

## **Residência multiprofissional em saúde: As relações profissionais do enfermeiro-preceptor com os demais atores sociais**

**Multiprofessional residence in health: The professional relationships of the nurse-preceptor with the other social actors**

**Residencia multiprofesional en salud: Las relaciones profesionales del enfermero-preceptor con los otros actores sociales**

Recebido: 15/04/2021 | Revisado: 23/04/2021 | Aceito: 27/04/2021 | Publicado: 11/05/2021

**Verônica Caé da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3720-6136>  
Hospital Federal de Bonsucesso, Brasil  
Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, Brasil  
E-mail: [vcaesilva@gmail.com](mailto:vcaesilva@gmail.com)

**Ligia de Oliveira Viana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6920-1367>  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [ligiaviana808@gmail.com](mailto:ligiaviana808@gmail.com)

**Alexandra Schmitt Rasche**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2314-7016>  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [alexandraschmitttrasche@gmail.com](mailto:alexandraschmitttrasche@gmail.com)

**Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3176-2134>  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [pacitageovana@yahoo.com.br](mailto:pacitageovana@yahoo.com.br)

### **Resumo**

Objetivo: descrever o relacionamento profissional dos atores sociais da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com o enfermeiro-preceptor. Metodologia: pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso único. O cenário foi o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ) que possui dois Programas de RMS: Saúde da Mulher (RMS-SM) e Saúde da Família e Comunidade (RMS-SFC). Os dados foram produzidos por meio de entrevista, observação e análise documental. Participaram do estudo 46 profissionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/HESFA/ UFRJ sob o número de Parecer: 776.075 e de CAAE: 34835714.0.0000.5238. Resultados: As atividades que os tutores, docentes, preceptores, coordenadores e residentes (atores sociais) desenvolveram junto ao enfermeiro-preceptor foram distintas visando principalmente à garantia do funcionamento dos programas. Os atores sociais descreveram sua relação profissional na residência junto ao enfermeiro-preceptor, com maior ou menor aproximação, dependendo da função que desempenhavam. Conclusão: Destaca-se a importância da construção de um trabalho coletivo e colaborativo para mudanças efetivas nas práticas dos cenários de saúde, estreitando os vínculos interprofissionais entre todos os protagonistas da RMS.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Preceptoria; Internato não médico; Prática profissional.

### **Abstract**

Objective: to describe the professional relationship of the social actors of the Multiprofessional Residency in Health (RMS) with the nurse-preceptor. Methodology: qualitative, descriptive and exploratory research, of the type of single case study. The scenario was the São Francisco de Assis Health Care Institute of the Federal University of Rio de Janeiro (HESFA / UFRJ) which has two RMS Programs: Women's Health (RMS-SM) and Family and Community Health (RMS-SFC). The data were produced through interviews, observation and document analysis. 46 professionals participated in the study. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Anna Nery School of Nursing / HESFA / UFRJ under the number of Opinion: 776.075 it's from CAAE: 34835714.0.0000.5238. Results: The activities that tutors, teachers, preceptors, coordinators and residents (social actors) developed with the nurse-preceptor were different, aiming mainly at guaranteeing the functioning of the programs. The social actors described their professional relationship in the residence with the nurse-preceptor, with greater or lesser approximation, depending on the role they played. Conclusion: The importance of building collective and collaborative work for effective changes in the practices of health scenarios is highlighted, strengthening the inter-professional bonds between all the protagonists of the RMS.

**Keywords:** Nursing; Preceptorship; Internship nonmedical; Professional practice.

### Resumen

Objetivo: describir la relación profesional de los actores sociales de la Residencia Multiprofesional en Salud (RMS) con la enfermera-preceptora. Metodología: investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, del tipo de estudio de caso único. El escenario fue el Instituto de Salud São Francisco de Assis de la Universidad Federal de Río de Janeiro (HESFA / UFRJ) que cuenta con dos Programas RMS: Salud de la Mujer (RMS-SM) y Salud Familiar y Comunitaria (RMS-SFC). Los datos fueron producidos a través de entrevistas, observación y análisis de documentos. 46 profesionales participaron en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery / HESFA / UFRJ bajo el número de Opinión: 776.075 es de CAAE: 34835714.0.0000.5238. Resultados: Las actividades que los tutores, docentes, preceptores, coordinadores y residentes (actores sociales) desarrollaron con la enfermera-preceptora fueron diferentes, apuntando principalmente a garantizar el funcionamiento de los programas. Los actores sociales describieron su relación profesional en la residencia con el enfermera-preceptora, con mayor o menor aproximación, dependiendo de la función que desempeñaran. Conclusión: Se destaca la importancia de construir un trabajo colectivo y colaborativo para cambios efectivos en las prácticas de los escenarios de salud, fortaleciendo los vínculos interprofesionales entre todos los protagonistas de la RMS.

**Palabras clave:** Enfermería; Preceptoría; Internado no médico; Práctica profesional.

## 1. Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é conceituada como um modo de formação que congrega pessoas de diferentes categorias e áreas profissionais (da saúde ou com interface nela) na educação, trabalho e saúde em equipe. Possui um cunho multiprofissional e interdisciplinar, objetivando superar a fragmentação do conhecimento e da assistência em saúde. Esse modelo de formação profissional outorga titulação em pós-graduação lato sensu, por meio de metodologia de ensino-aprendizado com formação em serviço, mediante acompanhamento e supervisão (Brasil, 2010).

Para que seja implementada e estabelecida de forma efetiva nos vários cenários de prática de cuidado em saúde brasileiros, desde os destinados à atenção básica até a alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a RMS conta com a participação dos profissionais inseridos nos serviços para o acompanhamento e supervisão dos residentes estes denominados preceptores.

A RMS pode ser compreendida como um espaço oportuno de colaboração entre os profissionais, onde o mais experiente (preceptor) oferece oportunidade para que o recém-formado (residente) desenvolva suas “peculiaridades para plena atuação e desenvolvimento de postura” e, nesta relação de parceria entre atores sociais, todos evoluem “na construção do processo de formação profissional” (Padilha, Borenstein, Bellaguarda & Santos, 2020).

De acordo com preceitos da Resolução nº 2/2012 (Brasil, 2012), para se efetivar nas instituições denominadas executoras, as RMS devem propiciar integração ensino-serviço-comunidade, através de parcerias firmadas com todos os atores: residente, coordenador, docente, tutor, preceptor e usuário do serviço.

Os preceptores dos programas de RMS devem ter representação garantida no Núcleo Docente Assistencial Estruturante, tendo como atribuição o planejamento junto ao tutor (que é o profissional com título de mestre e atuação, mínima, de três anos na área, que orienta preceptores e residentes) das atividades teórico-práticas e práticas para os residentes, como corpo docente (Brasil, 2012).

O conhecimento sistematizado de determinada área, que sempre surge de um interesse, é facilitado a partir de questões ideológicas e filosóficas, na relação comunicativa entre os seres humanos com graus distintos de maturação, e historicamente determinados, como é o caso de educadores e educandos. Os enfermeiros-preceptores deixam um pouco de si no encontro com outros educadores (tutores, docentes, preceptores e coordenadores) e com os educandos (residentes) da RMS por meio da prática colaborativa (OMS, 2010), social e educativa.

A educação interprofissional enfrenta vários desafios de operacionalização no Brasil, principalmente no que tange as práticas profissionais. Entretanto é possível observar em estudos que os programas de residência multiprofissional em saúde

contribuem para o desenvolvimento de uma consciência holística ao possibilitarem viver uma experiência de educação interprofissional, que favorece a integralidade do cuidado (Nascimento & Omena, 2021).

Assim, é importante a existência de momentos para o encontro formal do profissional enfermeiro com os demais educadores visando à instrumentalização teórica e prática, para seu trabalho educativo com os residentes na preceptoría. Diante do exposto, foram construídas as seguintes questões norteadoras: Como os distintos atores sociais descrevem a sua relação profissional junto ao enfermeiro-preceptor na RMS? Como o enfermeiro-preceptor percebe a sua relação com os demais atores sociais da RMS? Desta maneira, o objetivo do presente artigo é: descrever o relacionamento profissional dos atores sociais da Residência Multiprofissional em Saúde com o enfermeiro-preceptor.

## 2. Metodologia

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso único integrado. O Estudo de Caso é um método de escolha quando se propõe responder questões com "como" e cujo foco volta-se para "um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real" (Yin, 2014). Trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada "Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro-preceptor na residência multiprofissional em saúde", defendida em 2017 (Silva, 2017).

O cenário de estudo foi o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ), que possui credenciamento junto aos Ministérios da Saúde - MS e Educação - MEC para o desenvolvimento de dois Programas de RMS: Saúde da Mulher (RMS-SM) e Saúde da Família e Comunidade (RMS-SFC).

Como critérios de inclusão dos participantes do estudo definiu-se: ser profissional que atue na área da saúde, graduado, de ambos os sexos; participar como coordenador, docente, tutor, preceptor ou profissional residente em um ou mais programas de RMS da instituição. Enquanto critério de exclusão delimitou-se: profissionais que estavam afastados de suas atividades (de licença ou férias) no momento da produção dos dados. Os participantes foram abordados partir de contato direto no cenário de prática, por e-mail e telefonemas. Ao final, os participantes do estudo totalizaram quarenta e seis profissionais.

Os dados foram produzidos por meio de entrevista semi-estruturada, observação direta individual e análise documental, permitindo a triangulação dos mesmos. Tanto as entrevistas quanto a observação foram conduzidas pela própria autora principal do estudo, à época doutoranda, enfermeira com experiência na docência do ensino superior de instituição privada e nas atuações como preceptora acompanhando enfermeiros residentes no serviço de cardiologia. Antes da realização da coleta de dados válidos para a pesquisa, foram realizados testes piloto que permitiu corrigir o instrumento, bem como desenvolver na pesquisadora habilidades para prever e contornar possíveis intercorrências.

Como instrumento para a coleta dos dados foi utilizado gravador digital para registro apenas do áudio dos participantes. Ademais utilizou-se diários de campo que permitiram registrar detalhes que somente a gravação não permitiria captar ou ser recordada posteriormente. As 46 entrevistas foram transcritas e não houve a necessidade de nenhuma ser refeita. Cabe destacar que foi considerada a saturação dos dados a partir das categorias empíricas (Fontanella, Ricas & Turato, 2008; Canzonieri, 2010). Salas de aula e consultórios foram utilizados privativamente nos cenários de prática para gravar as entrevistas, de modo que os atores sociais não foram expostos ao revelar informações sobre seu contexto real de trabalho ou de formação.

O referencial teórico que balizou a análise dos dados foram os conceitos da Pedagogia Histórico-Crítica (Saviani, 2005). Foram respeitados todos os princípios ético-legais, tendo o estudo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ) sob o número de Parecer: 776.075 e de CAAE: 34835714.0.0000.5238, de acordo com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Destaca-se que para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pela letra correspondente a posição que

ocupavam seguido do número relativo a posição que ocuparam na ordem cronológica das entrevistas, e da sigla correspondente a categoria profissional, ficando assim representados: Enfermeiro preceptor – EP; Tutores – T, Coordenadores – C, e residentes de primeiro e segundo ano - R. E a categoria profissional, da seguinte forma: -Nut para nutricionista, -Assist para assistente social, -Psi para psicólogo, -Enf para enfermeiro, -Odonto para cirurgião dentista e -Farm para farmacêutica.

### 3. Resultados e Discussão

Dos quarenta e seis entrevistados, contamos com a participação de vinte e três enfermeiros, sete assistentes sociais, sete psicólogas, quatro odontólogos, três nutricionistas, uma terapeuta ocupacional e uma farmacêutica. Portanto, representaram sete das treze categorias profissionais possíveis de inserção efetiva na RMS (Brasil, 1998). A maioria era do sexo feminino, com a idade variando entre 24 e 59 anos.

Um número expressivo de profissionais de saúde no Brasil é do sexo feminino (CONASEMS, 2020; Machado, 2017). Muitas são as questões e discussões acerca do processo de feminização das profissões em saúde em todo o mundo, como por exemplo: a remuneração igual à do sexo masculino, ocupação em cargos de chefia e direção, o trabalho técnico e altamente especializado, o acúmulo entre as atividades profissionais, domésticas e a maternidade, entre outros. Com relação à enfermagem, é histórica a participação da mulher na profissão, tanto em nível fundamental e médio quanto superior.

O HESFA oferece vagas aos estudantes para RMS por meio de dois programas distintos. O primeiro a ser autorizado pelo MEC/MS e iniciado foi o de RMS-SM, em 2010, que até hoje oferece vaga para os graduados em enfermagem, psicologia e serviço social. O segundo programa é o de RMS-SFC, que iniciou em 2011 e oferta vagas para enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e farmacêuticos (sendo a última turma para esta categoria oferecida em 2013). (UFRJ, 2021).

Para efetivação in loco das atividades da RMS os seguintes atores sociais participam dos programas do HESFA: os usuários dos serviços de saúde, os residentes, os preceptores, os docentes, os tutores e os coordenadores. Neste estudo ouvimos a todos, com exceção dos usuários, pela sua especificidade e características peculiares de busca e atendimento em cada setor ou unidade onde foram realizadas as produções dos dados.

Todas as coordenadoras (duas) e vice-coordenadoras (duas) dos programas foram entrevistadas. É interessante registrar, no universo multiprofissional de tantas possibilidades, que três são enfermeiras. Dos vinte e dois especializando inscritos regularmente nos cursos, ouvimos vinte e um. Houve um equilíbrio entre os participantes tutores, docentes e preceptores dos programas de RMS-SM e RMS-SFC no que se refere ao número de entrevistas. É importante destacar que oito participantes acumulam ou acumularam mais de uma função nos Programas de RMS, como por exemplo, docência e tutoria, docência e coordenação, tutoria e coordenação, preceptoria e tutoria. Mas, para melhor organização e apresentação dos dados, inserimos na função que desempenha há mais tempo ou aquela que mais trouxe no relato. Nenhum enfermeiro-preceptor exerce outra atividade na RMS. Há cinco profissionais que atuam em ambos os Programas concomitantemente.

Das coordenadoras, uma é mestre e três são doutoras. Todas as tutoras têm como maior titulação acadêmica o mestrado. Das docentes, temos uma mestre e uma doutora. A titulação dos profissionais docentes, tutores e coordenadores que atuam nos programas de RMS do HESFA vai ao encontro do que rege a legislação, pois, tem pós-graduação *stricto sensu* e experiência profissional de três anos (Ceccim *et al.*, 2018). Portanto, podem contribuir com a formação e a vivência real no processo de aprendizagem dos residentes bem como no apoio aos preceptores.

Dos preceptores, incluindo o enfermeiro, onze possuem pós-graduação *lato sensu* e dois possuem graduação, no caso, em enfermagem. Quanto às preceptoras graduadas, uma já tem catorze anos de atuação no setor e vasta experiência, o que a torna uma expertise; e a outra atua há dois anos e três meses na área. Neste último caso, se trata de uma profissional que tinha grande interesse em atuar na RMS, apesar de não atender ao requisito de tempo de formação e especialização.

Em relação aos enfermeiros-preceptores, há uma diferença no tempo de atuação entre aqueles que acompanham os residentes na área de SM e na SFC. Sendo estes últimos (com exceção de um depoente) com atuação há menos tempo, devido ao tipo de vínculo com a unidade de saúde e alta rotatividade. Dos onze entrevistados, cinco são celetistas (CLT), contratados por Organizações Sociais (OSs) do município do Rio de Janeiro. Entre os que exercem suas atividades em regime de CLT, o maior tempo na RMS foi de dois anos.

Esta questão traz impactos para formação profissional dos especializandos, pois, a construção do vínculo é essencial no processo de ensino e aprendizagem. Além disso, os estudantes ficam sem referência para as questões que emergem nos espaços vivos de trabalho prático. Isso fica claro na fala dos residentes:

"... a rotatividade é muito alta na Saúde da Família [...]. Então, quando você fala enfermeiro eu imagino mil pessoas que eu tive contato, tanto na outra clínica como nessa." (R14-Nut).

"Tivemos alguns problemas quanto à presença do enfermeiro por conta da rotatividade de profissional. Então, no início nós fomos muito bem acolhidos por uma enfermeira que hoje não faz mais parte da nossa equipe. Tem uma enfermeira temporária lá que não abraça tanto assim a causa por conta de ser temporária." (R18-Odonto).

Saviani destaca que a sociedade atual tem característica capitalista, burguesa, mercadológica e disso "... decorre outro atributo da sociedade moderna: o caráter contratual. Daí derivam [...] aspectos que repercutem diretamente na educação..." (Saviani, 2020).

Muitas vezes, os profissionais que trabalham vinculados às OSs devem cumprir metas no desenvolvimento de suas atividades, inclusive para ganhos financeiros diferenciados, o que demanda um número expressivo e excessivo de atendimento diário, entre outros. Além disso, podem trazer também fragilidade no vínculo com o cenário de atuação, por não se vislumbrar possibilidade de fixação por longos anos e até décadas ali. Estas questões ficam evidentes na fala dos residentes e envolvem a temporalidade, a demissão e a troca por um cargo efetivo conquistado através de concurso público.

O preceptor é o profissional de referência do residente no campo da prática e, como esta compõe 80% das atividades dele no curso deve ser pensada e planejada com muita atenção por parte dos gestores, tanto dos programas quanto dos cenários, do serviço (Ceccim *et al.*, 2018). Em se tratando especificamente da RMS-SFC, deve haver o cuidado de inserir residentes em equipes compostas por profissionais que tenham um tempo de fixação na unidade, o que não garante que não ocorra rotatividade, mas, já aponta para um caminho um pouco mais seguro.

Quanto aos outros seis enfermeiros, três começaram na preceptoría desde o início do programa de SM no HESFA, em 2010, outros dois faz três anos, quando começou no setor onde já atuavam e, só uma possui tempo de atuação na RMS há dois anos, porque o setor em que trabalhava antes não recebia residentes. Em nenhum momento os residentes entrevistados da RMS-SM relataram mudanças e rotatividade dos seus preceptores.

Quanto aos residentes, todos estavam no segundo ano do curso, 76% possuíam como maior titulação acadêmica a graduação (pré-requisito para o ingresso no curso) nas seguintes profissões: psicologia (29%), enfermagem (24%), serviço social (19%), nutrição (14%), odontologia (10%) e farmácia (5%).

A maioria tinha entre dois e três anos de conclusão do curso de graduação. Todos os recém-graduados das seis profissões foram supervisionados pelo enfermeiro-preceptor individualmente ou em mini-equipes multidisciplinares. O termo "mini-equipe" foi utilizado pelos depoentes em vários momentos e se refere a organização e trabalho em grupo de residentes de diferentes categorias: enfermagem, serviço social e psicologia, na maioria das vezes trios, no caso do programa de SM. Na SFC atuava junto ao enfermeiro-preceptor de uma equipe da clínica uma mini-equipe de residentes com enfermeira, assistente social, nutricionista, psicóloga e cirurgiã-dentista, por exemplo.

Os cinco residentes pós-graduados eram especialistas em Odontopediatria, Saúde do adolescente, Psicologia-clínica, Gerontologia, Atenção psicossocial da infância e adolescência. Tais especializações poderiam ser utilizadas e devem ter sido

na atuação dos mesmos, tanto na SM quanto na RMS-SFC. Porém, o que fica evidente é que a maioria dos residentes era recém-graduado e iniciava suas práticas sob supervisão dos preceptores e dos enfermeiros-preceptores, contando com a experiência e apoio dos mesmos.

O Quadro 1 apresenta alguns aspectos que foram destacados das atribuições dos atores sociais junto ao profissional preceptor nos programas de RMS, conforme a Resolução no.2 (Brasil, 2012).

**Quadro 1** – Os atores sociais da RMS e sua relação com o preceptor.

<b>Profissional</b>	<b>Aspectos destacados na relação com o profissional preceptor</b>
Coordenador	Organizar e propiciar a efetiva qualificação do preceptor; Estimular a participação do preceptor no desenvolvimento de ações e de projetos entre as instituições do SUS.
Docente	Estabelecer junto ao tutor modos de incentivar o acesso ao preceptor às atividades de pesquisas dos estudos científicos e projetos; Dar apoio à coordenação na organização e aplicabilidade de projetos de educação permanente em saúde para o preceptor.
Tutor	Manter encontro regular com o preceptor, de preferência semanal, para propiciar estratégias educativas, promovendo a integração ensino-serviço; Organizar a execução e avaliação do Projeto Pedagógico junto ao preceptor; Facilitar a relação do mesmo com os residentes uni e multiprofissionais; Favorecer atividades de educação permanente em saúde para o preceptor.
Residente	Co-responsabilidade com a integração ensino-serviço, firmando articulação com o preceptor e sendo por este supervisionado diretamente.

Fonte: Autores, adaptado da Resolução nº2 (Brasil, 2012).

Ao serem questionados sobre as atividades que desenvolveram junto ao enfermeiro-preceptor, os atores sociais relataram experiências distintas, algumas em sintonia ao indicado na legislação acima destacada (Quadro 1). Os tutores, docentes, preceptores, coordenadores e residentes descreveram suas atividades na residência junto ao enfermeiro-preceptor, com maior ou menor aproximação, dependendo da função que desempenhavam. Desta forma, a análise dos resultados evidenciaram as cinco unidades temáticas apresentadas a seguir:

### **3.1 A relação da coordenação dos programas de RMS com o enfermeiro-preceptor**

O Coordenador é o profissional que assume a coordenação de um Programa de RMS, com a titulação acadêmica mínima de mestre e atividade profissional mínima de 03 anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde (Brasil, 2012). O trabalho do coordenador dos programas de RMS exige foco, paciência, flexibilidade, compreensão das condições históricas dos preceptores e uso de instrumentos documentais para atendimento do que preconiza o programa.

A coordenação deve buscar meios para assegurar aos enfermeiros-preceptores participação nas atividades da residência – seminários, reuniões, apresentações de trabalhos dos residentes, entre outros. Isso pode ocorrer através de agendamento com bastante antecedência, envio de ofícios solicitando liberações e, um poder de negociação com a gerência ou chefia do serviço onde o preceptor atua.

A aproximação da coordenação dos cursos do Programa de RMS-SFC e RMS-SM com o enfermeiro-preceptor se deu primeiramente para garantia do funcionamento do programa no setor no qual este trabalha, onde foram feitos os convites, acordos e orientações iniciais do que vem a ser a RMS e do que se espera da supervisão direta dos residentes no campo.

“Logo no início foi aquele trabalho de formiguinha mesmo, ia a cada setor fazer reuniões de equipe, procurar saber quem eram as pessoas que gostariam de se envolver com isso, porque nem todos quiseram [...] então foi um processo muito trabalhoso, lento [...] até porque nós não tínhamos exemplos passados de residência multi.” (C4).

“... houve atividade como educação continuada, no sentido de dialogar com esse preceptor para mostrar para ele qual

era o objetivo da residência no campo da preceptoria, quais eram as características que um preceptor poderia ter, deveria ter para assumir alunos de residência." (C3).

Pelo relato da coordenadora (C4) percebemos que nem todos os profissionais do serviço aceitaram a proposta de atuarem como preceptores, pois, a RMS era uma novidade na instituição, seria um acréscimo de responsabilidade. Esta é uma realidade recorrente, pois representa adicionar mais responsabilidades as atividades diárias do enfermeiro principalmente porque apesar da vasta experiência prática, muitos não detêm habilidades pedagógicas suficientes para desenvolver competências profissionais com um aluno (Manhães, Tavares, Ferreira, & Elias, 2021). Por isso se torna tão importante a mediação através da coordenação da RMS. O indicado seria que os preceptores fossem contatados previamente para participarem da construção do Projeto Pedagógico (PP) do curso no qual atuarão. O que não afasta a possibilidade deles contribuírem em suas futuras revisões e atualizações.

"... eu acho que a coordenação não é tão presente. [...]. Acho que falta um pouco de uma intervenção direta da coordenação do programa aqui dentro." (EP6).

A coordenação não deve se distanciar da realidade da prática que o residente vivencia e manter visitas regulares aos campos. Através delas, identificar as facilidades e dificuldades que o enfermeiro-preceptor possa enfrentar, sanando suas dúvidas imediatas, indicando meios para solução dos problemas que emergem do cotidiano com o residente e o tutor e organizando reuniões entre todos (Silva, & Dalbello-Araujo, 2019).

"Com o preceptor eu geralmente faço o contato via apresentação do gerente. [...] Quando eu estou na unidade eu converso com os preceptores lá, e em geral não consigo conversar com todo mundo junto. Porque é cada um na sua equipe, cada um na sua salinha. Então eu entro e entre uma consulta e outra [...] com a coordenação a interação é quase nenhuma, a não ser quando a coordenação está no campo e muito assim na boa vontade dele conversar comigo." (C2).

"Olha, meu contato com os preceptores da enfermagem passa muito pelas questões mais burocráticas da residência. Orientando na questão da avaliação, também pedagógica, [...] na questão da condução de algumas situações no dia-a-dia que eles têm dúvida eles recorrem: 'Ah! Devo dar falta? Posso liberar? Posso propor um atendimento sozinho? Posso sugerir que participe de tal evento?' Muito na questão mais de orientação dos trâmites mais burocráticos da residência. Documental, como é que preenche isso, como é que preenche aquilo." (C1).

A coordenadora (C1) participa da equipe da RMS-SM e a C2 da RMS-SFC e percebemos as diferenças nas demandas, até mesmo pelas possibilidades de encontros. As atividades práticas da SM ocorrem em sua maioria nas próprias dependências do HESFA, o que facilita a busca do preceptor à sala da coordenação para perguntar a respeito de instrumentos de avaliação e outras questões administrativas e do envolvimento com o residente. O enfermeiro-preceptor sabe onde pode procurar e está bem próximo. Já a C2 relata seu sentimento de tristeza por não conseguir efetivamente estabelecer uma relação de proximidade com os preceptores. As visitas ao campo são breves devido às muitas consultas e atendimentos que o profissional do serviço tem que realizar e pelo interesse do mesmo em dialogar com a coordenação.

Das atribuições dos coordenadores, se destaca o cumprimento pelos depoentes acima do previsto no Artigo nº18/2011: "Acompanhar a supervisão dos residentes sob responsabilidade dos preceptores e tutores vinculados ao seu Programa de Residência" (UFRJ/PR2, 2011).

Vale ressaltar que no PP da RMS – SFC é prevista carga horária destinada para que o enfermeiro exerça atividades de preceptoria, o que, pelo que identificamos, não tem sido cumprido. A equipe de profissionais preceptores será constituída por "enfermeiros, odontólogos e médicos, que exerçam suas atividades na estratégia de saúde da família da rede do município do Rio de Janeiro e que disponham de 20 horas/semanais para as atividades previstas para a preceptoria" (UFRJ/HESFA, 2010).

### 3.2 A relação dos tutores dos programas de RMS com o enfermeiro-preceptor

O Tutor é o profissional com título mínimo de mestre e com no mínimo 03 anos de exercício (Brasil, 2012). Assume papel de referência acadêmica para os preceptores e os residentes. Deve possuir como principais requisitos a competência clínica e a habilidade de ajudar a aprender a aprender além do entendimento da prática profissional em sua essência (Botti, & Rego, 2008).

Das seis tutoras depoentes do estudo, duas participam das atividades de coordenação e outras duas também são preceptoras. Quando questionadas a respeito do trabalho desenvolvido com o enfermeiro-preceptor, a resposta foi de uma tutoria específica multiprofissional e de núcleo (uni profissional) somente com os residentes em sala de aula, no caso das entrevistadas T3 e T4.

"Só com residente! Nem mais! Nem com coordenador, nem com ninguém." (T3).

"Não desenvolvemos nenhuma atividade em conjunto, porque a tutoria multiprofissional do hospital tem uma característica em que nós não entramos em contato direto com o preceptor. Os preceptores são os enfermeiros que estão na prática e o nosso contato direto é com as residentes..." (T4).

"Às vezes tem caso que também não sei como agir, eu e o residente também não sabemos, ficamos meio sem pernas. [...] nós buscamos, mas, se tivesse um tutor aqui facilitaria muito." (EP4).

Uma das funções do tutor é facilitar a aprendizagem dos alunos em pequenos grupos, de categorias iguais e multiprofissionais e, isso ocorre. Mas, é importante não esquecer que tutores e preceptores devem estar unidos em todo processo educativo junto ao residente.

Por ocasião de uma reunião entre os atores sociais da RMS observamos que os mesmos, com preocupação, discutiam vários itens, entre eles a aproximação do grupo de tutoria com o cenário de prática, apontando a existência de uma fragilidade na tutoria e a maior necessidade deste apoio no campo. Nas residências existe o que é denominado de tutores de campo, que fazem "o acompanhamento e supervisão do trabalho prático dos residentes em cada cenário de prática" (UFRJ/HESFA, 2009). Através deste convívio eles se tornam referência tanto para o residente quanto para o preceptor.

"Assim eu tive contato com os enfermeiros das equipes, nas reuniões de equipe. [...] participei de reunião de equipe com os enfermeiros. E aí tinha médico, enfermeiro, os agentes comunitários de saúde." (T5).

"...nós temos o apoio da equipe [...]. Tem assistente social que agora veio como tutora. Está ajudando bastante." (EP1).

No relato da tutora acima identificamos a presença da mesma na reunião de equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a enfermeira-preceptora, da RMS-SM, aponta como facilitador no desempenho de suas funções na residência a contribuição da colega de trabalho que atua como tutora.

### 3.3 A relação dos docentes dos programas de RMS com o enfermeiro-preceptor

Das depoentes, uma docente nunca teve contato com o enfermeiro-preceptor. A outra, em função de também exercer tutoria de campo, realizou ações com ele, mas, não no papel da docência.

O Docente é o profissional, com vínculo na instituição formadora e executora, participante das ações teórico e teórico-práticas (Brasil, 2012). Os docentes estão implicados no desenvolvimento das ações de ensino-aprendizagem nos blocos teóricos integrados e específicos, podendo ministrar aulas para os preceptores dos programas de RMS (UFRJ, 2015). Portanto, está previsto que os professores trabalhem com os enfermeiros-preceptores, mas, este fato não foi identificado na fala dos depoentes do estudo.

É importante destacar que muitas vezes os coordenadores e tutores ministram aulas para os residentes e estes, sim, tiveram encontros com o enfermeiro-preceptor. Do mesmo modo, alguns docentes da instituição formadora atuam também nos



cursos de RMS e, pelo longo tempo de vivência no HESFA devido a um curso de graduação em enfermagem que desenvolve sua prática de estágio também na instituição, conhecem os profissionais servidores que são preceptores e discutem com eles suas realidades do cenário (Silva, Viana & Santos, 2014).

### **3.4 A relação dos preceptores dos programas de RMS com o enfermeiro-preceptor**

Os preceptores dos cenários demonstram o caráter multiprofissional do trabalho em sua equipe no setor e relataram a estreita relação com o enfermeiro-preceptor, uma conquista para RMS.

"Como a visão da residência é no multiprofissional, então nós não especificamos atividades com áreas de atuação específicas para cada profissional. [...] Todas as atividades em conjunto. Se há uma ação de saúde bucal, a enfermeira vai junto, por exemplo [...] sempre olhamos o paciente como um todo, cada um dando a sua contribuição profissional." (P1).

"No atendimento individual eu atuava sozinha. Aí no grupo de reflexão eram vários profissionais, era eu como T.O. (Terapeuta Ocupacional), tinha enfermeira e tinha assistente social também, coordenando o grupo. [...] Era um trabalho de multiprofissional." (P2).

A enfermeira-preceptora entrevistada destaca que seu trabalho já é realizado em equipe multidisciplinar, pela própria lógica da ESF e isso é um facilitador de suas atividades na residência:

"Toda pessoa que vem trabalhar na Saúde da Família trabalha em equipe e é muito fácil, nós abraçamos outra equipe" (EP9).

Os profissionais de saúde que atuam como preceptores estão juntos no mesmo espaço vivo de cuidado, o que facilita, pois, já se conhecem, sabem de seus potenciais e limites e o que cada um desenvolve na prática cotidiana. Sendo assim, já é um item muito relevante para o trabalho com os residentes, mas, não o bastante. Também se faz necessário que sentem, discutam e decidam juntos como experienciar o processo de ensino e aprendizagem entre eles e com os estudantes.

### **3.5 A relação dos residentes dos programas de RMS com o enfermeiro-preceptor**

A interação é maior e mais efetiva entre o residente e o enfermeiro-preceptor, como não poderia deixar de ser, já que a essência da formação da residência está na atividade prática desenvolvida por um profissional recém-formado num contato próximo e direto com um profissional mais experiente. Nas entrevistas as atividades foram relatadas com riqueza de detalhes. O residente identifica a necessidade de ter a preceptoria no campo e como é relevante a atuação do profissional do serviço para sua formação.

"Eu acho que o residente em campo precisa ter uma figura de um preceptor porque muitas vezes nós ficamos muito perdidos no cotidiano, nós não temos a quem nos remeter, quem discutir caso e ficamos muito perdidos. Falo assim, porque eu tive um momento que eu estava sem preceptor, então a partir do momento que eu tive a figura do preceptor tem essa questão da segurança, de você conseguir discutir casos, de você conseguir discutir conteúdos teóricos, de você tirar dúvida justamente para você não agir de forma precipitada, para você não cometer algum deslize ou algum erro. Só acrescentar da importância do papel do preceptor." (R7-Enf).

A inserção facilitada do residente no espaço da prática é realizada pelo enfermeiro-preceptor, um dos profissionais de referência atuante em todos os cenários de cuidado em saúde investigados neste estudo de caso. Considerado como um profissional que deve oferecer segurança para o desenvolvimento das ações de saúde tanto em nível individual como coletivo, acompanha nos atendimentos, ensina com sua experiência e presença constante.

As ações realizadas pelos residentes com o enfermeiro-preceptor foram interconsulta, educação em saúde, educação permanente, visita domiciliar, reunião de equipe, participação no Programa de Saúde do Escolar (Dutra, Xavier, Cunha, Goedert, & Bohrer, 2018), discussão de casos clínicos, organização de trabalho para apresentação em eventos científicos,

apoio para construção do trabalho de conclusão do curso, entre outras. Todos os vinte e um residentes, independente da categoria profissional, do estudo foram preceptorados por enfermeiros em ambos os programas de RMS. Existe uma diferença nas atividades esperadas que os mesmos desenvolvam no primeiro e no segundo ano do curso, nos dois programas. Esta questão merece destaque, pois, o enfermeiro-preceptor deve saber trabalhar tanto com o R1 quanto com o R2, e o que se almeja são alcances de competências e habilidades em grau de complexidade crescente.

Os residentes depoentes da RMS-SM relatam que no primeiro ano do curso estão sempre com o profissional do serviço, o preceptor, independente da categoria deste. Já no segundo ano, atendem aos usuários sob supervisão direta e indireta do preceptor, na maioria das vezes, de sua própria categoria de formação, com sua própria agenda nos setores da instituição. Na instituição, todos os serviços funcionam com equipes multiprofissionais, portanto, tem o enfermeiro, o psicólogo e o assistente social que pode atuar na preceptoria dos especializando.

"No primeiro ano nós sempre atendemos com o preceptor. [...] Atendi com os enfermeiros do setor."(R5 –Enf).

"... como R2 nós acabamos tendo uma agenda de atendimentos nos setores e o preceptor na verdade ele só faz a avaliação [...]. Diferente como R1, como R1 isso é construído junto, o atendimento que nós fazemos, os grupos." (R6 -Enf).

"No segundo ano, nós ficamos mais com a categoria, desenvolvemos mais a nossa autonomia profissional, ficamos mais atendendo sozinhos." (R13 - Assist).

"Enquanto R1, nós atendemos inicialmente com eles observando nosso atendimento, para entender essa dinâmica do nosso setor. Depois de um momento, eles passam a atender e nós ficamos juntos, na mesma sala, dando um suporte. Quando eles se sentirem seguros, eles vão começar a atender sozinhos, mas, conosco numa sala lateral [...] com um distanciamento até para permitir que eles consigam ficar um pouco 'mais soltos'. [...] Quando eles voltam como R2, eles já voltam atendendo sozinhos, mas, conosco dando um suporte, avaliando juntos, estando para qualquer dúvida e revisando todos os prontuários. [...] Quando ele é R2, ele já tem uma cota de atendimento de primeira vez já separado para ele."(EP3).

A enfermeira-preceptora, no depoimento acima, explica a necessidade de ambientação do residente recém-chegado ao serviço que ele deve ser acompanhado com muita proximidade até atingir maturidade profissional e segurança para realizar um atendimento sozinho. Destaca-se o primeiro momento da prática social onde o educador reconhece a necessidade de aprendizagem do educando e que, por mais que este seja um profissional já graduado, ele ainda está dando os passos iniciais na formação de especialista com uma compreensão sincrética da realidade, um saber desorganizado.

Sendo assim, o educador realiza uma ação intencional com o residente no primeiro e segundo ano, para que ocorra o movimento de uma prática espontânea para uma prática sistematizada, que realmente seja como uma segunda natureza e, esta se alcança com o tempo e a dedicação. Saviani nos ensina que "só se aprende de fato, quando se adquire um habitus, isto é, uma disposição permanente [...] quando o objeto de aprendizagem se converte numa espécie de segunda natureza. E isso exige tempo e esforços." (Saviani, 1984).

Para os residentes é interessante conhecer o que o profissional enfermeiro realiza com maior proximidade e suas relações com as demais categorias para um atendimento integral à clientela. O histórico da instituição cenário é forte no cuidado à saúde da mulher. "A escolha da residência na área de saúde da mulher se deu pela aderência às atividades desenvolvidas no HESFA com participação de professores que desenvolvem ensino, pesquisa, assistência e extensão na área [...]" (UFRJ/HESFA, 2009). A enfermagem ginecológica emerge na fala do depoente como um dos pontos marcantes:

"Primeiramente, destacar como aqui [...] tem uma referência em enfermagem ginecológica, nós participamos do atendimento ginecológico com a enfermeira, que para mim foi muito interessante porque eu ainda não tinha essa visão desse tipo de inserção da enfermagem." (R10 –Assist).

Os especializando são escalados para atuarem nos diversos setores da instituição, indicando sempre a presença do enfermeiro-preceptor, mas, o tempo de aprendizagem por vezes é questionado quando eles não são acompanhados também

pelo profissional de sua categoria de formação ou ainda quando as discussões se distanciam da proposta multidisciplinar, restando a sensação de que o esforço é demasiado.

"Para nós da psicologia é um pouco massante. [...] Porque nós ficamos nesse primeiro ano, nós ficamos mais ou menos 3 meses em cada setor, então eu passei 3 meses com a enfermagem ginecológica. Então assim, 1 semana você consegue captar o que o enfermeiro faz, [...] quando você vê que o paciente está necessitando de alguma atividade do enfermeiro. Mais do que isso, 1 mês, 2 meses, 3 meses, se torna algo muito repetitivo para nós aqui [...]. No Setor "X" você tem uma aprendizagem melhor porque você consegue se expor, o enfermeiro te dá um espaço para você colocar um pouco da sua prática, você consegue conversar com ele um pouco depois sobre o que aconteceu, o que ele achou, existe uma troca melhor" (R12 -Psi).

"Bom, tem alguns setores chaves aqui no hospital-escola [...] enquanto R2 nós temos a possibilidade de aprender sozinhos, então temos mais autonomia nesse sentido. Mas enquanto R2, dependendo do setor continua a mesma situação de passividade, e fica subordinado como se fosse um estagiário, e às vezes nem estagiário, porque o estagiário tem uma certa autonomia de diálogo, de conversar, de participar da consulta, de participar e não de observar." (R11 -Psi).

Cabe destacar alguns pontos essenciais enfatizados pelos residentes de SM: o tempo extenso de desenvolvimento das atividades junto ao enfermeiro-preceptor e não com o preceptor da própria categoria, quando o profissional enfermeiro não consegue conduzir a discussão para um ensino e aprendizagem de forma multidisciplinar; a possibilidade de vivenciar a autonomia profissional a partir do segundo ano do curso de especialização; a crítica ao posicionamento de alguns enfermeiros-preceptores que não oferecem maior espaço para atuação do residente.

O residente quando encontra espaço de escuta por parte do educador ele deixa a posição de "passividade" (R11 -Psi) e "tem uma aprendizagem melhor" (R12 -Psi) no processo de ensino. A passividade é uma das características da pedagogia tradicional, incluída no rol das teorias não-críticas (Saviani, D., 2007), centrada no professor que transmite os conteúdos aos alunos, esperando que os mesmos assimilem o que foi transmitido, muitas vezes por meio da memorização e repetição.

O espaço para escuta sensível e participação dinâmica em todos os momentos da prática deve ser garantido para o crescimento do enfermeiro-preceptor e residentes do primeiro e segundo ano no trabalho educativo, objetivando a passagem do senso comum à consciência filosófica, ou seja, "de uma concepção fragmentária, incoerente, desarticulada, implícita, degradada, mecânica, passiva e simplista a uma concepção unitária, coerente, articulada, explícita, original, intencional, ativa e cultivada" (Saviani, 2013).

Mesmo as atividades de observação, que acontecem no início da prática nos setores para o residente do primeiro ano, podem ser do tipo participante, permitindo a comunicação entre os agentes da educação. Não uma comunicação qualquer, mas àquela que se utiliza de instrumentos eficazes para transformação humana concreta, que atinja os objetivos da ação propostos no programa de residência.

Todos apontaram o conhecimento do território como uma atividade comum junto ao enfermeiro-preceptor, pois, é um dos pilares que sustenta a atenção básica, que "é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido." (Brasil, 2017).

Portanto, a prática desde o início do curso atende ao que preconiza o MS e ao que está posto no projeto político do programa, que tem como um dos eixos estruturantes no desenho teórico-metodológico as vivências no território.

"Então, no primeiro ano nós fazemos a parte da territorialização [...] o vínculo que eu tive com o enfermeiro foi muito nessa troca, de conhecer o território, de acompanhar em algumas visitas domiciliares, em grupos, não grupos construindo juntos, mas grupos que nós participávamos..." (R1-Odonto).

"O primeiro ano foi mais ou menos assim, nós não tínhamos uma participação ativa no processo de trabalho dela na equipe não, era mais com atividades coletivas, territorialização." (R3-Nut).

Nos depoimentos de alguns residentes de SFC vemos uma maior valorização do trabalho do profissional que ocorre dentro da esfera do consultório, em caráter individual.

Grupos educativos, ações no espaço vivo do território e demais fora do ambiente da consulta são essenciais e fazem parte das atribuições do enfermeiro na saúde da família e devem ser valorizadas tanto quanto qualquer outra atividade; inclusive porque propiciam a troca de saberes e o trabalho em equipe multiprofissional.

“No primeiro ano de residência nós acabamos vivendo mais a multidisciplinaridade, então nós não nos envolvíamos muito com questões de consultório, de consulta, de trabalhar a parte do enfermeiro dentro da Saúde da Família, [...] realizávamos promoção e prevenção da saúde, íamos nas escolas de território, então fazíamos coisas mais gerais [...]. E aí quando acabou o ano, quando eu voltei de férias, que aí eu virei R2, aí eu comecei a ser mais enfermeira.” (R2-Enf).

“Nessa unidade [...] como eu já entrei como R2, aí eu já tive uma atuação muito mais individual [...]. No começo, com a primeira enfermeira da equipe, fizemos um reconhecimento do local, da unidade, visitas domiciliares e consultas em conjunto. A partir de alguns meses já incluída na unidade, eu já tive algumas consultas direcionadas para mim, então eu já tinha a minha sala, eu já tinha meus horários e aí fazíamos as atividades separados.” (R21-Enf).

Os residentes do programa de RMS-SFC, durante o segundo ano do curso relataram uma maior autonomia nos atendimentos individuais aos usuários e família (não muito diferente dos residentes do programa de RMS-SM), destacando um “certo” poder garantido pela obtenção de uma sala, uma agenda e um horário para si. O educando aponta que atinge o momento da prática social final da Pedagogia Histórico-Crítica de Saviani, quando realiza as atividades profissionais como residente do segundo ano do curso sozinho, mas, isso realmente ocorre se esta prática se altera qualitativamente, se acontece a passagem da desigualdade para igualdade. É preciso assumir que a desigualdade real é uma igualdade possível pela mediação da educação, para valer a pena investir na ação pedagógica (Saviani, 2007).

Portanto, no encontro educativo entre residentes e enfermeiro-preceptor entendemos que existe uma diferença efetiva na prática inicial e uma igualdade viável na prática final, no que tange às questões próprias que o enfermeiro pode assumir na preceptoria de qualquer especializando, independente da categoria profissional.

Um estudo aponta que a RMS em saúde da família é um potente “lugar de encontro entre categorias, compartilhamento de saberes e intersecção de experiências” (Gomes, Marques, Meneses, Brandão, & Leal, 2020). Nesta lógica, concordamos que este é também um espaço fértil para implantação do ensino interprofissional. As RMS são espaços com potencial para a dialogicidade entre professores e profissionais de saúde que impactaria na promoção de mudanças no ensino em saúde por estimular reflexões sobre o ensino-aprendizagem e inovações educacionais (Silva *et al.*, 2021). Acreditamos que não só nos Programas de RMS em SFM, mas, em todos os programas ocorre o ensino-aprendizagem entre e com os residentes com uso de metodologias ativas de modo recíproco, tanto com outros residentes quanto com o corpo docente-assistencial (tutores, docentes, coordenadores e preceptores), e posterior encaminhamento do que fora discutido e aprendido para os usuários, famílias e comunidades, visando à promoção da saúde e qualidade de vida da população brasileira.

#### **4. Considerações Finais**

Para que as relações do enfermeiro-preceptor com os demais atores sociais da RMS ocorram de forma interprofissional, comunicativa, colaborativa, social e educativa deve ser assegurado aos mesmos o conhecimento do Projeto Pedagógico e participação efetiva, com aquilo que lhe cabe, no curso de residência no qual atuará, bem como a capacitação para a sua execução. Além disso, atividades de educação permanente em saúde devem estar previstas e presentes no cotidiano. Tais atividades podem ser organizadas e implementadas nas instituições com apoio e ações concretas dos tutores, docentes e coordenadores dos Programas, numa construção coletiva, estreitando o vínculo entre estes seres humanos, cidadãos comprometidos com a formação no e pelo trabalho e com a transformação das práticas de cuidado nos cenários de saúde.

Embora atue como um educador, a prioridade do enfermeiro-preceptor é o usuário/cliente, família e comunidade, enquanto para o docente, tutor ou coordenador de curso neste cenário, sua atuação profissional está voltada para o estudante. Neste sentido, destacamos que pesquisas voltadas para a percepção do usuário acerca da presença de especializandos na rotina assistencial trariam subsídios para a discussão da efetividade, eficiência e eficácia desta política, bem como sustentaria discussões para aprimoramento do programa.

De igual modo é possível pensar em estudos que tragam a discussão quanto a vertente que envolva os cursos de graduação em licenciatura plena ou outros de formação educativa com o intuito de comparar sua instrumentalização na questão didático-curricular e pedagógica em relação ao enfermeiro-preceptor apenas com bacharelado.

## Referências

- Botti, S. H. O., & Rego, S. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais os seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363-373. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
- Brasil. (1998). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998*. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. [http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol\\_cns\\_287\\_1998.pdf](http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf).
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Brasil. (2012). *Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/04/2012&jornal=1&pagina=24&totalArquivos=168>.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
- Canzonieri, A. M. (2010). *Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde*. Vozes.
- Ceccim, R. B., Meneses, L. B. A., Soares, V. L., Pereira, A. J., Meneses, J. R., Rocha, R. C. S., & Alvarenga, J. P. O. (2018). *Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva*. Rede UNIDA.
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. (2020). *Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS*. <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>.
- Dutra, E. B., Xavier, D. B., Cunha, D., Goedert, F. W., & Bohrer, J. K. L. (2018). Atuação da Residência Multiprofissional na Atenção Básica no Programa Saúde na Escola: uma experiência no Itapoã, Distrito Federal – Brasil. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 12(1), 159-167. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i4.2292>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Gomes, A. T., Marques, J. S., Meneses, M. de O., Brandão, S. A. de S. M., & Leal, S. R. M. de D. (2020). Potencialidades e desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiras atuantes na Atenção Primária em Saúde. *Research, Society and Development*, 9(6), e70963412. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3412>.
- Machado, M. H. (Coord.) (2017). *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final*. NERHUS – DAPS – ENSP/FIOCRUZ.
- Manhães, L. S. P., Tavares, C. M. M., Ferreira, R. E., & Elias, A. D. S. (2021). Saberes pedagógicos mobilizados pelo preceptor de enfermagem na residência multiprofissional. *Rev Recien*. 11(33):35-45. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.35-45>
- Nascimento, A. C. B., & Omena, K. V. M. A Educação Interprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e8010413655, 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13655>
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. [https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20).
- Padilha, M. I., Borenstein, M. S., Bellaguarda M. L. R., & Santos, I. (org.). (2020). 3ª ed. *Enfermagem: história de uma profissão*. Difusão.
- Saviani, D. (1984). Sobre a natureza e especificidade da educação. *Em aberto*. 3 (22). <http://ifibe.edu.br/arq/20150911214634120944442.pdf>.
- Saviani, D. (2005). *Pedagogia Histórico-Crítica: primeiras aproximações*. Autores associados.
- Saviani, D. (2007). *Escola e democracia*. Autores Associados.

Saviani, D. (2013). *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. Autores Associados.

Saviani, D. (2020). A pedagogia histórico-crítica. *Revista Binacional Brasil-Argentina: diálogo entre as ciências*, 3(2), 11-36. <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rbba/article/view/1405>

Silva, C. A., & Dalbello-Araujo, M. (2019). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde em Debate*, 43(123), 1240-1258. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>.

Silva, E. A. L., Silva, G. T. R., Santos, N. V. C., Silva, R. M. O., Fraga, F. M. R., Ribeiro-Barbosa, J. C., & Leal, B. C. (2021). Formação docente para o ensino da educação interprofissional. *Cogitare Enfermagem*, 26, e73871. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73871>.

Silva, V. C. (2017). *Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro- preceptor na residência multiprofissional em saúde*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. <http://objdig.ufrj.br/51/teses/850375.pdf>

Silva, V. C., Viana L. O., & Santos, C. R. G. C. (2014). Prática social e pedagógica do enfermeiro-preceptor: um estudo de caso. *Online braz j nurs*.13(1): 102-112. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144097>.

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Hospital Escola São Francisco de Assis - HESFA. (2009). *Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Mulher*.

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Hospital Escola São Francisco de Assis - HESFA. (2010). *Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade*.

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA (2015). *Manual do Residente*. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa – PR2. (2011). *Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro*.

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. (2021). *Residência Multiprofissional*. <http://www.residenciamultiprofissional.ufrj.br/>.

Yin, R. K. (2014). *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Bookman.