

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**REFLEXÕES E POSSIBILIDADES DA PRECEPTORIA A PARTIR DO
PLANEJAMENTO DE CICLOS DE RESIDÊNCIA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

JULIANA BURLAMAQUI CARVALHO

TERESINA/PI

2020

JULIANA BURLAMAQUI CARVALHO

**REFLEXÕES E POSSIBILIDADES DA PRECEPTORIA A PARTIR DO
PLANEJAMENTO DE CICLOS DE RESIDÊNCIA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Preceptoría em Saúde, como requisito final para obtenção do título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientador(a): Adriene Cristina Lage

TERESINA/PI

2020

RESUMO

Residências Multiprofissionais representam um eixo da Educação Permanente para qualificar e atender às demandas do SUS. Propõe-se uma intervenção com objetivo de construir espaço de interação preceptor-residente no cenário de prática. Ação foi realizada no Hospital Universitário da UFPI. Foi proposta um encontro com preceptores e residentes para construção de agendas integradas e uso da matriz FOFA. Foram identificadas precocemente dificuldades dos residentes como pouca habilidade de comunicação e desmotivação, barreiras para execução das supervisões e pontos que a preceptoria precisa avançar. Foi observada vantagens no uso dos instrumentos e serão propostos como metodologia de trabalho da preceptoria.

Palavras-chave: Competência profissional; Residência; Preceptoria.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988). Consiste em uma das mais nobres metas formuladas pela Saúde Coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, como afirma Ceccim (2005). Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido estratégias variadas e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde às reais necessidades da população, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece como uma alternativa viável a realização desses objetivos de qualificar e atender às demandas do SUS. Esse tem sido o enfoque educacional reconhecido como o mais apropriado para produzir transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os processos locais (DAVINI, 2009). As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) representam um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Segundo SILVA (2016), as preceptorias são evidenciadas pelos residentes como momento propício para o desenvolvimento da EPS, uma vez que preceptores e residentes realizam diálogos, trocam experiências e definem como as atividades de atuação dos

profissionais de saúde serão planejadas. Pode-se destacar, como um dos grandes desafios da preceptoria, auxiliar os residentes a desenvolver a competência de identificar e dar respostas as demandas locoregionais. Para isso, as atividades devem contemplar o planejamento das ações que é apontado como possíveis inovações assistenciais que a residência pode trazer ao cenário de prática, com contribuições para identificação das demandas (LUCENA, 2018).

Nascimento (2010) apresenta a definição de competência como a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. Para o autor, a competência busca responder às necessidades do mundo contemporâneo; constrói-se na formação, mas também nas diferentes situações do trabalho. Sugere ainda que é preciso encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para resolução dos problemas. É preciso questionar, a partir da realidade de cada programa, como ampliar a interação preceptor-residente no cenário de prática, visando desenvolver competências para identificar as demandas do serviço?

Observa-se na prática das preceptorias da área de psicologia, vinculadas a dois programas distintos (Residência Multiprofissional em Saúde, ênfase em Alta complexidade, vinculada a Universidade Federal do Piauí, campus Teresina, e Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva, vincula a Rede EBSEH) a dificuldade dos residentes de eleger demandas prioritárias no cenário de prática, além de constantes mudanças das práticas transversais que requer reorganização constante do eixo específico. Há constantes desencontros entre os residentes e preceptores no cenário de prática o que dificulta desenvolver ações em conjunto, orientações e atendimento das demandas prioritárias, apesar do interesse e assiduidade dos dois atores envolvidos.

Esse intervenção limita-se a pensar a concepção de núcleo como conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional, não avançando para pensar o campo como saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades. (CARVALHO, LIMA e BADUY, 2007 apud CAMPOS, 1997).

Primeiramente, é preciso fortalecer a identidade de ser preceptor, para posteriormente avançar em outras compreensões dos processos de trabalho multiprofissional e interprofissional. Para isso é preciso “formar profissionais de saúde capazes de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado e que, não abrindo mão da sua formação, possa estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão e ao interprofissionalismo” (CARVALHO, LIMA e BADUY, 2007)

O presente Plano de Ação pretende promover uma estratégia de planejamento compartilhado, levando em consideração rotina do preceptor e residente de psicologia, além de recurso que facilite a imersão em serviço a partir das dificuldades e possibilidades de

cada local de prática. A problemática contemplada no plano de preceptoria integra os temas considerados estado da arte sobre residência multiprofissional, elencados por Torres (2019), ao destacar a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, como o trabalho em pequenos grupos.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir espaço de interação preceptor-residente no cenário de prática.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Auxiliar o desenvolvimento de competência de identificação de demandas do serviço pelo do residente;
- Facilitar estratégias de gestão compartilhada do trabalho e espaços de encontros preceptor-residente;
- Aperfeiçoar o processo de imersão do residente em cada ciclo;
- Contribuir para o processo avaliativo do residente a partir da identificação e respostas as demandas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se um projeto de intervenção de Residência Multiprofissional em Saúde – área psicologia, do tipo Plano de Preceptoria, como pré-requisito para conclusão da Pós-graduação em Preceptoria.

Inicialmente, foi proposto uma intervenção que ocorreria em 4 encontros e no processo de retomada da rotina hospitalar no pós-pandemia, com todos os preceptores. O contexto idealizado para a intervenção não ocorreu, uma vez que até o presente momento, o HU-UFPI mantém a rotina assistencial da psicologia alterada devido a pandemia. Conseqüentemente, os ciclos dos residentes, o tempo de imersão em cada cenário de prática e, principalmente, o tempo de cada ciclo preceptor-residente foi alterado.

A intervenção desenvolvida até o momento inclui apenas parte da preceptoria (2) e parte dos residentes (2), sendo considerada um pré-teste dos instrumentos construídos para auxiliar no início de cada ciclo residente-preceptor.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O estudo será realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – ênfase em Alta Complexidade e no Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva.

Inicialmente, o projeto tinha previsto os residentes do primeiro ano de residência (R1) e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – ênfase em Alta Complexidade. Foi realizado com 2 residentes, R1 e R2, dos Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – ênfase em Alta Complexidade e Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva.

A execução foi proposta pela preceptora-pesquisadora. Plano foi desenvolvido com residentes no primeiro (R1) e segundo (R2) ano de residência e preceptores, enfatizando o protagonismo de todos os atores envolvidos para o desenvolvimento da residência.

A intervenção foi proposta como um pré-teste dos instrumentos a serem propostos para os programas de residência como instrumentos da preceptoria.

3.3 ELEMENTOS DO PP

Considerando o prolongamento das alterações da rotina de pandemia no estado do Piauí com suas características locais de isolamento social e *lockdown* de forma preventiva, houve um importante achatamento da curva de infecção. Conseqüentemente, o período de propagação da doença na população foi mais extenso, de forma que as unidades hospitalares modificam a rotina de marco até o momento atual.

Essa modificação acarretou ajustes no serviço para atender as novas demandas que impossibilitaram a execução total do projeto. Entre essas mudanças destacamos: afastamento da coordenadora que participaria da etapa de sensibilização dos preceptores; suspensão das atividades teóricas presenciais que seria o espaço de formação utilizado para aplicação da intervenção; redução do tempo de cada ciclos dos residentes para períodos de um ou dois meses para evitar exposição prolongada a COVID-19; tempo mais curto para desenvolver a

relação preceptor-residente; preceptores deslocados do local de lotação rotineiro, ou seja, também atendendo a novas demandas e iniciando trabalho com outras equipe de trabalho.

Compreende-se a intervenção atual como a ação possível de ser desenvolvida e servindo como uma pré-intervenção que possibilita entender se atividade proposta auxiliará no desenvolvimento de ações em conjunto, orientações e atendimento das demandas prioritárias entre preceptor-residente.

A atividade foi desenvolvida em um encontro com uma dupla preceptor-residente no início de mais um ciclo de residência. Foram incluídas duas duplas com seleção intencional dos dois preceptores com menos tempo de preceptoria em contexto hospitalar (1 ano e 4 meses de preceptoria e 9 meses de preceptoria). Cada dupla foi convidada a participar de um encontro de planejamento para o início do ciclo, em data e horário previamente agendado.

Previamente aos encontros, foram elaborados quatro instrumentos, sendo dois instrumentos de aplicação individual e dois instrumentos integrados (apêndices). O primeiro instrumento foi entregue com dois dias de antecedência da data do encontro e solicitava que preceptor e residente individualmente descrevessem sua rotina, incluindo assistência, gestão, ensino e pesquisa. O segundo instrumento solicitava que as duas rotinas fossem integradas em uma agenda compartilhada, destacando os espaços de encontro preceptor residente.

O terceiro instrumento pedia para cada ator individualmente descrever dificuldades e expectativas sobre o novo ciclo. O quarto instrumento seria a utilização da matriz FOFA para contemplar as dificuldades e expectativas já identificadas, numa integração de ideias e organização dos pontos fortes e fracos do ciclo.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

O plano de preceptoria apresentou a previsão de fragilidade de resistência dos preceptores para realizar mudanças na rotina de imersão dos residentes, além de possíveis desistências em dar continuidade aos encontros periódicos de revisão do plano inicial desenvolvido entre residente-preceptor. Para minimizar a resistência a mudança proposta, seria realizada sensibilização prévia da coordenação para apoio e incentivo a atividade. Uma nova fragilidade surgiu, considerando o prolongamento da pandemia e continuidade de rotinas alteradas entre preceptor-residente.

O projeto de intervenção apostava que a necessidade de replanejamento do serviço após a pandemia seria uma oportunidade, quando ocorreria a retomada da rotina dos residentes nos rodízios planejados e preceptores lotados nos postos usuais de trabalho. O plano seria apresentado como um facilitador desse processo de retorno ao funcionamento

rotineiro, porém afetado por novas demandas do pós-pandemia. Tal oportunidade foi configurada como dificuldade para intervenção.

Antecipamos como novas demandas: ansiedade dos profissionais de saúde, manutenção de medidas excessivas de distanciamento que dificulte o vínculo com usuários, luto complicado entre outras. Diante do prolongamento da pandemia, a intervenção completa foi adiada e reformulada. Acredita-se que nova oportunidade ocorrerá nos próximos 6 meses.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

No planejamento, a última etapa dos encontros coincidiria com o processo avaliativo realizado pela dupla preceptor-residente, com *feedback* da efetividade da atividade para atender aos objetivos do plano.

Após a etapa executada, foi realizada escuta sobre a percepção da atividade proposta e se avaliam como prática importante de ser implementada na residência.

Pretende-se ainda ao final do ciclo, promover novo encontro para ver mudanças e atualizações do planejamento inicial, se auxiliou superação das dificuldades, se as expectativas foram atendidas e se o planejamento prévio ajudou na avaliação final do ciclo. Considera-se o plano atual ainda em execução.

Caso seja observada a efetividade da ação, o mesmo será utilizado como referência para reformulação do planejamento inicial, visando criar uma estratégia de maior otimização dos encontros que alcance os objetivos propostos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados serão apresentados de forma descritiva, ressaltando pontos coincidentes e divergentes entre as duplas preceptor-residente, destacando mudanças que ocorreram ao longo do processo e possíveis avanços da compreensão da rotina para facilitar os encontros. As duplas serão nomeadas de preceptor-residente A (RPA) e preceptor-residente B (RPB). Para identificar cada participante teremos a dupla: RPA, formada por residente (RA) e preceptor (PA), e RPB, formada pelo residente (RB) e preceptor (PB).

No primeiro contato, ao serem convidados a participar do encontro os residentes aceitaram prontamente, mas os preceptores não aceitaram de imediato. Fizeram várias perguntas sobre a prática proposta. Parecia ter havido uma resistência inicial. Entre as possíveis resistências pode-se inferir sobre risco de ser exposto e, principalmente, na presença

do residente. Após a apresentação do primeiro instrumento e tempo para elaboração, parece ter sido superada as resistências iniciais.

Na apresentação das rotinas iniciais (primeiro instrumento) os dois preceptores e uma residente organizaram a rotina por horários dos dias, parecendo optar pela apresentação em forma de agenda. RA usou conjuntos de atividades que o longo da apresentação separou em manhã e tarde, parecendo acompanhar o pensamento do preceptor. Observou-se nessa residente a inclusão de atividades transversais como leituras e escrita científica, parecendo propor mais atividades que mesclam prática-estudo.

As duas duplas tiveram dificuldade de incluir práticas para além da assistência e ensino formal (atividade teórico-prática). Ambos colocaram gestão como parte da gestão diária do trabalho do psicólogo, por não haver rotina diretamente gerenciais ou de chefia, parece ter excluído a gestão do serviço onde se vinculam.

Os residentes incluíram pesquisa nas suas rotinas, uma vez que a formação inclui a elaboração de trabalho de conclusão e residência, que necessariamente, precisa haver o desenvolvimento de uma pesquisa de campo. PA reconheceu inexistência de prática de pesquisa, propôs como ponto a avançar.

Jesus e Araújo (2011) citam alguns desafios para o processo ensino-aprendizagem multiprofissionais, entre eles: a falta de diálogo entre preceptor e tutores, falta de preparo para o trabalho coletivo, incluindo a produção de conhecimento a partir de pesquisas sobre temáticas relevantes ao contexto de prática-aprendizagem.

Foi solicitada também a sinalização de tempo livre para descanso, lanches e pausas informais de convivência que compõe a rotina de qualquer programa que contemple 60 horas. Apesar da orientação no instrumento para identificar esses horários livre, não foi observada demarcação espontânea dessa possibilidade. A dupla RPB, ao ser questionada, incluiu alguns espaços ao longo do dia, coerente com cuidados alimentares e de descanso. PBA continuou sem incluir, deixando restrito ao café da manhã e almoço. RA ao ser questionada sobre lacunas de horários na agenda da noite, que poderiam ser utilizados para melhor distribuição das atividades ao longo do dia, questionou: “você quer que eu não pare hora nenhuma?”. Apesar de reconhecer e demandar tempo livre, parecia só ter sido incluído ao final do dia intensamente preenchido.

A inclusão de tempo livre, ou seja, lacunas intencionais com finalidade de autocuidado, reflexões e convivência é algo relevante na construção de planejamentos. Deve-se considerar inclusive demandas individuais em relação a hábitos, costumes e necessidades de saúde. Abre-se a possibilidade de criar um ambiente coerente entre formação em saúde e produção de saúde nos locais de trabalho.

Por outro lado, a exclusão de tempo livre, ou a cresça de não precisar dele, pode produzir sobrecarga, desgastes e desencontros que podem ser interpretados como ausências do residente e do preceptor das atividades práticas. Essa exclusão revela a manutenção de uma lógica de trabalho pautada na produção em detrimento da lógica de cuidado. Silva et al. (2016) destaca que parece não ser tão simples dedicar tempo ao lazer durante a residência, pois, em uma sociedade capitalista que atribui grande importância ao trabalho, constata-se que este ocupa grande parte do dia dos adultos, de maneira que o tempo livre parece ser escasso.

No momento de integrar as rotinas, as informações da agenda individual parecem ter sido fundamental para uma rápida integração. Houve um somatório das atividades. A dupla RPA tinha horários mais convergentes (preceptor e residente com os mesmos horários no hospital), enquanto RPB tinham horários pouco coincidentes de forma que o residente ficava apenas 3 horas em comum com o preceptor no cenário de prática. As duas duplas fizeram propostas de encontros diários. Não ficou explícito em nenhuma agenda integrada onde os encontros ocorreriam, podendo ser um ponto a avançar numa segunda versão do instrumento.

Apesar de RPA tem mais horários em comum, os encontros preceptor-residente parece ter ficado indefinido, de forma que os atrasos do término das atividades assistenciais comprometiam os encontros no início da tarde. Ao ser pontuado essa dificuldade, PA propôs o novo encontro semana, agora com horário definido de forma a suprir lacunas de dias sem encontros. Mesmo a dupla sinalizando momentos diários de planejamento, este não foi destacado como horários de preceptoria, de forma que preceptor e residentes poderiam fazer em locais separados como dois planejamentos individuais.

RPB superam os desencontros de horários priorizando os encontros preceptor-residente diariamente antes do início da prática. Preceptoria e planejamento parecem ser apresentados de forma integrada, sendo sugestivo de um encontro mais próximo da complexidade da realidade assistencial.

As duas duplas nomearam os encontros preceptor-residente de supervisão, parecendo fazer referência ao modelo de formação acadêmica da psicologia. Esse modelo não incluir a formação em serviço e local de prática como lócus dos encontros, além de priorizar a discussões caso a caso num segundo tempo, após o atendimento. Outra desvantagem do modelo de supervisão, é a ausência de espaços de observação da prática ou de inclusão das equipes multiprofissionais na rotina da psicologia.

Essa sobreposição de conceitos entre preceptoria e supervisão, surge na Portaria no. 1111/MS de 5 de julho de 2005, determina “preceptoria: função de supervisão docente-

assistencial por área específica de atuação ou de especialização profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação”. Ainda faz referência a formação e experiência mínima para atuação. Porém não avança para a construção de um modelo integrado ensino-aprendizagem ou inclusão de vários atores.

No terceiro instrumento, apesar de ser apresentado como um segundo momento, foi observada que houve continuidade entre as atividades. De forma que elementos expressos verbalmente, terem surgido nas descrições das duas categorias: dificuldades e expectativas. Parece ter facilitado sistematizar de forma mais clara as demandas dos atores.

As expectativas destacadas pelas duplas foram referentes as novas habilidades em relação ao novo cenário de prática (incluindo uso de equipamentos de proteção individual e habilidade como preceptor); aprender com as diferenças (incluindo diferentes abordagens da psicologia); aprofundar as habilidades clínicas. Houve destaque para dimensão interpessoal com espaço para diálogo e atualização contínua. Essas expectativas foram reconhecidas como fortalezas na matriz FOFA, ou seja, pontos fortes e como fatores controláveis pela dupla preceptor-residente. As oportunidades dizem respeito as características dos casos clínicos que emergem com cada serviço.

RB destacou mais expectativas em relação a preceptoria, incluindo ainda: a divisão de responsabilidade como a preceptoria, maior articulação teórico-prático e encontros diários. RA expressou que “é difícil R2 ainda ter expectativas no final da residência”. Porém, destaca-se que seria o primeiro ciclo da residente com UTI e com paciente COVID-19. Isso nos faz pensar numa possível interferência do cansaço ou falta de identificação com o ciclo proposto.

A grande maioria dos residentes está nos programas depositando expectativas e aspirações pessoais e profissionais que podem por ora ser frustradas. Cada residente se inserem nos cenários de prática, ensino e aprendizagem, com bagagens de conhecimentos, curiosidades, potencial criativo e disposição para o novo, mas o que não garante sua permanência nesse processo de aprimoramento acadêmico, levando a evasão ou possíveis desinvestimentos (SILVA et al., 2016).

A diversidade de contextos, meios e abordagens que atravessam o processo educativo interferem no processo. Porém para se ter sucesso, ainda é necessário não se descuidar um só instante para o ato de educar ser um ato contínuo. Não cabem vacilações por parte de quem gere tal processo (ARISTIDES, 2019). Cabe a preceptoria um importante papel de incentivar e despertar interesses para o aprendizado durante todo o longo percurso de residência.

Nas descrições das dificuldades, houve muitas diferenças entre as duplas e entre preceptor residente. Isso pode ter acontecido devido a rotina das duplas e locais de lotação terem demandas muito peculiares.

RPA expressa dificuldade a partir do contexto de pandemia. A unidade COVID-19 ao mesmo tempo em que possibilita espaço para novas habilidades, também trás a ameaça do risco de contágio. Destaca-se a ambivalência da dupla em relação à demanda apresentada. Apesar de a matriz FOFA prever que um mesmo evento não possa ser colocado em quadrantes diferentes, sabe-se que é possíveis diferentes olharem e afetos frente a uma mesma questão.

O uso da matriz não teve aqui o papel de restringir, mas de expandir a discussão. Acolhemos as ambivalências, como tentativa de dar conta da complexidade do contexto e dos atores. Considera-se que os sujeitos envolvidos no complexo ato de aprendizagem são multideterminados, ou seja, produto da história, do meio social, da cultura, expressão permanente da imanência e transcendência que caracteriza o processo vivo de ensinar e aprender (ARISTIDES, 2019).

Mesmo estando demarcados os espaços para encontros, RPA apresenta como fraquezas a impossibilidade de encontros ou supervisões improdutivas. Esse ponto pode já sinalizar a necessidade de reorganização da segunda atividade (agenda compartilhada), uma vez que reconhecem que são pontos fracos controláveis. Isso confirma a percepção de que os espaços de encontros foram negligenciados na agenda dessa dupla, podendo chegar a não acontecer diariamente, como foi preconizado, ou ocorrer após uma rotina de prática sem pausa para descanso (sem tempo livre). Por outro lado, pontua uma inquietação para além da quantidade de encontros, mas também a qualidade.

Silva,et al (2016), cita a psicodinâmica do trabalho, que exige constantes negociações e um ajuste entre desejos e possibilidades no ambiente de trabalho. “Contudo quando o espaço de negociação apresenta um nó que não permite ser desatado, o sofrimento psíquico se acentua. Dessa forma, as estratégias defensivas desempenham importante papel nessas negociações. As constantes lutas vão deixando marcas nas pessoas, que se transformam a tal ponto que deixam bruscamente de serem o que eram antes quando iniciaram o trabalho.”(p.223)

Na matriz FOFA houve ampliação de pontos fracos por PRB, mas a maioria foi atribuída a fatores externos (ameaças), como: turnos distintos de trabalho, diversidade de demanda no setor (diferentes clínicas médicas compartilham os espaços de internação) e sobrecarga de trabalho. Essa polarização pode ser um sinal da dupla não conseguir produzir

respostas a essas dificuldades nesse primeiro momento. Porém acredita-se que a identificação precoce de dificuldades seja o primeiro passo para construções coletivas.

A dupla PRB destacou a dificuldade de comunicação com a equipe. RB considera que ainda não desenvolveu suficientemente habilidades de comunicação e o preceptor não estará no hospital nos horários de maior articulação entre residente e equipe. A identificação precoce dessa dificuldade de comunicação com a equipe, foi destacado como algo bastante significativo pela dupla. Essa foi a única dificuldade elencada como fraqueza (controlável). Pode-se destacar a comunicação como uma competência indispensável em direção as práticas interprofissionais.

Destaca-se aqui a importância de proposições pensadas e ativadas nas mudanças de modelo assistenciais, que proponha criatividade nos momentos mais difíceis no contexto de desmonte (ARISTIDES, 2019). A precarização dos vínculos de trabalho e a sobrecarga por acúmulos de empregos são desafios enfrentados pela preceptoria que precisam ser considerados.

A atividade propiciou um espaço de reflexão, possibilitando uma revisita às práticas assistenciais, a partir de uma participação ativa dos atores. Mais do que a utilização de instrumentos fechados, aproximou-se do modelo de oficinas de trabalho. As oficinas permitem uma articulação entre o específico das vivências individuais e o geral decorrente da inserção social dos participantes, bem como entre a subjetividade e a objetividade (CARVALHO, LIMA e BADUY, 2007)

Ao final da atividade, todos os participantes destacaram a relevância do planejamento preceptor-residente. Sentiram que os instrumentos contribuíram para ampliar a compreensão da própria rotina e do outro, além de sistematizar a rotina de trabalho num novo ciclo. Perceberam que houve a identificação precoce de dificuldades dando tempo hábil para trabalhá-las durante o tempo de práticas juntos. Deram como sugestão a manutenção dos instrumentos como proposta de trabalho regular. Como crítica, foi destacada que o pesquisador-preceptor pode ter sugestionado as construções, sugerindo que não haja mediação na atividade, caso torna-se prática dos preceptores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Preceptoria executado apresenta a proposta de instrumentos que facilite o primeiro encontro de integração entre preceptor-residente. Ratifica-se que a agenda é um

espaço de construção compartilhada que precisará dar conta de duas rotinas, muitas vezes sobrecarregadas e com incompatibilidades de horários.

A organização inicial do ciclo, a partir da agenda integrada e compartilhada, foi apresentada como uma alternativa de diálogo e planejamento para garantir a inclusão das práticas específicas das áreas e inclusão das atividades teóricas. Ampliar a agenda para além das atividades assistenciais uniprofissionais e ensino, contemplando também prática multiprofissionais, gestão e pesquisa, parece ainda ser um desafio para a preceptoria.

Outro desafio parece ser a ampliação da compreensão da preceptoria e desvincular ao modelo de supervisão de estágio acadêmico, fortemente difundido na formação de psicólogos clínicos. Como possibilidade pretende-se revisar os instrumentos, incluindo os espaços onde serão realizados os encontros e atores envolvidos, de forma a provocar a reflexão sobre a prática da preceptoria também no cenário de prática e da inclusão de mais atores da residência.

A simplificação da intervenção parece ter sido importante para diminuir resistências e otimizar a atividade proposta. Dessa forma, as duplas envolvidas avaliaram que tiveram benefícios imediatos, sem desperdício de tempo. Possibilita pensar que instrumentos simples e rápidos podem facilitar o diálogo e qualidade dos encontros, sem produzir resistências a mudanças ou ser avaliada como burocracia

REFERÊNCIAS

ARISTIDES, Jackeline Lourenço. Residentes, preceptores e tutores: construção polissêmica de sentidos. **Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 3, n.2, Maio/Agosto, 2019. ISSN: 2594-5343

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 111, de 05 de julho de 2005**. Fixa normas para a implantação e execução do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado; 1988.

CARVALHO, Brígida Gimenez; LIMA, Josiane Vivian Camargo de; BADUY, Rossana Staevie. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em Saúde Família. IN: BRASIL, Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.10, v.4, p.219-30, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>

DAVINI, M.C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.39-56, 2009.

LUCENA, Carla Mousinho Ferreira et al. Processo de Implementação da Residência Multiprofissional em Saúde em um Hospital Universitário: Principais Avanços e Desafios. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 267-276, 2018. ISSN 1415-2177.

NASCIMENTO, D.D.G.; Oliveira, A.M.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

SILVA, Cristiane Trivisio da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2760014, 2016.
Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100304&lng=en&nrm=iso>. access on 14 June 2020. Epub Mar 22, 2016.

SILVA, Simone Borges.; LIMA, Gabriela Comlombi.; DIAS, Ieda Maria Avila; SILVA, Mireli Vargas; LIRA, Camila Sampaio. A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional. **Residência Multiprofissional em Saúde**, v.10, n.4, 2016.

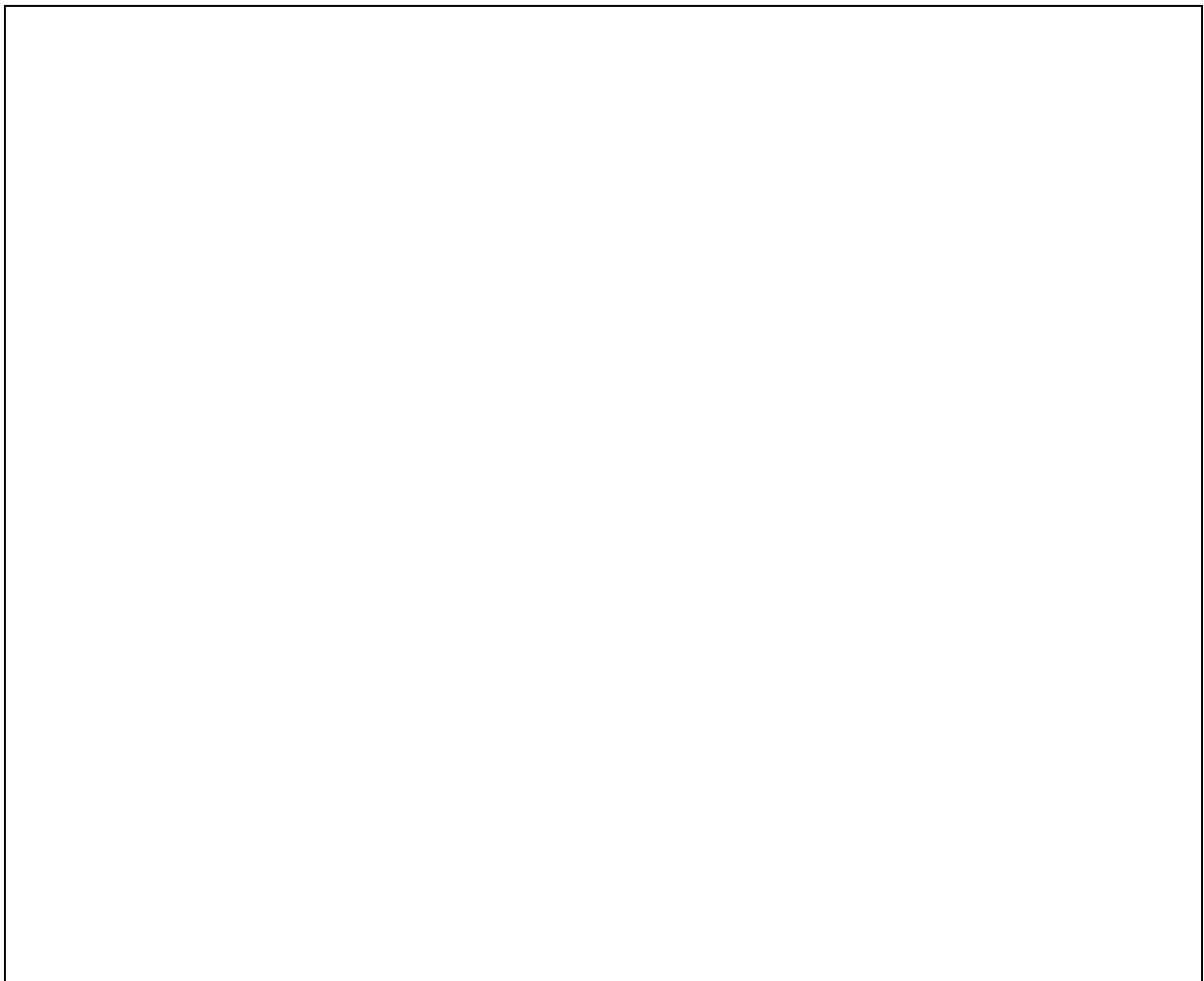
TORRES, Rafael Bruno Silva et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e.170691, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100206&lng=en&nrm=iso>. access on 11 June 2020. Epub Jan 21, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170691>.

APÊNDICES

INSTRUMENTO 1

Estamos diante da chegada de um novo ciclo e caminhamos para o retorno da rotina hospitalar pós-pandemia. Vamos começar com um encontro de planejamento que está sendo proposta com objetivo de otimizar encontros entre preceptores e residentes.

Gostaria que cada um apresentasse sua rotina de trabalho. Inclua atividades assistenciais, gestão, ensino, pesquisa, tempo livre etc. Você poderá: descrever, colocar na agenda padrão ou criar sua forma de apresentar sua rotina. Através de uma livre expressão descreva a forma que você trabalha e atividades ao longo da semana. (preenchimento individual)

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the individual completion of the work routine description.

INSTRUMENTO 2

Agora é hora de integrar. Vamos colocar numa agenda a rotina integrada proposta para esse ciclo, destacando espaços de encontros preceptor-residente. Tentem contemplar as duas rotinas e as flexibilizações feitas para atender a esse ciclo. (preenchimento compartilhado)

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

INSTRUMENTO 3

Agora os participantes do processo, já tendo identificado os espaços de encontros, devem refletir sobre: (preenchimento individual)

Qual a sua expectativa com o novo ciclo da residência ou da preceptorial?

Quais dificuldades desse ciclo?

Agora é hora de integrar. Considerando as expectativas e dificuldades, vamos construir a matriz FOFA pensando no próximo ciclo.

A matriz FOFA desenvolvida poderá ser retomada como referencial ou como base para reformulações a qualquer momento, garantindo integração entre todas as atividades do período e maior participação do preceptor na rotina do residente. (preenchimento compartilhado)

	Fatores internos (controláveis)	Fatores externos (incontroláveis)
Pontos Fortes	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Pontos Fracos	FRAQUEZAS	AMEAÇAS