptores.	<i>Senti também que havia pouco entrosamento entre o grupo todo, havia uma dificuldade de a partir do que um preceptor estava trazendo, os outros também compartilharem suas experiências, não havia engajamento, não havia continuidade. Era difícil até para mim conduzir pois meus pressupostos eram de que era um grupo coeso que trabalhava e se conhecia bastante. [Pesquisadora]</i>
	<i>Postura entusiástica</i>	Comportamento com entusiasmo pelos preceptores ao falarem sobre as suas práticas desenvolvidas na RMS	<i>Percebi que ao salientarem suas experiências os preceptores sentiam-se entusiasmados com a possibilidade de revisitar suas lembranças, vivências. Foi um momento do qual percebi uma forte apreciação pela possibilidade de relatarem algo de que tinham bastante orgulho. [Pesquisadora] E quem esta prestando supervisão para mim é um enfermeiro, ou é um nutricionista, ou é um fisioterapeuta. E isso dá um retorno muito grande, tu aprende e ao mesmo tempo tu ensina! (fala bem entusiasmada) (P2) Olha que legal isso! Isso eu não tive na minha época de graduação, por exemplo, eu sou da área da saúde mental, a nutrição não tem saúde mental na grade curricular, no máximo fazendo um link com transtornos alimentares, mas poxa o residente tem que trabalhar muito mais que isso para trabalhar na nossa ênfase e as outras também são assim, Educação Física, etc! Então esta é a parte bacana! (P2)</i>
	<i>Postura com foco na pesquisa</i>	Os preceptores estavam centrados na pesquisa	<i>Observei que havia uma objetividade nos fatos, as perguntas eram respondidas com clareza, mantendo o foco sem fugir do assunto principal. [Pesquisadora] Percebi que haviam compreendido a metodologia. Quando ia responder,</i>

			<i>eles mesmos se davam conta de tentar trazer o positivo das suas experiências, focar na pesquisa. Isso ao longo das fases foi se perdendo, e seguir um fio condutor por meio de pressupostos positivos foi difícil (pesquisadora)</i>
Diálogo	<i>Engajamento</i>	Engajamento dos preceptores com os colegas por meio de exemplos, continuação do diálogo, comunicação ao longo da reunião.	<p><i>Tu vês um psicólogo ou um enfermeiro saindo e dizendo: - que coisa chata, estou vendo isso pela terceira, quinta vez [...]. (P2)</i></p> <p><i>-Sim, a gente também tem isso! (P6)</i></p> <p><i>-Mas tu também vês o outro lado de ver a nutrição sair dizendo:eu nunca tive isso! (P2)</i></p> <p><i>Eu acho que eu posso começar, eu achei bem interessante o relato da colega de tu construíres algo como a consulta multiprofissional a partir do que ainda não existe porque eu acho que é este o tensionamento da residência, é questionar algumas coisas que estão postas. (P1)</i></p>
	<i>Consenso</i>	Concordância, uniformidade de opiniões, pensamentos, ideias, propostas entre os preceptores a partir da reflexão coletiva na reunião da pesquisa.	<p><i>Acho que quando tu incorporas esta "coisa" do multidisciplinar, tu queres fazer isso, tu queres trabalhar desta forma porque tu entendes que para o paciente que é o foco de trabalho, ele sai beneficiado. (P3)</i></p> <p><i>- É, eu acho que isso, como falou a colega, são estes desafios que nos dão vida. Se fosse tudo talvez tão perfeito, se a gente fizesse aquela coisa mecânica. (P1)</i></p> <p><i>Concordo tanto com a colega, tanto com o colega, eu acho que o que dá vida é esta perspectiva da mudança, de fazer diferente mesmo. (P3)</i></p>
	<i>Discordâncias</i>	Discordâncias, pensamentos diferentes, críticas entre opiniões, pensamentos, ideias, propostas dos preceptores a partir da reflexão coletiva na reunião da pesquisa.	<p><i>Existe uma tradição na área X, desde que a unidade foi feita ela é multiprofissional, tem muito trabalho para psicólogo, ela é muito valorizada, tem muitas estratégias utilizadas ali e tantos profissionais de outras áreas atuando, tanto a Educação Física, a Pedagogia. Mesmo que a especialidade é criança perpassam essas outras coisas, de família, questões sociais. (P1)</i></p> <p><i>- Mas o que envolve? Envolve uma criança ficar o ano todo sem escola, ou o adulto, envolve ficar dois anos sem trabalhar. E aí extrapola</i></p>

			<p><i>com toda uma estrutura social que a Medicina não tem como dá conta e nem tem formação. Aí é que é forjado uma atuação multidisciplinar. (P2)</i></p> <p><i>- Ah, mas aí eles (médicos) tem que ceder... porque não tem mais aquela figura tão importante que antes era. Agora, eles precisam da nossa rede, de todas as profissões da área da saúde. (P1)</i></p>
--	--	--	---

Fonte: Autora.

Exemplos de como foram realizados a construção dos códigos e suas definições		
Categoria: Reflexões sobre a RMS		
Subcategoria: Reflexões sobre os residentes na RMS		
Macro código: Habilidades desejadas dos residentes nas atividades teóricas-práticas		
Código	Definição	Exemplos
Profissional, aluno ou ambos?	Alternância no papel assumido pelo residente, ora de aluno ora de profissional, dependendo das circunstâncias em que ele se insere (ou atua).	Exemplo 1: <i>O que eu vejo, nós acabamos de discutir isso no nosso campo, o residente é muito maleável. Muitas vezes ele se posiciona: ah, eu sou o profissional e as vezes, eu sou o aluno. (P7)</i>
Criação de novas práticas nos serviços	Criação dos residentes de novas práticas que aprimoram os serviços onde estão atuando na RMS	<i>Mas os residentes criaram rotinas, criaram práticas! Isso é muito legal [...] saber que a gente melhorou, que o nosso serviço melhorou porque foi uma construção deles com a nossa ajuda como preceptora. (P5)</i> <i>Temos a primeira residência nesta área no Brasil. (P2)</i>
Significativa inserção no mercado de trabalho	Significativa incorporação dos residentes no mercado de trabalho	<i>E outra coisa importante, como os nossos residentes são absorvidos pelo mercado de trabalho [...]. Quando eles estão se formando, já tem gente com abelha no mel, e aí, e aí, vamos ter vagas. Todos nós conseguimos, todos de Enfermagem, nós empregamos, nos dois primeiros meses saindo daqui da residência. Então isso é bárbaro assim (P6)</i> <i>E as enfermeiras vão todas para o serviço de controle de infecção ou na cidade, ou fora da cidade, do Estado! Então isso [...] Bah, isso dá um super orgulho na gente. (P3)</i>

Fonte: Autora.

**ANEXO A – CARTA PARA JUSTIFICATIVA DE MUDANÇA METODOLÓGICA
DA PESQUISA**

**CARTA PARA JUSTIFICATIVA DE MUDANÇA METODOLÓGICA DA PESQUISA
A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA
IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE Número do
protocolo CAAE 35009014.5.0000.5327**

A pesquisa “a Residência Multiprofissional como estratégia para implementar ações de Educação Permanente em Saúde” apresenta como metodologia o Estudo de Caso. Em virtude da aluna Cristiane Trivisiol da Silva, participante deste estudo, ter realizado o doutorado sanduíche em Toronto e ter aprendido sobre a Pesquisa Apreciativa, solicitamos a mudança metodológica a fim de incorporar esta nova metodologia ao projeto. Esta metodologia apresenta um novo método de pesquisa social, conhecido na língua inglesa como “Appreciative Inquiry”, traduzida para o português como “Investigação Apreciativa”. A Investigação Apreciativa é uma metodologia interativa, organizacional e propõe uma intervenção num contexto específico.

Justificamos esta mudança porque além deste projeto fazer parte da tese da aluna, acreditamos que trará para a Residência Multiprofissional em Saúde um maior benefício, pois oportunizará a participação dos preceptores na qualidade de autor da publicação em revista científica do resultado da tese devido a possibilidade metodológica. Além disso, esta metodologia foi escolhida porque possibilita reconhecer os pontos fortes de determinada atividade, valorizando as ações de Educação Permanente em Saúde que os preceptores executam na sua atividade de trabalho.

Atenciosamente

Maria Henriqueta Luce Kruse

Cristiane Trivisiol da Silva

ANEXO B – CARTA PARA APRESENTAÇÃO DA PESQUISA PARA OS PARTICIPANTES

Caro Preceptor /a

Sou aluna do doutorado no programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob orientação da Professora Maria Henriqueta Luce Kruse. Meu projeto de tese é intitulado **Residência Multiprofissional como estratégia para implementar ações de Educação Permanente em Saúde.**

Neste projeto pretendo ouvir a manifestação dos preceptores/as quanto as fortalezas de suas práticas na RMS, como as implementam com os outros/as profissionais da residência para conhecer aspectos do cotidiano do trabalho do preceptor/a na Residência.

Nesta pesquisa estou desenvolvendo um novo método de pesquisa social, conhecido como “Investigação Apreciativa”. Fui apresentada a esta metodologia durante estagio sanduíche na Universidade de Toronto sob supervisão da Professora Denise Gastaldo. Tal investigação prevê a participação dos sujeitos da pesquisa como autores na publicação do artigo referente aos resultados do trabalho.

Convidamos você para participar de uma reunião onde teremos a oportunidade de apresentar o projeto e esclarecer dúvidas que auxiliem na sua decisão de participar ou não da pesquisa. Para isso, gostaríamos de decidir juntamente com você uma data possível de encontro na semana que vem, do dia 14 ao dia 17/08. Por favor, informe o dia e turno mais acessível para o encontro assim como outras possíveis datas.

O projeto está aprovado pelo Comitê de Ética CAAE 35009014.5.0000.5327 e seus endereços eletrônicos foram selecionados entre os preceptores/as e disponibilizados pela Coordenadora do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HCPA.

Desde já, muito obrigada pela sua atenção e espero encontrá-lo/a na reunião.

Atenciosamente,

Cristiane Trivisiol da Silva

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UFRGS HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

Pesquisadora responsável: Professora Dra Maria Henriqueta Luce Kruse
Instituição/Departamento: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Local da coleta de dados: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa “**A Residência Multiprofissional como estratégia para implementar ações de Educação Permanente em Saúde**”, que propõe analisar o processo de desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde pelos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).

O estudo tem como metodologia a pesquisa apreciativa, um novo método de pesquisa social, conhecido na língua inglesa como “Appreciative Inquiry”, traduzida para o português como “Investigação Apreciativa”. A Investigação Apreciativa é uma metodologia interativa, organizacional que propõe uma intervenção num contexto específico. Esta metodologia foi escolhida porque possibilita reconhecer os pontos fortes de determinada atividade. Neste sentido, propomos que você como preceptor/a da RMS manifeste quais são as fortalezas de suas práticas em Educação Permanente em Saúde, como as implementa com os outros/as profissionais da residência multiprofissional e como estas habilidades são articuladas na formação.

Antes de concordar em participar da pesquisa é importante que você compreenda em que consiste a sua participação:

- Você será convidado/a para participar de um grupo de discussão. Este grupo será realizado em quatro fases, sendo elas: descoberta, sonho, planejamento e destino. Cada fase tem um objetivo a ser atingido pelo grupo de preceptores. Serão realizadas seis reuniões, sendo a primeira preparatória e a segunda, a fase da descoberta, que exige duas reuniões para sua execução. As demais fases, sonho, planejamento e destino, exigem apenas uma reunião. Cada reunião terá duração de no máximo duas horas. Além destas reuniões, haverá tarefas reflexivas que os preceptores farão fora do trabalho e gastarão em torno de uma hora para sua execução.
- Você será convidado a participar deste grupo e tem a liberdade de participar ou não. O grupo será realizado no hospital em sala reservada e previamente agendada. As reuniões serão

gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

- Os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade dos dados, não identificando as falas dos participantes, sendo os resultados divulgados de maneira agrupada.

- As informações serão mantidas em caráter confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável. Após o período de 5 anos, os dados serão destruídos. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável pela apresentação do relatório da pesquisa.

- Considerando que os dados serão produzidos pelos sujeitos da pesquisa, faz parte do método de Investigação Apreciativa o compartilhamento na autoria do artigo resultante da tese, a ser publicado em revista científica

- A pesquisa trará benefícios difusos, contribuindo para o aumento de conhecimento sobre o assunto e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos, não sendo conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos.

- A participação no estudo é voluntária e a não participação ou desistência não implicará em prejuízo. É importante reforçar que a participação no estudo não está relacionada à avaliação profissional.

- Não está previsto pagamento por sua participação no estudo e você não terá nenhum custo relacionado aos procedimentos envolvidos.

- Você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimento de dúvidas no 2º andar de HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8 às 17h, de segunda à sexta;

- Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pelo grupo de pesquisadores.

- As pesquisadoras responsáveis por este Projeto de Pesquisa são: Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse (3350-5081) e Cristiane Trivisoli da Silva (3350-5081), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética CAAE: 35009014.5.0000.5327.

Nome do participante _____ Assinatura: _____

Nome do pesquisador _____ Assinatura: _____

(aquele que conduziu o processo de consentimento)

Local e data: _____

ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Pesquisador: Maria Henriqueta Luce Kruse

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 35009014.5.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.211.602

Apresentação do Projeto:

Em 25/08/2015 os pesquisadores adicionaram emenda ao projeto, com a seguinte justificativa:

A pesquisa "A Residência Multiprofissional como estratégia para implementar ações de Educação Permanente em Saúde" apresenta como metodologia o Estudo de Caso. Em virtude da aluna Cristiane Trivisoli da Silva, participante deste estudo, ter realizado o doutorado sanduíche na Universidade de Toronto, no primeiro semestre de 2015, onde teve a oportunidade de conhecer a Pesquisa Appreciativa, solicitamos sua inclusão no projeto. Tal metodologia apresenta um novo método de pesquisa social, conhecido na língua inglesa como "Appreciative Inquiry", traduzida para o português como "Investigação Appreciativa". A Investigação Appreciativa é uma metodologia interativa, organizacional e propõe uma intervenção num contexto específico. Justificamos esta mudança porque acreditamos que este método trará benefícios ao estudo, permitindo a participação dos preceptores como sujeitos da pesquisa e autores da publicação do artigo com os resultados da tese. Além disso, esta metodologia foi escolhida porque possibilita reconhecer os pontos fortes da atividade, valorizando as ações de Educação Permanente em Saúde que os preceptores executam no cotidiano do trabalho. Mais informações sobre o método podem ser acessadas no arquivo que contém o novo TCLE, que esclarece os sujeitos da pesquisa sobre o estudo.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.211.602

Objetivo da Pesquisa:

Incluir a metodologia de investigação apreciativa no projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As alterações propostas pela emenda não alteram a avaliação já realizada para o projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As alterações propostas são viáveis e pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado está adequado. Embora escrito em linguagem técnica, está destinado a participantes com condições de entender a proposta do estudo.

Recomendações:

Não localizamos uma versão do projeto atualizada, incluindo este novo tipo de metodologia. Recomendamos que seja adicionada uma nova versão de projeto, atendendo a esta recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda de 25/08/2015 aprovada. TCLE de 25/08/2015 aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	08/06/2014 21:30:17		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_322527.pdf	08/06/2014 21:37:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CNPQ EPS 20.08.2014.doc	20/08/2014 10:08:50		Aceito
Outros	Delegação de funções 1.jpg	20/08/2014 22:28:43		Aceito
Outros	Continuação de delegação de funções.jpg	20/08/2014 22:29:13		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_322527.pdf	20/08/2014 22:41:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido_reformulado.docx	16/09/2014 21:27:57		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.211.602

Outros	Projeto CNPQ EPS 16.09.2014_reformulado.doc	16/09/2014 21:39:42		Aceito
Outros	Carta com as reformulações adequadas.docx	16/09/2014 21:40:36		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_322527.pdf	16/09/2014 21:40:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CNPQ EPS 29.09.2014_reformulado.doc	29/09/2014 11:16:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO reformulado 29.09.2014.docx	29/09/2014 11:20:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_322527.pdf	29/09/2014 11:20:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE250815.docx	25/08/2015 16:34:22	Maria Henriqueta Luce Kruse	Aceito
Outros	Carta.docx	25/08/2015 16:35:48	Maria Henriqueta Luce Kruse	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_570173 E1.pdf	25/08/2015 16:38:03		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 02 de Setembro de 2015

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Born Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br