**CRISTIANE DOS ANJOS MARON**

# O ensinar e o cuidar na atenção primária: o farmacêutico preceptor articulando ensino e serviço na formação do residente farmacêutico

São Paulo
2018

**CRISTIANE DOS ANJOS MARON**

# O ensinar e o cuidar na atenção primária: o farmacêutico preceptor articulando ensino e serviço na formação do residente farmacêutico

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Formação em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Henriette Tognetti Penha Morato

São Paulo
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Maron, Cristiane dos Anjos.
O ensinar e o cuidar na atenção primária: o farmacêutico preceptor articulando ensino e serviço na formação do residente farmacêutico / Cristiane dos Anjos Maron ; orientador Henriette Tognetti Penha Morato. -- São Paulo, 2018.
101 p. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão corrigida

1. Farmacêuticos. 2. Preceptoria. 3. Atenção primária à Saúde. I. Morato, Henriette Tognetti Penha. II. Título.

Maron CA. O ensinar e o cuidar na atenção primária: o farmacêutico preceptor articulando ensino e serviço na formação do residente farmacêutico. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 24/08/2018

**Banca Examinadora**

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Henriette Tognetti Penha Morato

Prof(a). Dr(a). Ana Cristina Lo Prete

Instituição: Universidade São Judas Tadeu Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Felipe Rebello Lourenço

Instituição: Universidade de São Paulo-FCF Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Ligia Ferreira Gomes

Instituição: Universidade de São Paulo-FCF Julgamento: Aprovada

A Deus, por me direcionar, fortalecer-me, iluminar-me e me assegurar nesse longo caminho;

A todos que fazem parte do meu rol de amizade;

A minha mãe Maria Renilda;

A minha amada filha Camilly;

Aos meus irmãos, Ronald e Cristina e meus sobrinhos Eduardo e Felipe, pela participação física e espiritual, acolhendo-me nas horas difíceis.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida;

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Henriette Tognetti Penha Morato, pela contribuição, paciência, carinho, apoio e disponibilidade que sempre teve comigo durante a construção deste estudo, e principalmente, por me compreender em meus momentos de fraqueza intelectual e pessoal. *Minha gratidão!!!*

Às Professoras Doutoras Eliane Ribeiro e Lygia Ferreira Gomes, pelas contribuições relevantes no processo de qualificação desse estudo;

À Profª Drª Simone Rennó Junqueira, pelo carinho que sempre teve comigo;

À toda equipe da Pós-Graduação do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP, pela disponibilidade e presteza no atendimento;

À minha mãe, Maria, pelo carinho e por me encorajar;

À minha querida filha Camilly, por entender minhas ausências e me apoiar, a você meu Amor;

Aos meus irmãos Ronald e Cristina, pela constante ajuda e amizade. Aos meus sobrinhos, Felipe e Eduardo pelo carinho;

A todos os docentes do Curso de Mestrado Profissional; sem dúvida aprendemos muito uns com os outros: Muitos temas discutidos em salas, debates, falas e experiências de vida;

Aos amigos Guilherme, Régis, Gisella e Evandro que passaram por minha vida e que deixaram boas energias;

A todos que contribuíram com esse momento, meu carinho.

*Busque satisfazer a obra, a equipe, mas não fique satisfeito.*

*A satisfação paralisa, adormece, entorpece.*

***Mario Sergio Cortella***

## RESUMO

Maron CA. O ensinar e o cuidar na atenção primária: o farmacêutico preceptor articulando ensino e serviço na formação do residente farmacêutico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade Odontologia; 2018.

O estudo emergiu a partir da experiência da autora como preceptora em Unidade Básica de Saúde que recebe residentes farmacêuticos. Constitui-se como objeto de estudo a construção de competências pelo preceptor de Farmácia na Atenção Primária na formação de residentes farmacêuticos e teve como objetivo construir um manual educativo a ser utilizado como apoio pelo preceptor farmacêutico da Atenção Primária à Saúde a fim de orientá-lo na formação de residentes farmacêuticos. Compreendendo como ocorre o ensino desenvolvido por farmacêutico assistencial em serviços que são cenários para o processo de ensino-aprendizagem, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, projetos políticos pedagógicos, metodologias de ensino aprendizagem, e suas articulações teóricas e práticas, segundo o modelo de saúde integral preconizado pelo SUS. Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa, com consultas em artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nas principais bases de dados, utilizando as questões norteadoras: qual é a atuação do farmacêutico preceptor na Atenção Básica tendo em vista a formação do residente farmacêutico?; que competências o farmacêutico preceptor necessita desenvolver para atuar na formação de residentes farmacêuticos?; que estratégias podem ser utilizadas para o exercício da preceptoria farmacêutica na Atenção Básica? O tratamento dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados revelaram que, no “cenário ideal” do processo ensino-aprendizagem, os protagonistas são os preceptores, que acolhem e ensinam os residentes ao mesmo tempo que precisam dar conta da demanda do serviço. Simultaneamente, convertem seu local de trabalho em um cenário de aprendizagem para si também, e cedem esse espaço para que se construa algo novo, considerando as opiniões, experiências e os conhecimentos de todos os envolvidos: residentes, preceptores e tutores.



**Palavras-chave**: Farmacêutico. Preceptoria. Atenção Primária a Saúde.

## ABSTRACT

Maron CA. Teaching and caring in primary care: The pharmacist preceptor articulating teaching and service in the training of the pharmaceutical resident [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018.

The study emerged from the author's experience as a preceptor in the Basic Health Unit that receives pharmaceutical residents. The object of study is the construction of competences by the Preceptor of Pharmacy in Primary Care in the training of pharmaceutical residents and had as objective to construct an educational manual to be used as support by the pharmacist preceptor of Primary Health Care in order to guide him in the training of pharmaceutical residents. Understanding how the teaching developed by pharmacist care in services that are scenarios for the teaching-learning process, from the National Curricular Guidelines, pedagogical political projects, learning teaching methodologies, and their theoretical and practical articulations, according to the health model integral approach advocated by SUS. It is a documentary research, with a qualitative approach, with consultations in articles published in national and international journals indexed in the main databases, using the guiding questions: what is the performance of the pharmacist preceptor in Primary Care with a view to the formation of pharmaceutical resident ?; what competences does the pharmaceutical preceptor need to develop to act in the training of pharmaceutical residents ?; what strategies can be used to exercise the pharmaceutical preceptor in Primary Care? The treatment of the data occurred through the Bardin content analysis. The results revealed that, in the "ideal scenario" of the teaching-learning process, the protagonists are the preceptors, who welcome and teach the residents while also having to deal with the demand of the service. Simultaneously, they convert their workplace into a learning scenario for themselves as well, and they give up this space to build something new, considering the opinions, experiences and knowledge of all involved: residents, preceptors and tutors.



**Key words:** Pharmacist. Preceptoria. Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FIP | Federação Farmacêutica Internacional |
| MS | Ministério da Saúde |
| NLM | National Library of Medicine |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| OSS | Organização Social de Saúde |
| PRMs | Problemas Relacionados ao Medicamento |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| WHO | World Health Organization |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases |

## SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO ..... 12**

1.1 A ORIGEM DA PESQUISA ..... 13

1.2 O OBJETO DE PESQUISA ..... 16

**2 OBJETIVOS ..... 18**

2.1 OBJETIVO GERAL ..... 19

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 19

**3 REVISÃO DA LITERATURA ..... 20**

3.1 A PRÁTICA REFLEXIVA DE DONALD SCHÖN ..... 21

3.2 PANORAMA DO ENSINO SUPERIOR DE FARMÁCIA NO BRASIL ..... 22

3.3 MUDANÇAS DE PARADÍGMAS NA SAÚDE E EDUCAÇÃO ..... 26

3.4 ATENÇÃO BÁSICA, SUA HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E POTENCIALIDADES COMO CAMPO DE PRÁTICA PARA FORMAÇÃO DO RESIDENTE FARMACÊUTICO ..... 28

3.5 A PRECEPTORIA E AS POLÍTICAS INDUTORAS DO SUS ..... 33

3.6 A INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO ..... 37

3.7 O PAPEL DO PRECEPTOR NA INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO ..... 37

**4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ..... 39**

4.1 TIPO DE PESQUISA ..... 40

4.2 CAMPO DE ESTUDO ..... 40

4.2.1 Local cenário de estudo ..... 40

4.3 COLETA DE DADOS ..... 41

4.3.1 Critérios de inclusão dos materiais educativos ..... 42

4.3.2 Procedimentos éticos ..... 42

4.3.3 Análise de dados ..... 43

**5 ANÁLISE E DISCUSSÃO ..... 44**

**6 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 52**

**REFERÊNCIAS** ..... **56**

**APÊNDICES** ..... **63**

APÊNDICE A: Documentos encontrados e selecionados nas bases de dados ..... 64

APÊNDICE B: Conceitos de preceptor e preceptoria apresentados pelas publicações selecionadas ..... 65

APÊNDICE C: Publicações selecionadas ..... 66

APÊNDICE D: Artigos utilizados na análise e discussão dos resultados ..... 68

APÊNDICE E: Manual educativo de apoio aos preceptores da APS ..... 78

# *1 INTRODUÇÃO*

# 1 INTRODUÇÃO

A realização da presente pesquisa tem origem em minha experiência profissional enquanto farmacêutica da Atenção Básica há 09 anos e preceptora de graduandos do programa Pro-Pet saúde e da residência farmacêutica, destacando a preocupação com as competências necessárias ao preceptor farmacêutico para uma contribuição efetiva na formação dos graduandos e residentes, que serão os futuros profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

## 1.1 A ORIGEM DA PESQUISA

No ano de 2000, obtive, pela Universidade Camilo Castelo Branco, a conclusão do Curso de Graduação em Farmácia Bioquímica, com ênfase em Análises Clínicas e Toxicológicas. Também realizei diversos cursos de especialização, tais como Saúde da Família, Promoção à Saúde, Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica. Minha experiência profissional iniciou-se em 2001, como farmacêutica do setor hospitalar, no qual trabalhei até 2008. Em 2009, iniciei minha experiência na atenção primária, âmbito em que atuo, até o presente momento, como farmacêutica responsável.

Durante estes anos de atuação na atenção primária, questionei-me e problematizei as práticas tradicionais voltadas para indústria, dispensação e gestão de estoque, bem como sua aplicabilidade a partir do novo cenário de atuação no qual me encontrava inserida. Mais uma vez, deparava-me com uma visão muito mais administrativa do que clínica, que atendia às demandas técnicas sem dar atenção ao contexto social, no qual era possível encontrar pacientes analfabetos, que dependiam de ajuda de parentes e vizinhos para saber a dose e também a hora correta de tomar cada medicamento, além dos problemas relacionados aos medicamentos.

Assim, optei por iniciar um caminho a fim de tentar minimizar as defasagens que encontrei em minha própria formação. Percebi que os pacientes acumulavam medicamentos em casa e o médico acabava não tendo conhecimento deste fato nas consultas, pois estas, muitas vezes, são rápidas, de modo que os pacientes acabam não mencionando outros medicamentos dos quais fazem uso.

Pensando no cuidado em relação a tal questão, optei por fazer um estudo de toda a medicação utilizada pelo paciente. Levantei os problemas relacionados aos

medicamentos, propondo soluções para as dificuldades encontradas: como intervir junto às equipes de saúde, criar caixas personalizadas com pictogramas, cores e alto relevo para cada medicamento, a fim de melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, de modo que estes se sentissem acolhidos e passassem a ter um vínculo com o farmacêutico.

Para que esta atuação se tornasse efetiva foram desenvolvidos fluxos. Primeiramente, em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), como um projeto-piloto; e, posteriormente, com todas as equipes já envolvidas. Deste modo, passei a ser referência na unidade no que tange à farmácia clínica e os cuidados farmacêuticos. Assim, a demanda passou a vir de todos os profissionais, tais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros, além do próprio paciente o qual também procurava o serviço da farmácia quando surgia alguma dúvida sobre seus medicamentos.

Revendo, agora, penso ter iniciado este trabalho ao perceber a necessidade do cuidado ao paciente na minha prática e, com isto, passei a adotar a atuação clínica do farmacêutico como meu diferencial de trabalho na atenção primária à saúde. Desde então, o meu envolvimento com os pacientes e com os profissionais da UBS tornou-se mais intenso e contínuo, possibilitando desenvolver, com mais destreza, algumas habilidades profissionais. Entre elas destaco o diálogo entre o serviço e a comunidade, o manejo dos problemas de saúde trazidos pelos pacientes, o acolhimento das demandas dos pacientes, que passaram a ver o farmacêutico como um profissional inserido na equipe de saúde, com olhar ampliado para as necessidades biológicas, bem como às sociais, para tomadas de decisões pensando na promoção, prevenção e recuperação da saúde da comunidade envolvendo os diversos atores (usuários, equipe de saúde e equipamentos de saúde).

Em 2010, fui convidada a atuar como preceptora do projeto PRO PET-Saúde, da Universidade de São Paulo. A proposta desse projeto foi promover a integração ensino-serviço-comunidade, bem como a educação pelo trabalho, por meio da reorientação da formação profissional. Permaneci no PRO PET-Saúde até o ano de 2015; e nesse período, despertou-me a visão docente da prática, de modo que me

foi possível integrar os conceitos e valores do ensino e do trabalho, colaborando junto ao profissional em formação a ampliar seus saberes teórico-práticos.

Foi essa experiência que despertou uma nova perspectiva em minha caminhada profissional. Abriu-me a possibilidade de um olhar para a academia, para pesquisas

gerando novas ideias e reflexões acerca de como trabalhamos e como podemos inovar o serviço prestado por meio da troca de saberes com os graduandos.

Ao mesmo tempo, em 2013, tive a oportunidade de iniciar a preceptoria na residência da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, especificamente no campo de prática em atenção primária à saúde. O objetivo era formar farmacêuticos em ambiente real de prática profissional, no contexto interdisciplinar de atenção à saúde, de forma a capacitá-los para atender às necessidades sociais dos usuários de medicamentos, além de também prepará-los para o ingresso no mercado de trabalho, propiciando ao residente uma aquisição de experiência profissional, com o objetivo de possibilitar a prática da modalidade de atenção farmacêutica.

O exercício de preceptoria, tanto no PRO PET – Saúde, como na residência, mudaram as perspectivas de minha vida profissional e pessoal, na medida em que, a experiência como docente da prática, responsável pela formação de um futuro profissional, foi um estímulo para superar desafios. Inclusive foi determinante para minha inscrição no mestrado profissional, estimulada por minha tutora e também por outros professores do projeto PRO PET – Saúde. Despertava a questão de compreender como ocorre o ensino desenvolvido por farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde (APS) em serviços, que são cenários para o processo de ensino-aprendizagem. Nessa direção, comecei a pensar na possibilidade de construção de um manual educativo que poderia servir para direcionar outros colegas farmacêuticos quanto às competências básicas necessárias que o farmacêutico preceptor precisaria ter, para desenvolver seu papel como educador da prática.

Assim a partir destas reflexões, sabendo da importância do trabalho do farmacêutico na atenção primária de um profissional apto a articular o ensino ao serviço e comunidade, algumas inquietações fizeram-se presentes:

1. Quais as competências pedagógicas necessárias para o exercício da preceptoria?

Que estratégias podem ser utilizadas para o exercício da preceptoria farmacêutica na Atenção Básica?

2. Qual o significado da prática docente para o preceptor?

Essas questões, assim como minha inquietude profissional de mostrar a importância do farmacêutico na APS, foram os motivos que me impulsionaram a

escolher a presente proposta de desenvolver tal material educativo. Assim, a partir desse norte a dissertação pode se conduzir.

## 1.2 O OBJETO DE PESQUISA

Este trabalho teve por objeto compreender como ocorre o ensino desenvolvido por farmacêutico assistencial em serviços que se apresentam como cenários para o processo de ensino-aprendizagem. Tal questionamento tem sido alvo de reformulações constantes.

Em 2000, a Federação Farmacêutica Internacional (FIP) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiram o farmacêutico como sendo cuidador, apto a tomar decisões, mas também educador, capaz de manter-se em aprendizagem constante, sendo ainda, líder, gestor e pesquisador. Fundamentada na valorização do ser humano e na atenção ao paciente, a base do conhecimento do ensino farmacêutico também está mudando.

Deste modo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Farmácia acolheram essa tendência mundial. O respectivo documento define como deve ser o perfil deste profissional farmacêutico (formando/egresso): com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Tal profissional deve estar capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos. Deve, ainda, estar pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica de seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CNE, 2017). Nas DCNs concernentes à área da saúde, são feitas referências a um profissional cujo perfil acompanha parte da DCN, ou seja, generalista, com visão humanista, crítica e integradora, capaz de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS. Os profissionais de saúde devem possuir competências para responder, em situações concretas, a necessidades e demandas de saúde da população.

É nesse contexto que a residência se caracteriza como um processo de formação a partir da inserção no trabalho, podendo contribuir para o desenvolvimento dessas competências. Para tal, é necessário estabelecer um perfil de competências voltado para o mundo do trabalho, que contemple as necessidades de saúde da

população e que contribua para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Assim, propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 1980, com a proposição do SUS.

Atualmente, essa discussão ganhou especial relevância devido ao fato de o Ministério da Saúde ter chamado para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde a fim de atender às necessidades do SUS. Ao apoiar a implantação das DCN para os cursos da área da saúde, o MS vem incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Projetos como o Pró-Saúde e o PET-Saúde sinalizam a ação indutora do Ministério da Saúde em promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação das instituições formadoras aos serviços de saúde.

Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS apoia as residências devido à sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde. A residência tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial – muitas vezes fragmentados e desarticulados – com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (Feuerwerker, 2005). Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar. Desse modo, a residência busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também visa promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida, bem como as possibilidades e limites para transformá-los (Gil, 2005).

# 2 *OBJETIVOS*

# 2 OBJETIVOS

Construir um manual educativo a ser utilizado como apoio pelo preceptor farmacêutico da Atenção Primária à Saúde a fim de orientá-lo na formação de residentes farmacêuticos Apêndice E.

## 2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender como ocorre o ensino desenvolvido por farmacêutico assistencial em serviços, cenários para o processo de ensino-aprendizagem.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atividades pedagógicas desenvolvidas pelo farmacêutico preceptor na atenção primária à saúde, com vista à articulação teórico-prática do ensino-aprendizagem;
- Caracterizar a preceptoria farmacêutica na Atenção Primária a Saúde;
- Elaborar uma tecnologia educacional, sobre competências e estratégias didático-pedagógicas, com base nos achados deste estudo, a fim de subsidiar a prática reflexiva da preceptoria farmacêutica na atenção básica.

# 3 REVISÃO DA LITERATURA

# 3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura serão apresentados os referenciais teóricos e as outras pesquisas relevantes para o estudo.

## 3.1 A PRÁTICA REFLEXIVA DE DONALD SCHÖN

Para orientar na compreensão do processo ensino-aprendizagem, a proposta de uma nova prática para a formação de profissionais de Donald Schön, foi escolhida. Assim, parte-se da referência de seus livros *O Profissional Reflexivo* (The Reflective Practitioner), de 1983, e *Formação de Profissionais Reflexivos* (Educating the Reflective Practitioner), de 1987.

Donald Schön é filósofo, formado pela Universidade de Yale em 1951, e mestre e Ph.D em filosofia pela Universidade de Harvard, estudando também na Sorbonne e no Conservatoire Nationale, em Paris, na França. Schön foi, ainda, professor indicado de Estudos Urbanos e Educação no Instituto de Tecnologia de Massachusets (M.I.T). Em sua trajetória, focou-se no aprendizado organizacional e na eficácia profissional, em seus trabalhos como pesquisador e consultor, tendo participação frequente em um grande número organizações profissionais, e atuando como membro da Comissão da Academia Americana de Artes e Ciências e da Comissão sobre Sistemas Sociotécnicos do Conselho Nacional de Pesquisa.

Desse modo, Schön apresentou uma alternativa ao modelo predominante, baseado no trinômio “teoria-aplicação-estágio”, chamada **reflexão sobre a prática**. Tal alternativa baseia-se na valorização da experiência, ou seja, refletir acerca da experiência. Afirma que não basta ao profissional apenas o conhecimento prévio do qual se apropriou durante a universidade, mas faz-se também necessário que ele crie “soluções”, através da reflexão, para os problemas com os quais se defronta. Para o autor a formação docente deve ser baseada na epistemologia da prática, pela qual o profissional deve considerar sua experiência profissional, valorizando-a em seu contexto social, através da reflexão e do conhecimento tácito (Schön, 2000).

Para Schön, a “reflexão sobre a ação”, que para ele é “pensar o que fazem enquanto o fazem”, pode capacitar o profissional a criar um repertório de soluções.

São observações e reflexões do profissional em relação a sua prática. A descrição consciente dessas ações leva o profissional a gerar mudanças, que conduzem a "novas pistas para soluções de problemas de aprendizagem" (Schön, 1995, p. 80). A "reflexão na ação" também leva em consideração a contribuição do conhecimento prévio do aluno no processo de sua própria aprendizagem, enquanto ela ocorre. Para Schön, "é impossível aprender sem ficar confuso", e os professores deveriam dar valor mais à confusão de seus alunos, já que é uma fase natural e necessária na aprendizagem (Schön, 1995, p. 85).

Além disso, os professores deveriam adotar a seguinte postura no decorrer do seu trabalho: 1) ouvir o que os alunos sabem e o que têm a dizer; 2) combater os efeitos das crenças que permeiam o saber escolar e se deixar surpreender pelo aluno; 3) refletir sobre o ocorrido durante a aula; 4) e, sempre que necessário, reformular o problema proposto e efetuar uma experiência para testar sua nova hipótese (Schön, 1995, p. 83).

Além da "reflexão na ação", as propostas de Schön se baseiam em outras duas ideias: "conhecimento na ação" e a "reflexão sobre a reflexão na ação". A primeira se refere ao conhecimento escolar, que "permite agir": aquele que é mobilizado pelo profissional durante sua prática (Schön, 1995). Já a "reflexão sobre a reflexão na ação" é um movimento que se espera que ocorra após a aula: refletir a ação passada, no caso a "reflexão na ação", que pode servir até como gerador de conhecimento, projetando novas práticas futuras.

Ao buscar compreender como o profissional farmacêutico pode acompanhar o processo de ensino-aprendizagem de residentes, as propostas de Schön oferecem-se como possibilidade de caminho a seguir. Afinal, é através da prática em serviços que ocorre sua formação.

## 3.2 PANORAMA DO ENSINO SUPERIOR DE FARMÁCIA NO BRASIL

Em sua origem, o papel do farmacêutico pode ser considerado como o de cuidador, pois os jesuítas, considerados os primeiros boticários, contribuíram com a produção de medicamentos e o atendimento ao povo. Destaca-se, conforme Votta (1965, p. 10), a participação de José de Anchieta (1534 – 1597),

> "os jesuítas, muito mais práticos e previdentes que os donatários e os próprios governadores-gerais, trataram logo de instituir enfermarias e

> boticas em seus colégios, havendo um irmão que cuidava dos doentes e outro que preparava os remédios. Em São Paulo esse irmão foi Anchieta, e por isso o consideramos o primeiro boticário de Piratininga".

No decorrer do processo civilizatório, verifica-se as boticas sendo de responsabilidade de profissionais empíricos, que conforme Votta (1965, p. 11), eram "quase analfabetos, possuindo apenas o adestramento da manipulação de medicamentos corriqueiros", o que com o passar do tempo necessitou ser repensado. Diante disso, tem-se que em 1832 foi criado o primeiro curso de farmácia nas faculdades de medicina, no Rio de Janeiro e na Bahia, com duração de três anos. Isso significa dizer que a profissão começa a se redefinir em sua condição técnico-cientifica e não somente em sua proposta prática. O boticário é então substituído pelo farmacêutico por ter o contexto da necessidade de um profissional que acompanhasse o progresso da ciência e da técnica (Votta, 1965).

Com a chegada do progresso e da industrialização, a década de 1930 propiciou significativa transformação para o profissional de farmácia. A formação e, portanto, o ensino para o farmacêutico tomou formas peculiares, trocando um referencial ou modelo de profissional que era atender as necessidades da população para atender o mercado. O ensino farmacêutico direcionou o profissional para as análises clínicas e a produção de medicamentos em larga escala, que é a indústria farmacêutica.

Assim, esse profissional se afasta de sua principal função que é o cuidado ao usuário de medicamento, e começa a atender a necessidade da sociedade de acordo com os interesses do contexto socioeconômico, pois, de acordo com Santos (1999, p. 89), "o currículo não existe como um fato isolado, mas adquire formas sociais particulares que corporificam certos interesses, eles próprios resultados de lutas contínua dentro e entre grupos dominantes e subordinados".

O farmacêutico, que antes atendia e preparava os medicamentos nos laboratórios da farmácia, com a chegada da industrialização, começa a perder esta característica principal para o qual era formado, e passa a perder o contato profissional com a comunidade, a relação com o seu trabalho no atendimento à população tornou-se prejudicado. Além disso, veio sinalizar a formação de profissionais para um maior conhecimento em indústria e análises clínicas que detinham um reconhecimento social e colocava o farmacêutico da farmácia comunitária cada dia mais distante deste mesmo reconhecimento.

A partir desse período, tem-se um Estado promotor do desenvolvimento que provoca mudanças no mundo do trabalho influenciadas pelo ideal liberal. Daí a influência do campo econômico na relação entre profissional e comunidade distancia o profissional que se torna ausente e faz deste um profissional mais técnico. Se antes o farmacêutico era possuidor de amplo conhecimento desde a compra de produtos, a manipulação, até a dispensação do medicamento, passa a ser confundido com o leigo, ficando clara a desvalorização do seu trabalho e este profissional então, projeta-se para as análises clínicas e indústrias.

A mercantilização do medicamento foi ganhando força e a questão do lucro acompanhou este cenário, colocando o medicamento como mercadoria e não como instrumento de resgate de saúde, prevenção de doenças ou tratamento e a formação do profissional se volta para as forças do mercado perpassando o conteúdo da formação desse profissional a partir do currículo que é, segundo Moreira e Silva (1994, p. 23).

> um território em que se travam ferozes competições em torno dos significados. O currículo não é um veículo que transporta algo a ser transmitido e absorvido, mas sim um lugar em que, ativamente, em meio a tensões, se produz e se reproduz a cultura. Currículo refere-se, portanto, a criação, recriação, contestação e transgressão.

Tudo isso significa dizer que o currículo do curso de farmácia recebeu constantes tentativas de alterações como foi em 1962, quando implantado o Currículo Mínimo para o curso de farmácia. As disciplinas destacavam as áreas da indústria de medicamentos e análises clínicas e, em 1969, foi instituído o novo Currículo Mínimo para a Farmácia, a partir da reforma universitária, que reforçou o distanciamento do farmacêutico como profissional do medicamento e de seu papel de cuidador e orientador nas farmácias (Santos, 1999).

Outro destaque foi a aprovação da Lei n˚ 5.991, de 1973, que propiciou qualquer pessoa comercializar medicamentos desde que a farmácia contasse com um farmacêutico. Este cenário nos remete aos dias de hoje, onde prevalecem os interesses econômicos e não a saúde revelando que, [...] a indústria farmacêutica moderna é uma indústria de transformação, enquanto a farmácia representa um estabelecimento predominantemente comercial, com um artesanato técnico em involução" (CFE, 1969). Nesse contexto, o usuário de medicamento pode ou não encontrar profissional habilitado a atender ou sanar suas dúvidas sobre medicamentos

e as consequências do mau uso destes medicamentos podem trazer danos irreparáveis como intoxicações, interrupção do tratamento e até a morte.

Os desafios enfrentados na condição profissional do farmacêutico diante do mercado de trabalho leva-se a refletir sobre a sua formação acadêmica e nota-se problemas e entraves durante este período. Álvares (2009, p. 55) acredita que “a farmácia comunitária tenha sido o local do primeiro emprego de cerca de 70% dos farmacêuticos brasileiros e o aprendizado na prática acontece nas farmácias”. Essa interpretação se mantém presente durante grande parte da caminhada desse profissional. Sua formação universitária era para a sua condição técnica nas indústrias e análises clínicas, ao contrário do direcionamento de suas atividades profissionais, para a dispensação, manipulação e comercialização de medicamentos que precisou ser repensada ao longo dos anos.

Na década de 1980, o currículo para o ensino desse profissional é revisto por causa das mudanças do contexto socioeconômico de democratização e, nesse debate, sua capacitação deveria ser voltada para o mercado de trabalho, o que a sociedade também lhe impõe. Constata-se então a perda de identidade no decorrer da formação desse profissional e ao mesmo tempo o desafio de repensar o seu papel na sociedade diante dos acontecimentos, informações, questionamentos de ordem profissional, pessoal e acadêmico, no sentido de resgatar o papel cuidador e educador.

No ano de 2002, o currículo de Farmácia sofreu mudanças baseadas nas Diretrizes Curriculares editadas pelo Ministério de Educação, passando de uma abordagem tecnicista, que dificultava a visão acadêmica e a sua capacidade crítica, para uma abordagem generalista. Porém, devido a grande expansão dos cursos de Farmácia no Brasil, observado pelo aumento do número de cursos oferecidos, verificou-se uma grande diversidade de currículos gerando grandes desafios ao Conselho Federal de Farmácia e sua Comissão de ensino. Com isso, a Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior – CNE/CES número 6 de 2017, estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Farmácia e a Comissão de Ensino do CFF elaborou um manual com orientações para implantação dessas diretrizes pelos cursos das instituições de ensino superior. Assim o farmacêutico generalista surgiu da necessidade do acadêmico ter uma visão mais humanista e crítica da sociedade, sendo capaz de trabalhar com a comunidade na

forma de ações sociais, atuando em vários níveis da atenção à saúde e participando da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Dourado; Coelho, 2010).

## 3.3 MUDANÇAS DE PARADÍGMAS NA SAÚDE E EDUCAÇÃO

A expressão *PRÁTICA SANITÁRIA* é, reconhecidamente, a forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde. No Brasil, vive-se hoje um interessante e importantíssimo momento de mudanças nessa prática, encaminhadas por força da nova Constituição Federal de 1988, precedidas e acompanhadas de intensas discussões políticas e acadêmicas. O momento não só é importante como também peculiar porque o país experimenta, de forma solitária na América Latina, a possibilidade de implementar um Sistema Único de Saúde compatível com as noções e os conceitos mais recentes sobre saúde e doença (Santos; Westphal, 1999).

É também consenso entre profissionais da Saúde Pública de que se experimenta uma mudança de paradigma nas ciências da saúde. Independentemente do grau de adequação epistemológica ao se adotar os conceitos de Khun (1975) de maneira resumida, um paradigma segundo Khun (1975), é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica. É esse compartilhar que distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum. A evolução científica se dá pelo que o autor chamou de revoluções, denotando as passagens das fases de normalidade para as crises e daí para as novas teorias. É o fato de que as respostas dadas pela sociedade aos problemas de saúde devem decorrer do conceito de saúde vigente, ou seja, do paradigma que institui esse conceito o qual, por sua vez, responde ao contexto sócio-econômico político e tecnológico vigentes. A prática sanitária, portanto, é configurada e direcionada pelo paradigma vigente e pelo contexto (Santos; Westphal, 1999).

Outra mudança é que desde há alguns anos a nossa visão da saúde passou da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social. Ocorre claramente uma mudança de paradigma, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior o que modifica-se a prática sanitária, passando-se da antiga – curativista – para a atual – a vigilância da saúde (Santos; Westphal, 1999).

A partir de então, o sistema de saúde no Brasil chegou ao século XXI organizado em torno da promoção e da vigilância à saúde. Profissionais de saúde e população passam a ser vistos como sujeitos do processo e a doença deixa de ser o foco de observação, que se volta para o modo de vida e as condições de trabalho dos indivíduos e grupos sociais, e suas repercussões no processo saúde-doença. A operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS em um novo modelo assistencial requer novos perfis profissionais (Chiesa, et al., 2007). Já do lado da Academia, cumpre formar, atualizar e aperfeiçoar o conteúdo curricular transmitido aos profissionais que por ela passam. Necessário ainda, e isso ocorre diuturnamente, atender às solicitações que a sociedade encaminha para respostas técnicas atualizadas para os velhos e os novos problemas em saúde e ambiente (Santos; Westphal, 1999).

Há, portanto, uma demanda por ensino, pesquisa e extensão que é, por assim dizer, adicionada à demanda tradicional. No campo da formação, por exemplo, ao mesmo tempo em que o profissional de saúde deve dar conta de tarefas tradicionais, sobretudo as de caráter técnico, necessita compreender o que é trabalhar em saúde hoje. Mais do que isso, deve ser equipado com o conhecimento e a habilidade para a interlocução, para se dirigir a um público mais amplo do que fazia tradicionalmente, e principalmente para incorporar em suas tarefas e aptidões o universo político que o rodeia (Santos; Westphal, 1999).

Aqui talvez resida o maior desafio e a maior missão da Universidade, preparar profissionais para atuar nos diferentes níveis do Sistema de Saúde, especialmente na Atenção Básica, conforme preconizam as DCN, ao postular que a formação do profissional de saúde deve estar em consonância com o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. A formação do generalista requer a inserção precoce do aluno no mundo do trabalho e a sua atuação crítica e reflexiva para o desenvolvimento de uma visão global, integrada e crítica da saúde, tendo como eixo central a promoção da saúde. Currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho em saúde no SUS devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais. Mudanças envolvem pessoas, valores, culturas e, especificamente no campo da saúde e da educação, envolvem também questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas. Isso significa romper com “antigos

paradigmas", sem negar, entretanto, a historicidade das profissões, o acúmulo de conhecimentos e os modelos de atenção à saúde existentes no país. As mudanças na formação exigem ainda novos desenhos curriculares focados em metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar fundamentada nas ciências humanas, sociais e biológicas (Chiesa *et al*., 2007).

A formação do profissional generalista requerido pelo SUS atualmente é regida pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) que propõe, dentre outras medidas, a substituição dos currículos mínimos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde (Almeida; Maranhão, 2003). As DCN reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior (IES) em formar profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira (Chiesa et al., 2007).

## 3.4 ATENÇÃO BÁSICA, SUA HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E POTENCIALIDADES COMO CAMPO DE PRÁTICA PARA FORMAÇÃO DO RESIDENTE FARMACÊUTICO

Segundo Organização Mundial da Saúde em 2011 a "atenção primária em saúde" foi definida para atingir em todos os países um nível de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e as comunidades como:

> *Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata)*

De acordo com Starfield (2002), as principais características da APS são:

- Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro

recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.

- Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.

- Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

- Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

De acordo com o Portal do Departamento da Atenção Básica (PNAB), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu

território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinal idade do cuidado. A adstrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de cor responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinal idade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogênia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. Essa política tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

Com a reformulação do sistema de saúde, a formação dos profissionais de saúde tanto na graduação como na pós graduação também passa por um processo de mudanças com base no conceito ampliado de saúde e nos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, requer do profissional de saúde não só a compreensão destes aspectos, mas, sobretudo, a adoção de práticas que estejam comprometidas com a promoção da qualidade de vida da população, proteção e recuperação da saúde conforme as DCN, cuja responsabilidade é do próprio sistema, conforme normatização através do Artigo nº 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988 o qual estabelece que a formação de recursos humanos para a saúde é atribuição do SUS (Cosme, 2013).

Cunha (2002) apresenta uma classificação de dois modelos de ensino: um tradicional e um emergente. No tradicional, o ensino é centrado no professor ou preceptor, com ênfase na transmissão do conhecimento, enquanto no ensino emergente a coprodução de autonomia é o foco de todas as relações existentes na produção do cuidar. Neste contexto, o preceptor de serviço tem papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (Cosme, 2013).

Graduando e pós-graduando, que antes dava mais importância às tecnologias duras (aprendidas em ambientes hospitalares) passa a valorizar as tecnologias leves

ou menos densas (Merhy, 2003). Percebe-se que, gradativamente, com a evolução das mudanças de modelos da saúde, a percepção dos profissionais, graduandos e pós graduandos sobre a complexidade do cuidado em saúde tem se modificado, pois o usuário da atenção básica que era visto como simples, uma vez que não demandava realização de tecnologia dura, hoje é visto de forma contextualizada, mais complexa e percebe-se que seu cuidado demanda um plano de ação familiar em que o próprio deve ser considerado como sujeito do processo, o que não é considerada uma tarefa simples (Cosme, 2013).

A formação, para ABS se fundamenta na construção de um processo de formação compatível com uma metodologia ativa, pois envolve a construção de conhecimentos com envolvimento de diversos atores atrelados ao processo. Porém, para que isto ocorra, o profissional do serviço (preceptor) precisa estar preparado, sensibilizado ao desenvolvimento/ aprimoramento de competências para uma prática efetiva no processo de formar profissionais para o SUS.

## 3.5 A PRECEPTORIA E AS POLÍTICAS INDUTORAS DO SUS

Wuillaume (2010) caracterizou a preceptoria como “um processo de mediação”, demandando do preceptor “conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação” (Wuillaume, 2010, p. 136). Apontou analogias entre a formação dos residentes e o método da “problematização” criado por Paulo Freire (2010), que vem sendo adaptado à formação em saúde em contextos inovadores (Berbel, 1998). Soares et al. (2013, p. 14-22) vão além na descrição da complexidade das atividades e atributos de preceptores:

> “O preceptor deve extrair das situações complexas e contraditórias de seu exercício profissional diário a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução. Exercer estratégia educativa que favoreça uma atitude reflexiva e emancipadora. O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. Supervisionar e orientar no processo de decisão em questões éticas e morais da profissão. Pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e,

> ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo, funções típicas de um mentor".

A identidade do fazer dos preceptores está na facilitação do fazer das diferentes categorias profissionais a partir da promoção do diálogo entre iguais, ou seja, cuidar da reflexão e da problematização da categoria da qual cada profissional e ele mesmo fazem parte, articulando o saber da categoria com a realidade do território. O preceptor tem o desafio de aprofundar os saberes na perspectiva de sistematizar o processo de trabalho da categoria na perspectiva de identificar como promover a saúde a partir de contribuições que perpassam a singularidade da disciplina. Deve estimular a investigação e o cuidado das necessidades específicas da atenção à saúde, considerando o fazer da categoria a partir da leitura das condições de vida e saúde da população adscrita num dado território. Assim, é tarefa do preceptor promover o diálogo da categoria com outros níveis de atenção (rede de apoio), facilitando a comunicação vertical entre iguais que se encontram em diferentes níveis da atenção (primária, secundária e terciária), ao tempo que reconhece a complexidade do sujeito, não reduzindo o olhar sobre este sujeito apenas ao saber de uma dada categoria, posto ser insuficiente. Assim a avaliação do processo de formação está focada nos aspectos relacionais, no desempenho do fazer disciplinar, no grau de responsabilização sanitária da categoria e no processo de trabalho no território; e ainda, com o aprofundamento técnico-científico relacionado ao fazer específico da categoria na Estratégia Saúde da Família (Parente, 2008, p. 52).

> [...] o preceptor deve estimular a investigação e o cuidado das necessidades específicas da atenção à saúde [...]

A relação ensino e serviço são importantes iniciativas interministeriais que fomentam propostas intersetoriais de formação por meio da oferta de atividades de formação acadêmica e profissional, que tendem a superar o enfoque "conteudista" pelo aprendizado de habilidades e competências afinadas e direcionadas à realidade e aos desafios de planejamento, gestão, inovação, tecnológica, assistência e educação do Sistema único de Saúde, no sentido de fortalecer o SUS, torná-lo uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho, envolvê-lo na formação dos futuros profissionais, melhorar a qualidade das ações de saúde e programar ações para reordenar a formação na área da saúde, foram então elaboradas as Políticas Indutoras Ministeriais com o objetivo de integração educação-trabalho em saúde.

Assim foram lançadas, pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), as seguintes Políticas Indutoras Ministeriais (Brasil, 2012):

- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró- Saúde);
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde);
- Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (Residência);
- Política Nacional de Educação Permanente;
- Universidade Aberta do SUS (UnASUS);
- Práticas Inovadoras de Gestão do Trabalho (InovaSUS);
- Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps);
- Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde);
- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab);
- Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH);
- Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS);
- Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS);
- Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde (Mercosul).

Dentre esses os programas Pró-Saúde e PET-Saúde são iniciativas vinculadas à graduação para reorientar a formação em saúde. Estes programas passaram a incentivar transformações nos processos de formação em saúde nos cursos de graduação no país. Lançado em 2005, o Pró-Saúde, com o objetivo de promover aproximação do ensino com serviços ligados à atenção básica para a reorientação da formação profissional, numa abordagem integral e contextualizada no processo saúde-doença na comunidade, inicialmente, esse considerava somente os cursos de graduação das profissões que integravam a Estratégia de Saúde da Família (ESF): Enfermagem, Medicina e Odontologia. Após a ampliação do programa, os demais cursos de graduação da área da saúde foram incorporados (Brasil, 2007). O Pró-

Saúde também viabilizou recursos financeiros para a Instituição de Educação Superior (IES) e para as Secretaria de Saúde envolvidas no projeto.

A regulamentação do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde trouxe novos horizontes para a formação específica, com o objetivo de instituir profissionais com perfil para modificar práticas e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde, no âmbito da implantação do SUS e da formação em serviço. Na perspectiva da política de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentada como uma estratégia (Dias et al., 2016).

Publicada em 2007, a Portaria Interministerial nº 45, dispõe sobre a Residência Multiprofissional em saúde, modalidade de ensino em serviço nas áreas profissionais não médicas, relacionadas à saúde. A Residência Multiprofissional em saúde é uma pós-graduação Lato Sensu destinado às profissões relacionadas à saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. As políticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde são orientadas pelos mesmos princípios e diretrizes do SUS e contemplam como eixos norteadores: educação em serviço, clínica ampliada, integração ensino-serviço comunidade, integralidade no cuidado, interdisciplinaridade, articulação com a área médica, intersetoriedade, trabalho em Rede, política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS (Uchôa-Figueiredo et al., 2016).

A característica fundamental da Residência Multiprofissional em Saúde é desenvolver competências e habilidades para o trabalho em equipe interprofissional numa perspectiva de cuidado Integral, intersetorial e em rede (Costa-Neto; Batista, 2013). A garantia de uma saúde adequada requer a articulação dos diversos setores e, especialmente, que os gestores do SUS articulem-se em rede tendo como objetivo executar ações que visem favorecer melhores condições de vida e de saúde para a população (Brasil, 2009). O modelo de atenção à saúde está alicerçado na promoção de ações e serviços de saúde que garantam atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, capaz de provocar impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Este modelo pretende consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade (Brasil, 2012). O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde favorece integração entre serviço-ensino e o

fortalecimento das relações de parceria entre os serviços de saúde e as instituições de ensino visando à qualificação na formação e desenvolvimento profissional com o sistema de saúde vigente (Tombini, 2010). Essa integração abrange um trabalho coletivo, pactuado e integrado entre tutores, preceptores e residentes juntamente com os trabalhadores dos serviços e gestores da saúde, tendo como objetivos: a qualificação da saúde individual e coletiva, a formação profissional e a aproximação com os trabalhadores da saúde, gerando no processo de trabalho e no ensino uma inovação pedagógica e consequente fortalecendo a equipe multiprofissional em saúde.

## 3.6 A INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO

No Brasil, a política de educação na saúde é organizada através da integração do ensino com a rede prestadora de serviços do SUS, constituindo um ato pedagógico de aproximação dos profissionais da rede de serviços de saúde às práticas pedagógicas e aos professores dos processos de atenção em saúde. Assim, visa proporcionar a inovação e a transformação dos processos de ensino e de prestação de serviços (Haddad, 2011).

Campos, em 1999, já discutia a inadequação de hospitais universitários para o ensino da graduação de médicos para clínica integral. Propunha o deslocamento dos espaços de ensino para centros de saúde, hospitais-dia, domicílios, comunidade, escolas, entre outros, o que implicaria na articulação das escolas com o SUS. Se o objetivo é formar profissionais preparados para atuar em um serviço específico, porque não edificar seu aprendizado nesse local? Isto porque, segundo alguns autores, para garantir uma efetiva integração do ensino com as redes de serviços, é preciso entender o SUS como um interlocutor essencial das escolas na formulação e implementação dos projetos pedagógicos na formação de recursos humanos e não apenas como um campo de estágio (Morita; Krieger, 2003; Mello et al., 2011).

## 3.7 O PAPEL DO PRECEPTOR NA INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO

Para Mills (2005) o preceptor é o profissional que não é da academia, mas que possui um importante papel na inserção e socialização dos estudantes no ambiente

de trabalho. Segundo Armitage e Burnard (1991), o preceptor tem o papel de estreitar a distância entre a teoria e a prática.

Encontram-se diferentes definições para a atividade de preceptor na literatura, entre elas: ensinar, orientar, dar suporte, desenvolver habilidades práticas, compartilhar experiências, entre outros (Botti; Rego, 2008). Armitage complementa dizendo que o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, auxiliando o profissional em fase de formação a desenvolver estratégias exequíveis para resolver os problemas com os quais se defronta, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades (Armitage; Burnard, 1991).

Além disso, espera-se que a relação entre o preceptor e o discente seja horizontal, que o ato de pensar e de construir hipóteses seja estimulado, e que o aluno descubra, nesta relação, a importância do trabalho coletivo (Barreto et al., 2011).

O preceptor atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, exclusivamente na área e no momento da prática clínica. Sua atividade ocorre durante um curto período de tempo, em encontros formais, com o objetivo de auxiliar o aluno ou recém-graduado em seu progresso clínico (Botti; Rego, 2008). Sua função de mediador entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno (Rego, 1994). Sendo assim, o preceptor possui um papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (Baretto, 2011).

Sem uma adequada preceptoria, os alunos ficam desamparados nos serviços e, acabam expostos à má prática, “desaprendendo” e ampliando a desilusão quanto ao trabalho na saúde pública e à realização das diretrizes do SUS. Sua função de mediador entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno (Rego, 1994).

# 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

# 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

## 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem metodológica qualitativa, exploratória. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não são mensuráveis, tais como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Gerhardt e Silveira (2009, p. 32) descrevem que:

> [...] Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê dos eventos, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (levantados e de interação) e se valem de diferentes abordagens.

Por outro lado, segundo Gil (2002), pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica. O que as difere é a natureza das fontes, onde a pesquisa bibliográfica utiliza contribuições de diversos atores sobre um determinado assunto, a pesquisa documental utiliza materiais que não recebem ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com o objeto da pesquisa. O desenvolvimento segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica, considerando que as fontes nesta pesquisa são muito mais diversificadas e dispersas. Deste modo, a análise documental foi escolhida devido ao fato de ser uma técnica que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outro.

## 4.2 CAMPO DE ESTUDO

### 4.2.1 Local cenário de estudo

A pesquisa foi realizada em três (03) bases de dados da literatura, reconhecidas da Ciências da Saúde: Pubmed/Medline, Lilacs e o Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes). A **Pubmed** foi selecionada porque contempla cerca de 22 milhões de citações em literatura biomédica da Medline, periódicos sobre ciências da vida e livros online. É

um recurso gratuito que é desenvolvido e mantido pela National Center for Biotechnology Information (NCBI) da U.S. National Library of Medicine (NLM) localizado nos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos.

Já **Lilacs** (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), remete-se ao Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e foi selecionada porque é uma base com dados publicados desde 1982. Por sua vez, o **Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)** é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional. Ele conta com um acervo de mais de 38 mil títulos com texto completo, 134 bases referenciais, 11 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual.

## 4.3 COLETA DE DADOS

A busca das publicações foi realizada no período de 6 meses.

As fontes de busca foram as bases eletrônicas, utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam na atenção básica. As bases utilizadas foram uma no site da prefeitura do município de São Paulo (www.prefeitura.sp.gov.br), Biblioteca Regional de Medicina BIREME (Lilacs), Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed/MedLine). O Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Neste estudo, a coleta de dados foi norteada pelas seguintes questões:

1. Analisar as atividades pedagógicas desenvolvidas pelo preceptor farmacêutico com vista à articulação teórico-prática do ensino-aprendizagem.
2. Quais competências o farmacêutico necessita desenvolver para atuar como preceptor.
3. Quais estratégias podem ser utilizadas para o exercício da preceptoria farmacêutica na atenção primária a saúde?

Desse modo, realizou-se o levantamento bibliográfico em três bases de dados PubMed, Lilacs, e Portal Capes, em busca de estudos que abordassem os temas:

farmacêutico, preceptor, competências e atenção primária. Encontrou-se limitação de textos completos, publicados nos últimos 5 anos.

A primeira busca ocorreu em 20/04/2017 na base de dados PubMed, utilizando-se o descritor *pharmaceutical preceptor*. Os critérios de inclusão dos textos para leitura na íntegra foram: artigos sobre a temática da preceptoria relacionados a farmácia. Nessa primeira busca foram localizados 88 trabalhos e selecionados 09. Uma segunda busca na mesma base de dados foi realizada em 16/05/2017, utilizando como descritor *pharmaceutical preceptor in primary care*. Neste momento foram localizados 11 trabalhos, sendo selecionados 02. Em 22/08/2017 uma nova busca foi realizada, e dessa vez foram utilizados os descritores *competencies of the pharmaceutical preceptor*, tendo sido localizados 5 trabalhos e selecionado 01 trabalho. Em 15/10/17 uma nova busca foi realizada, utilizando os descritores *competencies of the pharmaceutical preceptor in primary care,* sendo localizados 02 trabalhos e selecionado 01.

Em 27/10/2017 uma nova busca foi realizada utilizando a base de dados Lilacs utilizando como descritores *preceptor, preceptoria, atenção primária, competência profissional*. Foram localizados 41 trabalhos e selecionados 06 trabalhos. Já em 10/01/2018, outra busca foi realizada no portal Capes utilizando como descritor *preceptoria,* localizando-se 44 trabalhos e selecionados 06 trabalhos.

Ao final, os artigos selecionados para análise foram 25, pois foram excluídos os artigos repetidos nas buscas realizadas e por não apresentarem coerência ao assunto.

### 4.3.1 Critérios de inclusão dos materiais educativos

Os critérios de inclusão dos materiais educativos selecionados para a presente revisão foram:

- Período de publicação: de 2005 a 2017.

- Objeto de estudo: abordagem acerca do tema da pesquisa.

- Disponibilidade: texto completo

### 4.3.2 Procedimentos éticos

O presente estudo seguiu os termos da Resolução 466/2012(73) do Conselho Nacional de Saúde, de modo a respeitar todos os preceitos éticos lá estabelecidos. Por se tratar de análise documental, não foi necessária a submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

### 4.3.3 Análise de dados

A análise de dados foi norteada pelas seguintes questões:

- Estratégias utilizadas para o exercício da preceptoria
- Competências que o farmacêutico necessita desenvolver para atuar como preceptor
- Atividades pedagógicas desenvolvidas pelo preceptor.

# 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

# 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentadas as análises dos artigos conforme Apêndice C. Desse modo, após a leitura das publicações selecionadas, foi realizada a análise dos seus conteúdos. Foram encontrados 191 artigos, eliminados pela revisão 166 e selecionados 25, conforme Apêndice A.

Para facilitar a análise os temas foram agrupados em categorias que segundo Minayo, "são expressões ou palavras significativas em função da qual o conteúdo de uma fala será organizado" (Minayo, 2006, p. 406). As categorias são: conceito de preceptor/preceptoria; atividades e características do preceptor; relação preceptor – aluno-serviço; condições de trabalho x formação e formação do preceptor.

- **Estratégias utilizadas para o exercício da preceptoria**

Os termos preceptoria e preceptor são frequentemente utilizados no âmbito da formação em saúde, porém, de acordo com Botti (2009), carecem ainda de definição consistente. Assim, das 25 publicações selecionadas, 10 consideram que o conceito de preceptor "não está muito claro" (Missaka; Ribeiro, 2011, p.303-310) ou por não explicitarem isso no texto, ou quando após a leitura exaustiva do texto não encontramos um conceito ou definição para os termos "preceptor" e "preceptoria". O Apêndice B apresenta algumas definições e conceito de preceptor e preceptoria que aparecem nos textos.

Alguns autores utilizam a palavra preceptor como sinônimo de outros textos: Botti (2009, p. 71) menciona uma nova nomenclatura para o preceptor: "docente – clínico"; diz ainda que é um "educador" por "oferecer ao aluno ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos, trilhando um caminho para formar pessoas ativas na sociedade"; Rocha e Ribeiro (2012) utilizam a palavra "preceptor" com o mesmo significado de "docente" e "tutor" como sinônimo de preceptor.

Em outras publicações podemos observar variações ou classificações da nomenclatura de preceptor: Santos (2010) classifica o preceptor em dois tipos: preceptor equipe (membro de equipe no serviço que faz acompanhamento dos alunos nas atividades de campo) e Preceptor de território (profissional de saúde membro da

equipe de supervisão que oferecem aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada programática, acompanhando e responsabilizando-se pelo planejamento e desenvolvimento das atividades no campo, atento às singularidade das situações e a complexidade das interações
entre diferentes sujeitos). Pagani e Andrade (2012) trazem o termo preceptor de território para nomear o preceptor do curso de residência.

Pode-se perceber que o conceito de preceptor foi construído de variadas formas nos diferentes estudos, o que nos remete ao que diz Botti (2009, p. 71) à luz de Houaiss e Goode: conceitos " não tem significado definitivo, mas são construído por suas relações com os fatos" sendo assim, conceitos que parecem tão claros e delimitados podem ter várias facetas complexas e frequentemente contraditória". Deste modo, embora, as definições do preceptor sejam distintas, chama atenção o fato de a maioria trazer um caráter pedagógico: "docente-clinico", "educador", "facilitador", "apoio pedagógico".

> Tal conceito será discutido quando falamos da formação do preceptor. Podemos entender o fato de que os documentos oficiais não trazerem de forma clara o conceito de preceptor ou preceptoria, pois sua definição se da conforme a necessidade de cada programa. Portanto, é preciso que os programas (de residência, graduação) explicitem o conceito de preceptor que optaram utilizar e que pretensões tem acerca desse agente, o que só poderá ser verdadeiramente construído se for fruto de um processo participativo, conforme Pagani e Andrade (2012, p. 44), "na atuação do preceptor deve haver clareza com relação aos objetivos e ao modo pedagógico de implanta-los". Assim, tais autores trazem o conceito construído pelos próprios preceptores: "facilitador da construção do processo de trabalho da equipe de saúde como um todo" (Pagani; Andrade, 2012, p. 99). As Estratégias utilizadas para o exercício da preceptoria encontradas nos estudos foram: acompanhar os alunos nas atividades de campo; oferecer aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada área programática; atuar junto aos residentes na construção de conhecimentos específicos da sua área tendo ou não título de professor; inserir o residente no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimento de habilidades, para desempenhar a prática clínica num contexto multidisciplinar; facilitar a construção do processo de trabalho da equipe de saúde como um todo.

- **Competências que o farmacêutico necessita desenvolver para atuar como preceptor**

Assim como o conceito, as atividades a serem executadas pelo preceptor e competências que esse agente deve ter aparecem de forma variada nos diferentes estudos. Para melhor compreensão foi construído um quadro (Apêndice C) com as atividades do preceptor apresentadas pelos documentos oficiais e pelas publicações estudadas. As atividades a serem desempenhadas pelo preceptor são diversas e de diferentes ordens: técnica, docente, ética e moral.

Botti e Rego (2011, p 70) mencionam que "a definição do papel a ser desempenhado pelo preceptor ainda é assunto muito controverso na literatura cientifica" o permite práticas diferentes. Além disso, a multiplicidade de funções também é percebida pelos preceptores quando se referem ao seu trabalho. Já Rossoni (2010) preocupa-se com fato de o preceptor acumular muitas funções, e afirma que isso pode prejudicar o processo formativo.

A maioria dos preceptores exerce variadas funções e a preceptoria (com todas as suas atividades) soma-se a essas, além de trazer um caráter docente/pedagógico poucas vezes presente nos processos formativos dos profissionais que a exerce. Fajardo (2011, p. 50) faz uma reflexão acerca desse fato quando traz comentários feitos pelos preceptores: "eu só trabalho, não faço mais nada", "sou profissional de saúde, não professor", "não sei ensinar", "nunca fiz pesquisa na vida" e "tenho um monte de hora extra, mas não consigo tirar folga". Ou seja, a atividade profissional parece superpor-se à formativa. A autora ainda diz que "os funcionários atendem a uma demanda cada vez maior de trabalho assistencial, docente e de gestão, simultaneamente".

Tudo isso me faz recordar minha experiência na prática da preceptoria, afinal, associar as práticas de assistência às de ensino não é tarefa fácil, pois exige tempo com os alunos para discutir as necessidades de aprendizagem de cada um.

Rossoni (2010) ainda menciona que embora a formação em APS implique em que residentes de diversas profissões devam fazer tudo que concerne aos cuidados primários em saúde, existe o medo da perda da especificidade profissional do próprio preceptor. Também, outra característica que não está padronizada diz respeito se o preceptor esta vinculado ao serviço – Fajardo (2011), Rossoni (2010) - ou à academia (Albuquerque, 2007; Pontes, 2005), ou seja, quanto mais próximo da academia, o

preceptor minimamente já contempla a função didática, ao passo que, se está vinculado ao serviço, sua prática profissional se sobrepõe ao ensino: prevalece sua experiência, o que, de certa forma, também é fundamental a um aprendizado.

Santos (2010, p. 72.73) analisou dois programas de Residência: no primeiro, o preceptor é vinculado ao serviço, no segundo está vinculado à academia. A autora considera que “a rotina do serviço potencializa o olhar sobre as relações estabelecidas entre residentes, equipe, gestores e usuários”, e menciona que os preceptores vinculados ao serviço “lidam” diariamente com residentes, formulam conjuntamente as agendas e constroem vínculos mais estreitos.

Para Albuquerque (2007), o fato do preceptor não estar vinculado ao serviço pode criar algumas barreiras para o desenvolvimento pleno do aprendizado: “poucos estudantes do grupo do segundo período tiveram oportunidade de participar de uma visita domiciliar acompanhando o preceptor”.

Em concordância com o autor anterior, Pontes (2005) diz que quando o preceptor não é profissional do serviço há dificuldades de inserção dos alunos nas unidades de saúde. Já Rossoni (2010, p. 99) traz outra vertente quando relata que “o fato de alguns preceptores do programa se consideram que já são da casa” fazia com que não se comprometesse com horários e responsabilidades com residentes e usuários e acrescenta “isso gerava ambivalências nos que estavam em formação inclusive provocando desmotivação.”

> Para Young et al. (2014), servir como modelo e demonstrar interesse pelo ensino indicam a mais forte associação com ser um excelente preceptor. Outros fatores significativos incluíam encorajar a participação dos alunos em discussões e exercícios de solução de problemas, estar prontamente disponível para responder perguntas, dar boa orientação e feedback, ter uma experiência prática bem organizada e passar tempo com os alunos. As Competências que o farmacêutico necessita desenvolver para atuar como preceptor encontrada nos estudos foram: habilidades de feedback e avaliação; habilidades de comunicação; interesse e entusiasmo pelo ensino; estimular o pensamento crítico; habilidades de liderança e experiência na área; encorajar a participação dos residentes em discussões.

- **Atividades pedagógicas desenvolvidas pelo preceptor**

Observei que, assim como eu, preceptores são levados a buscar conhecimentos pedagógicos diferentes daqueles aprendidos em seus cursos de graduação, além de aprimorar a prática. Assim, o preceptor deve manter expertise em sua área de preceptoria. Demonstrar uma prática de autorreflexão e compromisso com a melhoria contínua do formato / conteúdo de aprendizado e técnica. Apoiar cada residente em sua busca pela conclusão bem-sucedida de seu ano de residência, revisar e confirmar as metas e objetivos de aprendizado com o residente no início do módulo. Servir de modelo, incutindo valores e atitudes profissionais servir como um recurso de aprendizagem para o estudante; entrevistar o estudante para avaliar seu conhecimento e experiência no início do módulo discutir pontos fortes e fracos com o estudante.

A presença dos alunos nos serviços transforma àqueles que ali trabalham. O fato de os alunos questionarem a organização do processo de trabalho e a qualidade do serviço prestado, ou seja, o processo de trabalho visto por outros olhos, pode levar à reflexão, e assim à transformação da prática dos serviços. Para Rossoni (2010, p. 36) “a presença continua de residentes em formação no serviço, pode provocar nas equipes outro modo de operar, trazendo questionamentos, propondo inovações, desacomodando o instituído”. Já Fajardo (2011, p. 30) considera que “quem ensina também aprende... é possível que as mudanças institucionais ocorram em vários níveis e âmbitos”.

Para Buck et al. (2014) os preceptores devem desenvolver e planejar atividades específicas de acordo com os objetivos da proposta apresentada. As atividades de aprendizado podem ser referidas como deveres e responsabilidades específicos do residente; no entanto, atividades de aprendizado bem projetadas também ajudarão a comunicar e facilitar a compreensão das expectativas do preceptor em relação aos residentes durante a experiência específica de aprendizado. Atividades ligadas diretamente a metas e objetivos proporcionam aos residentes “o que é mais importante” sem o jargão técnico às vezes incluído nas metas e objetivos. Para que o processo de avaliação funcione adequadamente, as atividades de aprendizagem devem ser tão específicas quanto possível e mensuráveis. Se o objetivo for baseado em comportamento, então a atividade deve ser observável. Os preceptores devem se esforçar para melhorar suas habilidades de ensino e seu conhecimento e competência

com os processos de treinamento dentro dos quais os residentes atuais e futuros devem aprender e progredir para a proficiência. O desenvolvimento de atividades de aprendizagem básicas e mensuráveis para cada experiência de aprendizagem pode ser a parte mais importante do processo de avaliação, mas também pode ser o mais desafiador para os preceptores. Assim, essas atividades devem ser enfatizadas nos planos de desenvolvimento de preceptores em andamento.

O preceptor define e discute objetivos de aprendizagem com o aluno no início do módulo, oferece oportunidades de aprendizagem desafiadoras, avalia conhecimentos e habilidades usando ferramentas que se alinham com os objetivos, fornece orientação apropriada fornece feedback frequente que é a construção positiva, oportuna e equilibrada com comentários construtivos, concisos e focado em desempenhos específicos relacionados aos objetivos. É exigido, por lei, o título de especialista ou experiência de três anos na área profissional ao profissional de saúde que vai desempenhar a preceptoria, porém, como mencionado anteriormente, a preceptoria está imbuída de um caráter pedagógico não explicitado nos critérios de seleção do preceptor.

Fajardo e Ceccim (2010, p. 192) mencionam não existir uma regulamentação abrangente da formação e do desenvolvimento da preceptoria, porém consideram o preceptor elemento essencial no desenvolvimento de programas de formação em saúde, e definem esses agentes como “profissionais do serviço/assistência’’ que “ressituam seu conhecimento e sua experiência em área profissional para atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho, articulando aprendizagem e práticas cuidadoras”

Pontes (2005, p. 60) aponta para o fato de preceptores sentirem-se inseguros para exercer a preceptoria por terem visão do processo ensino- aprendizagem cujo docente é “fonte do saber”, e relata a dificuldade de docentes/preceptores para atuarem com novos métodos ensino-aprendizagem (metodologia ativa) e integralidade e interdisciplinaridade e acredita que a “ formação docente se inicie com a reflexão sobre a prática pedagógica da qual o professor é sujeito”.

Albuquerque (2007) comenta sobre o fato de que cada preceptor desenvolve a preceptoria como considera que deva ser; não havendo uma discussão prévia, ou um plano. Os esforços de desenvolvimento dos preceptores devem incluir a conscientização sobre os estilos de aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias

para ajudar os residentes a mudar suas preferências de aprendizado em direções desejáveis.

Ambos sugerem uma maior preferência pela aprendizagem ativa por meio de experiências concretas envolvendo o domínio afetivo. Se este for um indicador precoce de mudança, esses estilos podem ser mais adequados às demandas práticas emergentes e ambientes para farmacêutico. O preceptor deve consistentemente demonstrar competência e profissionalismo e ter uma paixão pela educação, serviço e excelência. Discutir objetivos de aprendizagem com o aluno no início do módulo, oferecer oportunidades de aprendizagem desafiadoras, avaliar conhecimentos e habilidades usando ferramentas que se alinham com os objetivos, fornecer orientação apropriada, fornecer feedback frequente que é a construção positiva, oportuna e equilibrada, com comentários construtivos, concisos e focado em desempenhos específicos relacionados aos objetivos. Atividades pedagógicas desenvolvidas pelo preceptor encontradas nos estudos foram: desenvolver e planejar atividades específicas de acordo com os objetivos da proposta apresentada; definir e discutir objetivos de aprendizagem; avaliar conhecimentos e habilidades.

# *6 CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em saúde se transformou ao longo dos anos devido as mudanças do conceito de saúde à introdução de um modelo de Atenção em Saúde focado na promoção, prevenção e recuperação da saúde, organizado a partir do nível primário. Desse modo, exige um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a diversidade que compõem os sujeitos, o que fez com que a formação em saúde se transformasse ao longo dos anos.

Essa transformação se deu por meio de estratégias que inseriram o aluno, tanto da graduação quanto da pós-graduação, nos serviços de saúde. Isso levou os profissionais de saúde a incluir em sua prática o papel de preceptor. O fato de inserir os alunos nos serviços, por si só, não garante a transformação do processo de formação. É preciso que os trabalhadores de saúde estejam preparados para essa função, assim como lidar com mais um agente no processo de cuidado.

Considera-se que o aluno traz mudanças no cotidiano de trabalho, ou porque exige tempo e atenção dos profissionais de saúde para sua formação, ou porque mobiliza modificações na forma de organizar os serviços. O fato de inserir-se alunos nos serviços, por si só, não garante a transformação do processo de formação. É preciso que os trabalhadores de saúde estejam preparados para essa função, assim como lidar com mais um agente no processo de cuidado. Assim, o preceptor, seria a pessoa que faz a interlocução da academia com os serviços de saúde e insere os alunos nesses serviços.

No meio deste “cenário ideal”, os protagonistas dessa história são os preceptores, que acolhem e ensinam os residentes ao mesmo tempo que precisam dar conta da demanda do serviço. Simultaneamente, convertem seu local de trabalho em um cenário de aprendizagem para si também, e cedem esse palco para que se construa algo novo, considerando as opiniões, experiências e os conhecimentos de todos os envolvidos: residentes, preceptores e tutores.

O palco dessa realidade é desafiador e o preceptor/protagonista precisa de apoio para realizar sua função. Por isso é importante a integração ensino-serviço, em que diferentes olhares contribuem para o aprender-fazendo.

A instituição formadora tem a função de apoiar o preceptor, principalmente na figura do tutor que caminha lado a lado com o preceptor.

Por outro lado, nos bastidores das histórias que se passam por esse contexto, existem muitas dificuldades, como a falta de preparo adequado para exercer o papel de preceptor, falta de espaço, falta de tempo, falta de reconhecimento, enfrentar embates com colegas que não compartilham da mesma visão sobre ensino, acolher e ensinar os residentes ao mesmo tempo que precisam dar conta da demanda do serviço. Nessa direção, diante da falta de espaço, de tempo e de reconhecimento. é preciso incentivo para tantos improvisos. É preciso enfrentar embates com colegas que não compartilham da mesma visão sobre o ensino, a fim de defender uma situação de aprendizagem em serviço que também destaca o lugar de profissionais nos espaços diretos de cuidado à saúde. É por essa perspectiva que importa observar a importância que tem sido dada ao preceptor. Porém, embora haja um aumento do número de estudos que discorram sobre preceptor e preceptoria nos últimos 10 anos, ainda há muito que refletir sobre esse agente, sua formação ou direção de como o profissional de saúde deve agir na função de preceptor, que ainda pode e precisa ser mais explorada.

Através deste estudo foi possível analisar as possíveis estratégias para viabilização das competências a serem aprimoradas ou desenvolvidas pelo preceptor, sendo percebido que o *locus* do trabalho é rico em experiências que demandam estratégias diárias bastante efetivas para solucionar situações. No entanto, a falta de conhecimento sobre os contextos (seja político, social, econômico) limita tais estratégias. Também a falta de estímulo de reflexão sobre as mesmas acaba não permitindo que tais estratégias sejam aprimoradas.

Como recomendação, proponho maior participação dos preceptores no planejamento dos processos de ensino-aprendizagem com a academia e discentes e que, assim como a tecnologia educacional realizada neste estudo, outras tecnologias sejam estimuladas e implementadas a fim de fomentar discussões sobre a temática de tamanha relevância e proporcionar parâmetros para esta prática, ainda pouco explorada.

Nessa direção, iniciativas como o Mestrado profissional tem propiciado um espaço valoroso, ainda que incipiente, frente à crescente demanda. Isto porque não existe uma fórmula - muito buscada durante esta pesquisa - a ser seguida e que resulte na transformação do profissional de saúde em preceptor. Como bem diz

Fajardo (2011), a formação ocorre no cotidiano da preceptoria (marcado pela falta de padrões e rotinas). Porém, durante a leitura dos textos, pode-se observar que o que se espera do profissional de saúde é inserir em sua prática atividades de supervisão e orientação de alunos, o que pressuporia conhecimentos distintos dos técnicos aprendidos nas suas específicas graduações. Assim, tornar-se-ia fundamental pensar, para além da definição de preceptor, a sua formação, ou melhor, a construção desse ator, baseada na prática da preceptoria. A partir dos achados deste estudo foi elaborado um material educativo de apoio aos farmacêuticos preceptores da atenção primária à saúde (APS) que estejam de alguma forma envolvidos na articulação ensino - serviço- comunidade. Sua finalidade é dar subsídios básicos ao preceptor farmacêutico Apêndice E.

# *REFERÊNCIAS*

# REFERÊNCIAS[1]

Alburquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2007.

Almeida M, Maranhão E. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede UNIDA; 2003.

Álvares A. Fundada a Sociedade Brasileira de Farmácia Comunitária. Pharmacia Brasileira [Internet]. 2009 mar-abr [citado 23 maio 2018];12(70):55. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/70/049a074_vArias.pdf.

Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. Nurse Educ Today.1991 Jun;11(3):225-9.

Barreto VH, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. Rev Bras Educ Med. 2011;35(4):578-83. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019.

Berbel NAN. "Problematization" and problem-based learning: different words or different ways? Interface Com Saúde Educ [Internet]. 1998 Feb [cited 2018 Jun 01];2(2):139-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008.

Botti SHO. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

Botti SHO, Rego STA. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 jul-set [citado 01 jun. 2018];32(3):363-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011.

Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. Physis [Internet]. 2011 [citado 01 jun 2018];21(1): 65-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=pt.

[1] De acordo com estilo Vancouver.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS). Políticas e ações. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Buck et al. Preceptor Development: Providing Effective Feedback, Part 2. Hosp Pharm. 2014 Jun;49(6):521-29. doi: 10.1310/hpj4906-521.

Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 1999;15(1):187-94. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100019.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC. A Formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007;12(2):236-40. doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i2.9829.

CNE – Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 10/2017. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União; Brasília. (19/10/2017); Sec. I. p.42.

CFE – Conselho Federal de Educação. Parecer n. 287/ 69. Documenta. Brasília; 1969. n.100.

Cosme FSN. Preceptoria de enfermagem na atenção básica: construção de competências a partir da prática [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2013.

Costa-Neto PEW, Batista SHS. A preceptoria na formação em saúde: uma incursão na literatura. In: Silva GTR, organizador. Residência multiprofissional em saúde: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari; 2013. p. 47-60.

Cunha MI. O bom professor e sua prática. In: Masetto MT, organizador. Docência na universidade. 4 ed. Campinas: Papirus; 2002.

Dias IMAV, Devincenzi UM, Silva ER, Uchôa-Figueiredo LR, Thomaz SMT. Residência multiprofissional em saúde e suas normativas. In: Uchôa-Figueiredo LR, Rodrigues TF, Dias IMAV, organizadoras. Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 35-57.

Dourado CSME, Coelho MSR. Adequação dos cursos de Farmácia às novas Diretrizes Curriculares. Rev Cient FSA [Internet]. 2010 jan-dez [citado 22 maio 2018]; 7(1):129-42. Disponível em: http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/412.

Fajardo AP, Ceccim RB. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p.191-210.

Fajardo AP. Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2011.

Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface Comun Saude Educ. 2005;9(18):489-506.

Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2010.

Gerhardt TE, Silveira DT. Método de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005 mar-abr;21(2):490-8.

Haddad AE. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado 22 maio 2018];45 (Esp. 2):1803-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800029.

Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1975.

Mello ALSF, Moyses SJ, Carcereri DL. Ensino ou serviço? A universidade e o curso de odontologia na rede de atenção à saúde bucal. Mundo Saúde [Internet]. 2011 [citado 22 maio 2018];35(4):364-72. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/01_EnsinoouServico.pdf.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde Debate [Internet]. 2003 [citado 22 maio 2018];27(65):316-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000126&pid=S1413-81232013000800003000014&lng=pt.

Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. Rural Remote Health Jul-Sep.2005;5(3):410.

Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2011 [citado 01 jun 2018]; 35(3):303-310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300002&lng=en&nrm=iso.

Moreira AFB, Silva TT, organizadores. Currículo, cultura e Sociedade. São Paulo: Cortez; 1994.

Morita MC, Krieger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Rev Abeno [Internet]. 2003 [citado 22 maio 2018];4(1):17-21. Disponível em: http://www.abeno.org.br/aadm/adm/imgs/mudan%E7as%20nos%20cursos%20de%20odontologia%20e%20a%20intera%E7%E3o%20com%20o%20sus.doc.pdf.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: WHO; 1978. Available from: http://www.who.int/iris/handle/10665/39228. [cited 2011 Mar 21]. Technical Report.

Pagani R, Andrade LOM. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de Sobral, CE. Saúde Soc [Internet]. 2012 [citado 01 jun 2018];21(Supl 1):94-106. Disponível em: http://www.journals.usp.br/sausoc/article/viewFile/48772/52848.

Parente JRF. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. Sanare [Internet]. 2008 [citado 22 maio 2018];7(2):47-53. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31.

Pontes ALM. Saber e prática docente na transformação do ensino médico: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de medicina da UFF [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005.

Rego S. A prática na formação médica: os estágios extracurriculares em questão [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 1994.

Rocha HC, Ribeiro VB. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012 [citado 01 jun 2018]; 36(3):343-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/08.pdf.

Rossoni E. Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação; 2010.

Santos FA. Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estud Av. 1999;13(35):71-88. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100007.

Santos MRC. A profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino. Ribeirão Preto: Holos; 1999.

Schön D. Formar professores como profissionais reflexivos. In: Nóvoa A. Os professores e sua formação. 2 ed. Portugal: Publicações Dom Quixote; 1995.

Schön D. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Soares ACP, et al. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. Cad Abem [Internet]. 2013 out [citado 01 jun 2018];9:14-22. Disponível em: http://abem-educmed.org.br//wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol09.pdf.

Starfield B. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Tombini LHT. Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

Uchôa-Figueiredo LR, Rodrigues TF, Dias IMAV. Percursos Interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2016. (Série Vivências em Educação na Saúde).

Votta R. Breve história da farmácia no Brasil. Rio de Janeiro: Enila; 1965.

Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2000.

Young M. Teoria do currículo: o que é e porque é importante. II Seminário FE/USP sobre currículo; 1 nov 2013; São Paulo, SP. (Cad Pesqui jan-mar [Internet]. 2014 [citado 01 jun. 2018];44(151):190-202. doi: http://dx.doi.org/10.1590/198053142851).

# *APÊNDICES*

## APÊNDICE A:
## Documentos encontrados e selecionados nas bases de dados

| Base de dados | Encontrados | Eliminados pela revisão | Selecionados *[1] |
|---|---|---|---|
| Banco de Teses Capes | 44 | 39 | 06 |
| BVS Lilacs | 41 | 36 | 06 |
| Pub Med | 106 | 93 | 13 |
| **TOTAL** | **191** | **168** | **25** |

1 Selecionados aplicando critério ao título, resumo e texto completo

## APÊNDICE B:
## Conceitos de preceptor e preceptoria apresentados pelas publicações selecionadas

| Autor | Conceito preceptor |
|---|---|
| Pagani e Andrade (2012) | “preceptor de território”: “profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes de estratégia saúde da família” (p94) |
| Pontes (2005) | docente ou tutor que acompanha um grupo alunos no cenário de aprendizagem do trabalho de campo supervisionado. |
| Albuquerque (2007) | Educador responsável por supervisionar os alunos. |
| Fajardo (2011) | “facilatador do processo ensino aprendizagem” (p 46), e ainda “profissionais que se abrem ao novo trazido pela (con) vivência junto a residentes, pacientes, colegas e gestão” (reconhecimentos). |
| Botti (2009) | profissional que “domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela” (p 8),<br>“contribui para formação moral do residente” (p 53). |
| Santos (2010) | Preceptor de equipe: faz acompanhamento dos alunos nas atividades de campo;<br>Preceptor de território: oferecem aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada area programática. |
| Missaka (2010) | “profissionais que muitas vezes não é da academia e que tem importante papel na inserção e na socialização do recém graduado no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimentos de habilidades para desempenhar procedimentos clínicos” (p 20). |

## APÊNDICE C: Publicações selecionadas

| Base | Título | Autor | Ano |
|---|---|---|---|
| **Pub Med** | Assessment of **Preceptor** Development Strategies across Canadian **Pharmacy** Residency Programs. | Bolt J, Baranski B, Bell A, Semchuk WM | **2016** |
| **Pub Med** | **Preceptor** development: providing effective feedback, part 2. | Buck B, Wilkinson ST, Phillips H. | **2014** |
| **Pub Med** | Factors associated with students' perception of **preceptor** excellence. | Young S, Vos SS, Cantrell M, Shaw R. | **2014** |
| **Pub Med** | Reflection of a pharmacist about serving as a preceptor for a medical student. | Miesner AR. | **2014** |
| **Pub Med** | Learning styles and teaching perspectives of Canadian **pharmacy** practice residents and faculty preceptors. | Loewen PS, Jelescu-Bodos A. | **2013** |
| **Pub Med** | Contemporary teaching strategies of exemplary community preceptors--is technology helping? | Scott SM, Schifferdecker KE, Anthony D, Chao J, Chessman AW, Margo K, Seagrave M, Leong SL. | **2014** |
| **Pub Med** | Evaluating the Quality of Competency Assessment in **Pharmacy**: A Framework for Workplace Learning. | Shah S, McLaughlin JE, Eckel SF, Mangun J, Hawes E. | **2016** |
| **Pub Med** | A Shared Focus: Comparing the Australian, Canadian, United Kingdom and United States Pharmacy Learning Outcome Frameworks and the Global Competency Framework. | Stupans I, Atkinson J, Meštrović A, Nash R, Rouse MJ. | **2016** |
| **Pub Med** | The Report of the 2016-2017 Professional Affairs Standing Committee: Formally Embracing and Engaging Preceptors in the Academy - The Time Has Come. | Chair KW, Aistrope DS, Ausili J, Besinque KH, Cardello EA, Hritcko PM, MacKinnon GE 3rd, Maroyka E, Burke ES, Trent IS, Bradley-Baker LR | **2017** |
| **Pub Med** | The Importance of Research during **Pharmacy** Residency Training. | Vouri SM, Stranges PM, Burke JM, Micek S, Pitlick MK, Wenger P. | **2015** |
| **Pub Med** | Evaluating the Quality of Competency Assessment in **Pharmacy**: A Framework for Workplace Learning. | Shah S, McLaughlin JE, Eckel SF, Mangun J, Hawes E. | **2016** |
| **Pub Med** | Comparison of Introductory **Pharmacy** Practice Experiences Among US **Pharmacy** Programs. | Galinski CN, Horosz PJ, Spooner JJ, Kennedy DR. | **2014** |
| **Pub Med** | Embracing challenges when co-precepting **pharmacy** students. | Hammond DA, Norris KR, Phillips MS. | **2014** |
| **LILACS** | Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de Sobral, CE. | Pagani,R; Andrade, LOM. | **2012** |
| **LILACS** | A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009, 2011.<br>Rocha, HC; Ribeiro, VB. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico, 2012. | Missaka, H; Ribeiro, V M B. | **2012** |

*continua*

*conclusão*

| Base | Título | Autor | Ano |
|---|---|---|---|
| **LILACS** | O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª Ed revista e aprimorada- São Paulo: Hucitec, 2006. | Minayo MCS | **2006** |
| **LILACS** | O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. [Tese] Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. | Botti SHO. | **2009** |
| **LILACS** | Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde / Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship / Retos y oportunidades en el ejercicio de la maestría del Pro-PET-Salud | Lima, Patrícia Acioli de Barros; Rozendo, Célia Alves | **2015** |
| **LILACS** | A preceptoria na Estratégia Saúde da Família: um estudo descritivo exploratório | Chagas, Flávia de Jesus Ribeiro; Daher, Donizete Vago | **2013** |
| **CAPES** | Os temos da docência nas Residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. [Tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. | Fajardo AP. | **2011** |
| **CAPES** | Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico: reflexões a partir 2005. | Pontes, ALM | **2005** |
| **CAPES** | Ensino e Aprendizagem em serviços de Atenção Básica do SUS: Desafios da formação médica com a perspectiva da n e ra dade “Narra as e Tessituras. | Alburquerque, CP | **2007** |
| **CAPES** | Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos. | Rossoni, E. | **2010** |
| **CAPES** | Político -pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. | Santos, FA | **2010** |
| **CAPES** | Missaka, H. Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um serviço Público Não Universitário. | Missaka, H | **2010** |

## APÊNDICE D: Artigos utilizados na análise e discussão dos resultados

1- Cox CD, Cheon J, Crooks SM, Lee J, Curtis JD. Use of Entertainment Elements in an Online Video Mini-Series to Train Pharmacy Preceptors. Am J Pharm Educ [Internet]. 2017[cited 2018 may 22];81(1):12. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28289302. doi: 10.5688/ajpe81112.

2- Loewen P, Legal M, Gamble A, Shah K, Tkachuk S, Zed P. Learner: preceptor ratios for practice-based learning across health disciplines: a systematic review. Med Educ [Internet]. 2017[cited may 22];51(2):146-57. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27882579. doi: 10.1111/medu.13144. Epub 2016 Nov 23. Review.

3- Bochenek SH, Fugit AM, Cook AM, Smith KM. Pharmacy residents' perception of preceptors as role models. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];73(11 Suppl 3):S94-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27208146. doi: 10.2146/ajhp150661.

4- Bolt J, Baranski B, Bell A, Semchuk WM. Assessment of Preceptor Development Strategies across Canadian Pharmacy Residency Programs. Can J Hosp Pharm [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];69(2):144-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27168636. Epub 2016 Apr 29. No abstract available.

5- Phillips HJ, Dangler A, Klem PM, Chu F, Pon T, Liewer S, Thompson Bastin ML, Halfpap JJ, Fish J, Stun L, Varughese CA. Preceptor development: Responses to frequently asked questions from preceptors in academic hospitals. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];73(9):e261-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27099334. doi: 10.2146/ajhp150344. No abstract available.

6- O'Sullivan TA, Lau C, Patel M, Mac C, Krueger J, Danielson J, Weber SS. Student-Valued Measurable Teaching Behaviors of Award-Winning Pharmacy Preceptors. Am J Pharm Educ [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];79(10):151. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26889063. doi: 10.5688/ajpe7910151.

7- Jung CM, Ansara ED, Degenkolb KE, Walroth TA, Williams KE. Development of a precepting workshop for pharmacy residents. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];73(3):127-32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26796905. doi: 10.2146/ajhp150119.

8- Bright DR, Adams AJ, Ulbrich TR, Soric MM. Coaching for Success: A Residency Search Primer and Update for Preceptors and Faculty. Hosp Pharm [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];50(6):467-76. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26405338. doi: 10.1310/hpj5006-467.

9- Pileggi DJ, Fugit A, Romanelli F, Winstead PS, Lawson A, Deep KS, Cook AM. Pharmacy residents' preparedness for the emotional challenges of patient care. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];72(17):1475-80. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26294241. doi: 10.2146/ajhp140223.

10- Galinski CN, Horosz PJ, Spooner JJ, Kennedy DR. Comparison of Introductory Pharmacy Practice Experiences Among US Pharmacy Programs. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(9):162. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056401. doi: 10.5688/ajpe789162.

11- Anderegg SV, Christenson JC, Padgett CP. An accelerated, practice-based model for fostering precepting skills in pharmacy residents. Hosp Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];49(8):713-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25477596. doi: 10.1310/hpj4908-713.

12- Pettit NN, Johnston S, Fuller PD, May JR, Phillips H. Managing multiple residents with incongruent personalities: a case-based scenario for the new preceptor. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];71(13):1071-2. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24939496. doi: 10.2146/ajhp130217. No abstract available.

13- McClendon KS, Malinowski SS, Pitcock JJ, Brown MA, Davis CS, Sherman JJ, Riche DM, Bloodworth LS, Warrington LE. A multipreceptor approach to ambulatory care topic discussions. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(4):77. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850939. doi: 10.5688/ajpe78477.

14- Forcello NP, Todd N, Edgren B, Tan J. Career and preceptor development through preceptorship of advanced pharmacy practice experiences. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];71(11):898, 900. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24830991. doi: 10.2146/ajhp130751. No abstract available.

15- Young S, Vos SS, Cantrell M, Shaw R. Factors associated with students' perception of preceptor excellence. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(3):53. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24761014. doi: 10.5688/ajpe78353.

16- Watson K, Grover BE, Wilson SL, DiPaula BA, Kendall MD, McPherson ML. Design and implementation of a strategy for preceptor development in multiple residency programs. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];71(7):526-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24644112. doi: 10.2146/ajhp130312. No abstract available.

17- Miesner AR. A pharmacist's reflection on serving as a preceptor to a medical student. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(1):23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24558291. doi: 10.5688/ajpe78123. No abstract available.

18- Phillips H, Fuller PD, May JR, Johnston S, Pettit NN. Conflict resolution strategies between preceptor and resident--a case-based scenario. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];71(3):184-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24429009. doi: 10.2146/ajhp120679. No abstract available.

19- Wilkinson ST, Couldry R, Phillips H, Buck B. Preceptor development: providing effective feedback. Hosp Pharm [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];48(1):26-32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24421419. doi: 10.1310/hpj4801-26.test.

20- Loewen PS, Jelescu-Bodos A. Learning styles and teaching perspectives of Canadian pharmacy practice residents and faculty preceptors. Am J Pharm Educ [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];77(8):163. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24159204. doi: 10.5688/ajpe778163.

21- Bond R, Godwin D, Thompson ME, Wittstrom K. Preceptor perceptions of the importance of experiential guidelines. Am J Pharm Educ [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];77(7):144. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24052647. doi: 10.5688/ajpe777144.

22- Fuller PD, Peters LL, Hoel R, Baldwin JN, Olsen KM. Residency preceptor development and evaluation: a new approach. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];70(18):1605-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23988602. doi: 10.2146/ajhp120684.

23- Boyle M, Myford C. Pharmacists' expectations for entry-level practitioner competency. Am J Pharm Educ [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];77(1):5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459441. doi: 10.5688/ajpe7715.

24- Young SW, Bishop LD, Conway A. Interventions performed by community pharmacists in one Canadian province: a cross-sectional study. Ther Clin Risk Manag [Internet]. 2012 [cited 2018 may 22];8:415-21. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23248573. doi: 10.2147/TCRM.S37581. Epub 2012 Dec 6.

25- Paravattil B. Preceptors' self-assessment of their ability to perform the learning objectives of an experiential program. Am J Pharm Educ [Internet]. 2012 [cited 2018 may 22];76(9):169. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23193333. doi: 10.5688/ajpe769169.

26- Nguyen KA, Hart SR, Pidcock KN, Sampson EF. Creating learning opportunities for pharmacy students through an observership program. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2012 [cited 2018 may 22];69(21):1905-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111675. doi: 10.2146/ajhp110714.

27- Dagam JK, Iglar A, Kindsfater J, Loeb A, Smith C, Spexarth F, Brierton D, Woller T. Development and implementation of a residency project advisory board. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];74(12):919-925. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28596228. doi: 10.2146/ajhp160100.

28- Sanders KA, Wolcott MD, McLaughlin JE, D'Ostroph A, Shea CM, Pinelli NR. Organizational readiness for change: Preceptor perceptions regarding early immersion of student pharmacists in health-system practice. Res Social Adm Pharm [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];13(5):1028-1035. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28356213. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.03.004. Epub 2017 Mar 10.

29- Poon LH, Wang L, Moody S, Proffitt L. Evaluation of pharmacy resident and student recommendations made before and after home-based primary care patient visits. Consult Pharm [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];30(1):45-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25591031. doi: 10.4140/TCP.n.2015.45.

30- Frantzen L, Ordway B. Using Lean to Develop Frontline Clinical Staff Pharmacists as Residency Program Primary Preceptors. Hosp Pharm [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];52(4):243-245. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28515498. doi: 10.1310/hpj5204-243. No abstract available.

31- Frank AA, Banik DR, Bass D. The "Virtual Preceptor": A Teaching Tool Developed to Increase Resident Access to Supervision. Acad Psychiatry [Internet]. 2017 [cited 2018 may. 22];41(4):569-570. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28589325. doi: 10.1007/s40596-017-0736-y. Epub 2017 Jun 6. No abstract available.

32- Hirata K. Perspectives of pharmaceutical education--while explaining the related evaluation standards and their viewpoints of "evaluation of pharmaceutical education programs". Yakugaku Zasshi [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];135(1):79-88. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25743902. doi: 10.1248/yakushi.14-00215-1. Japanese.

33- Ribeiro KR, do Prado ML. The educational practice of preceptors in healthcare residencies: a study on reflective practice. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];35(1):161-5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24930287. Portuguese.

34-Loewen PS, Jelescu-Bodos A, Yeung J, Lau T. The effect of transitioning from residency to pharmacy practice on learning style. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(8):147. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25386012. doi: 10.5688/ajpe788147.

35- Shah S, McLaughlin JE, Eckel SF, Mangun J, Hawes E. Evaluating the Quality of Competency Assessment in Pharmacy: A Framework for Workplace Learning. Pharmacy (Basel) [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];4(1).pii: E4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28970377. doi: 10.3390/pharmacy4010004.

36- Rodrigues CD, Witt RR. Competencies for preceptorship in the Brazilian health care system. J Contin Educ Nurs [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];44(11):507-15. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24024502. doi: 10.3928/00220124-20130903-63. Epub 2013 Sep 10.

37- Engle JP, Franks AM, Ashjian E, Bingham AL, Burke JM, Erstad BL, Haines SL, Hilaire ML, Rager ML, Wienbar R. A Self-Assessment Guide for Resident Teaching Experiences. Pharmacotherapy [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];36(6):e58-79. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27334033. doi: 10.1002/phar.1768.

38- Berry AJ, Heintz BH, Cutler TW. Practical pearls for a successful residency project. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];70(18):1610-5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23988603. doi: 10.2146/ajhp120449. No abstract available.

39- Ticcioni A, Erdman D, Scott B, Gillard M, Cai L. Strategies that facilitated expansion of a postgraduate year 1 pharmacy residency program across a community hospital-based health system. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];74(6):375-381. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274979. doi: 10.2146/ajhp160115.

40- John N, Snider H, Edgerton L, Whalin L. Incorporation of lean methodology into pharmacy residency programs. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];74(6):438-44. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274988. doi: 10.2146/ajhp160131.

41- Raub JN, Thurston TM, Fiorvento AD, Mynatt RP, Wilson SS. Implementation and outcomes of a pharmacy residency mentorship program. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];72(11 Suppl 1):S1-5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25991586. doi: 10.2146/ajhp140884.

42- Shinners JS, Franqueiro T. Preceptor skills and characteristics: considerations for preceptor education. J Contin Educ Nurs [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];46(5):233-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25955427. doi: 10.3928/00220124-20150420-04.

43- Lyons K, Griggs D, Lebovic R, Roth ME, South DA, Hatfield C. The University of North Carolina Medical Center pharmacy resident leadership certificate program. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];74(6):430-436. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274987. doi: 10.2146/ajhp160107.

44- Hartzler ML, Ballentine JE, Kauflin MJ. Results of a survey to assess residency preceptor development methods and precepting challenges. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];72(15):1305-14. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26195657. doi: 10.2146/ajhp140659.

45- Vong KS, Koons KA, Carnes PA. Implementation of a nontraditional postgraduate year 1 pharmacy residency program. Am J Health Syst Pharm [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];70(22):2019-28. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24173010. doi: 10.2146/ajhp130025. Erratum in: Am J Health Syst Pharm. 2014 Jan 1;71(1):11.

46- Tofade T, Kim J, Lebovitz L, Leadon K, Maynor L, Culhane N, Freeberry M, Harris JS, Abate M. Introduction of a continuing professional development tool for preceptors: lessons learned. J Pharm Pract [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];28(2):212-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25107415. doi: 10.1177/0897190014544813. Epub 2014 Aug 8.

47- Havrda DE, Engle JP, Anderson KC, Ray SM, Haines SL, Kane-Gill SL, Ballard SL, Crannage AJ, Rochester CD, Parman MG. Guidelines for resident teaching experiences. Pharmacotherapy [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];33(7):e147-61. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23401039. doi: 10.1002/phar.1250. Epub 2013 Feb 11.

48- Condrey T. Implementation of a Preceptor Training Program. J Contin Educ Nurs [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];46(10):462-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26430866. doi: 10.3928/00220124-20150918-04.

49- Bengtsson M, Carlson E. Knowledge and skills needed to improve as preceptor: development of a continuous professional development course - a qualitative study part I. BMC Nurs [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];14:51. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26478717. doi: 10.1186/s12912-015-0103-9. eCollection 2015.

1ª busca

88 artigos e escolhidos = 9 artigos

1- Bolt J, Baranski B, Bell A, Semchuk WM. Assessment of Preceptor Development Strategies across Canadian Pharmacy Residency Programs. Can J Hosp Pharm [Internet]. 2016 [cited 2018 mai 22];69(2):144-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27168636. Epub 2016 Apr 29. No abstract available.

2- Vouri SM, Stranges PM, Burke JM, Micek S, Pitlick MK, Wenger P. The Importance of Research during Pharmacy Residency Training. Curr Pharm Teach Learn [Internet]. 2015 [cited 2018 may 22];7(6):892-898. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26594260. Epub 2015 Sep 15.

3- Shah S, McLaughlin JE, Eckel SF, Mangun J, Hawes E. Evaluating the Quality of Competency Assessment in Pharmacy: A Framework for Workplace Learning. Pharmacy (Basel) [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];4(1). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28970377. pii: E4. doi: 10.3390/pharmacy4010004.

4- Galinski CN, Horosz PJ, Spooner JJ, Kennedy DR. Comparison of Introductory Pharmacy Practice Experiences Among US Pharmacy Programs. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(9):162. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056401. doi: 10.5688/ajpe789162.

5- Buck B, Wilkinson ST, Phillips H. Preceptor development: providing effective feedback, part 2. Hosp Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];49(6):521-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24958969. doi: 10.1310/hpj4906-521.

6- Hammond DA, Norris KR, Phillips MS. Embracing challenges when co-precepting pharmacy students. Hosp Pharm [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];49(4):348-54. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24958941. doi: 10.1310/hpj4904-348.

7- Young S, Vos SS, Cantrell M, Shaw R. Factors associated with students' perception of preceptor excellence. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(3):53. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24761014. doi: 10.5688/ajpe78353.

8- Miesner AR. A Pharmacist's Reflection on Serving as a Preceptor to a Medical Student. Am J Pharm Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];78(1):23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930248/. doi: 10.5688/ajpe78123. Nenhum resumo disponível.

9- Loewen PS, Jelescu-Bodos A. Learning styles and teaching perspectives of Canadian pharmacy practice residents and faculty preceptors. Am J Pharm Educ [Internet]. 2013 [cited 2018 may 22];77(8):163. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24159204. doi: 10.5688/ajpe778163.

2ª busca

11 artigos e escolhidos 02

1- Chair KW, Aistrope DS, Ausili J, Besinque KH, Cardello EA, Hritcko PM, MacKinnon GE 3rd, Maroyka E, Burke ES, Trent IS, Bradley-Baker LR. The Report of the 2016-2017 Professional Affairs Standing Committee: Formally Embracing and Engaging Preceptors in the Academy - The Time Has Come. Am J Pharm Educ [Internet]. 2017 [cited 2018 may 22];81(9):S16. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29302095. doi: 10.5688/ajpeS16.

2- Scott SM, Schifferdecker KE, Anthony D, Chao J, Chessman AW, Margo K, Seagrave M, Leong SL. Contemporary teaching strategies of exemplary community preceptors--is technology helping? Fam Med [Internet]. 2014 [cited 2018 may 22];46(10):776-82. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25646828.

3ª busca

7 artigos selecionado 02

1- Stupans I, Atkinson J, Meštrović A, Nash R, Rouse MJ. A Shared Focus: Comparing the Australian, Canadian, United Kingdom and United States Pharmacy Learning Outcome Frameworks and the Global Competency Framework. Pharmacy (Basel) [Internet]. 2016 [cited 2018 may 22];4(3). pii: E26. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28970399. doi: 10.3390/pharmacy4030026.

2- Shah S, McLaughlin JE, Eckel SF, Mangun J, Hawes E. Evaluating the Quality of Competency Assessment in Pharmacy: A Framework for Workplace Learning. Pharmacy (Basel) [intermet]. 2016 [cited 2018 may 22];4(1). pii: E4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28970377. doi: 10.3390/pharmacy4010004.

Em 27/10/2017 uma nova busca foi realizada utilizando a base de dados Lilacs utilizando como descritor preceptor, preceptoria, atenção primária, competência profissional, foram localizados 41 trabalhos e selecionados 06.

1- Lima PAB, Rozendo CA. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2015 [citado 2018 may 22];19(supl.1):779-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500779&script=sci_abstract.

2- Chagas FJR, Daher DV. The preceptorship in the Family Health Strategy: an exploratory descriptive study. Online Braz J Nurs (Online) [Internet]. 2013 [citado 22 maio 2018]; 12(supl.). Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-698516.

3- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

4- Botti SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

5- Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. Rev Bras Educ Med
[Internet]. 2011 [citado 22 maio 2018]; 35(3):303-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.

6- Pagani R, Andrade LOM. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de Sobral, CE 2012. Saude Soc [Internet]. 2012 [citado 22 maio 2018];21(suppl.1):94-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008.

Em 10/01/2018 uma nova busca foi realizada utilizando o portal Capes utilizando como descritor preceptoria, foram localizados 44 trabalhos e selecionados 06.

9- Fajardo AP. Os temos da docência nas Residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde [tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

10- Pontes ALM. Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

11- Alburquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

12- Rossoni E. Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

13- Santos FA. Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

14- Missaka H. A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não-Universitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

**APÊNDICE E: Manual educativo de apoio aos preceptores da APS**

# MANUAL EDUCATIVO AOS FARMACÊUTICOS PRECEPTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cristiane dos Anjos Maron

SÃO PAULO – 2018

# APRESENTAÇÃO

Este material é parte do relatório de pesquisa de Cristiane dos Anjos Maron apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde. Trata-se de um material educativo de apoio aos farmacêuticos preceptores da atenção primária à saúde (APS) que estejam de alguma forma envolvidos na articulação ensino - serviço- comunidade. Sua finalidade é dar subsídios básicos ao preceptor farmacêutico.

**O material está organizado por: introdução, objetivos gerais, perfil do residente, características do programa, horário, local de realização, avaliação, prática clínica monitorada, conteúdo ministrado aos residentes.**

# SUMÁRIO


INTRODUÇÃO 4

A INTEGRAÇÃO DO ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE 4

O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM 5

SUJEITOS DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM 6

O ESTUDANTE 6

O PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DOCENTE-ASSISTENCIAL 7

OBJETIVOS 7

OBJETIVOS GERAIS 7

PERFIL DO PROFISSIONAL RESIDENTE 8

CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA 8

LOCAL DE REALIZAÇÃO 9

AVALIAÇÃO (R1/R2) 10

HABILIDADES PRÁTICAS 10

HABILIDADES COMPORTAMENTAIS 11

CONDUTA MORAL E ÉTICA 11

CONTEÚDO MINISTRADO AOS RESIDENTES (R1/R2) 12

DESENVOLVIMENTO DE PROJETO ( R1/R2) 15

PRÁTICA FARMACÊUTICA – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (R1 / R2)- 1° PERÍODO/ 2° PERÍODO/ 3PERÍODO 15

1° Período: Conhecer o funcionamento e a organização de uma unidade básica de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) 15

2° PERÍODO: Ações integradas na Estratégia Saúde da Família 18

3° PERÍODO: Necessidades de saúde 19

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 19

CONSIDERAÇÕES FINAIS 21

REFERÊNCIAL TEÓRICO 23

# INTRODUÇÃO

A preceptoria é uma modalidade de ensino, que forma profissionais em cenários de prática e que tem ocupado papel de destaque quando se discute a formação de profissionais de saúde. A preceptoria atende as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de pós-graduação em saúde e ao princípio do sistema Único de Saúde que preconiza a formação profissional no cenário de prática. Neste contexto, o preceptor, profissional que acompanha o aluno no cenário de prática, ensinando enquanto exerce suas atividades cotidianas, deve ser reconhecido como educador estar formado de acordo os princípios da andragogia. L.C Girotto (2016)

## A INTEGRAÇÃO DO ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE

O processo de integração do ensino e serviço em saúde é complexo e envolve múltiplos atores, cada um com suas expectativas, saberes e motivações. É necessário um intenso envolvimento entre as instituições de ensino e os gestores de saúde, com negociação de papéis, responsabilidades, recursos e contrapartidas. A pactuação de interesses de instituições e rede tem que levar em conta não apenas oferecer a melhor formação possível aos futuros profissionais, mas também disponibilizar o ambiente e recursos para que as atividades de ensino sejam desenvolvidas em conjunto com as atividades de assistência, garantindo uma formação voltada para a realidade sem sobrecarregar os formadores e valorizando os profissionais e as atividades de educação em saúde. Portanto, compete às duas instituições realizar a integração harmônica entre a formação de recursos humanos em saúde e os serviços assistenciais prestados à população, contribuindo para a reorientação da formação profissional em saúde de acordo com os princípios do SUS. Dessa forma, se por um lado a universidade tem como responsabilidade formar profissionais e para isso necessita do território real de assistência do SUS, por outro lado as secretarias de saúde têm como responsabilidade prestar assistência à população e para isso necessitam de profissionais formados com o perfil para trabalhar nesse cenário.

# O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Aprender é um processo pelo qual competências, habilidades, novos conhecimentos ou valores são adquiridos ou modificados. Aprendemos através de estudo, observação e experiência. É importante compreender o modo como as pessoas aprendem e as condições necessárias para a aprendizagem, identificando o papel dos diversos sujeitos nesse processo. O ser humano já nasce inclinado a aprender/ensinar, precisando de estímulos externos e internos (motivação, necessidade) para o aprendizado. Pode-se buscar o conhecimento com certa autonomia, mas toda prática educativa demanda a existência de um sujeito que ensina e outro que aprende. Ambos "sujeitos" da relação, porque quem ensina não deveria apenas transferir informação, mas também reformar-se, e quem aprende não deveria assumir uma posição de receptáculo de novos conhecimentos, mas ter uma postura ativa, participativa e atuante, criticando e reformulando o saber prévio do educador.

Talvez mais importante que a forma como se ensina/aprende seja a maneira como o educador interage com o aluno, como auxilia na construção do conhecimento, como estimula a busca pelo saber. A educação é transformadora quando privilegia a busca e a aquisição de conhecimentos com autonomia e crítica, tendo como resultado a reflexão sobre a possibilidade de mudança de uma realidade. Faz parte da tarefa do educador não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar criticamente. Para aprender criticamente é necessário que tanto educadores como educandos sejam criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes. A condição necessária a pensar certo é não estar demasiado certo de nossas certezas. Transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de mais humano no exercício educativo: o seu caráter formador. O aprendizado deve ser dinâmico e participativo.

Quem ensina, aprende ao transformar conhecimento em prática e buscar atualização do saber ensinado. Quem aprende, além de adquirir um novo saber ou uma nova habilidade também pode ensinar ao estimular uma mudança ou aperfeiçoamento na prática de quem ensina. Para que o aprendizado seja transformador e significativo é necessário que ambos os lados envolvidos, educador e aprendiz, estejam motivados no processo. A quem ensina é necessário desenvolver competências afetivas e relacionais como habilidades de comunicação e paciência. A quem aprende é indispensável o interesse pela atividade, a disponibilidade para aprender e a capacidade de superar desafios. A ambos é necessário envolvimento, troca e interação. Aprender no SUS significa aprender na prática, ou seja, um aprendizado complexo que não se limita a conseguir reproduzir uma sequência de procedimentos com segurança, mas que implica entender-se parte constituinte do estado, da ciência e das próprias práticas.

# SUJEITOS DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

## O ESTUDANTE

Os estudantes da área da saúde devem adquirir conhecimentos e habilidades para aprender de forma interdisciplinar a trabalhar de forma interprofissional desde os primeiros anos da formação. A experimentação do cuidado compartilhado, as pesquisas científicas e as atividades de extensão na comunidade podem ser campos de interlocução para a construção de saberes. Entender como o saber do outro se articula com o próprio saber e entender a importância dos diferentes saberes possibilita uma consciência que favorece a aquisição de competências para trabalhar na área da saúde durante a fase de formação, como o desenvolvimento de um perfil de liderança, a capacidade de comunicação e a tomada de decisões compartilhada.

São consideradas atribuições e responsabilidades do estudante:

- Apresentar-se em dia e horário corretos à unidade de saúde docente-assistencial previamente determinada;
- Vestir-se de forma adequada à atividade que irá realizar, preferencialmente de jaleco;
- Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação;
- Evitar atender e utilizar telefone celular ou outros dispositivos eletrônicos durante as práticas de ensino-serviço;
- Apresentar ao preceptor principal, em todos os dias de atividades, a ficha para controle da frequência;
- Não realizar procedimentos ou liberar usuários sem a supervisão direta de um profissional da unidade de saúde;
- Apresentar-se para o paciente como aluno e evitar utilizar linguagem técnica e colocações que possam causar desconforto para o paciente;
- Saber que nem todas as atividades serão preceptoradas por servidor de mesma classe profissional a qual está se graduando;
- Respeitar as normas de funcionamento da unidade, bem como todos os funcionários;
- Respeitar e cumprir as atividades que são determinadas pela equipe preceptora para cada dia de atividade prática;
- Contribuir, efetivamente, com as atividades realizadas pela unidade de saúde docente-assistencial.

## O PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DOCENTE-ASSISTENCIAL

A seguir, algumas sugestões de organização do processo de trabalho são apresentadas, especialmente úteis para o coordenador da Unidade de Saúde Docente Assistencial que poderá discutir com a equipe e definir os responsáveis para cada ação:

- Apresentação dos alunos para todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde;
- Fazer o acolhimento presencial do aluno: no primeiro encontro com as equipes, apresentá-los a unidade, aos profissionais, à metodologia de trabalho da Interação Comunitária;
- Reforçar que o aluno irá acompanhar todos os profissionais em suas atividades,
- Ter em mente que o aspecto interdisciplinar e multidisciplinar entre todos os alunos presentes nas unidades deve ser prioridade;
- Garantir que todos os funcionários tenham conhecimento acerca de qual o objetivo do aluno na unidade;
- Organizar, se possível, as agendas das equipes de forma a possibilitar o cumprimento dos objetivos.

# OBJETIVOS

## OBJETIVOS GERAIS

O objetivo é formar farmacêuticos em ambiente real de prática profissional, dentro de um contexto interdisciplinar de atenção à saúde, de forma a capacitá-los para atender as necessidades sociais dos usuários de medicamentos preparando-os para o ingresso no mercado de trabalho por meio da realização de atividades na área de atuação do farmacêutico, propiciando a aquisição de vivência profissional, com os objetivos de:

- Possibilitar o residente à prática da modalidade de Atenção Farmacêutica (consulta farmacêutica, elaboração de plano terapêutico , utilizando as bases de dados midromedex, uptodate ), visita domiciliar, reunião de equipe, discussão de caso e ao final apresentar a unidade o que foi desenvolvido durante sua permanência na unidade.

- Entender e aplicar a prática dos princípios e recursos da Atenção Primária a Saúde, na abordagem dos problemas de saúde prevalentes com ênfase em: hipertensão, diabetes, dislipidemia, hipo e hipertireoidismo, saúde mental, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.

  No contexto destas condições clínicas:

  – Desenvolver o raciocínio clínico e integrar as informações referentes aos aspectos territoriais, sociais, do trabalho e dos hábitos de vida e seus papéis no processo saúde-doença-cuidado, considerando o indivíduo, sua família e a comunidade onde vive;

  – Considerar e respeitar as diversidades (cultural, social, religiosa, étnica. De gênero, de orientação sexual e outras);

  – Adotar postura ética nas diferentes situações do cuidado a indivíduos e populações;

  – Ser capaz de reconhecer as principais demandas e necessidades de saúde e oferecer cuidado e seguimento adequados com enfoque integral, longitudinal e centrados na pessoa;

  – Desenvolver e integrar intervenções de promoção da saúde e prevenção e reabilitação de doenças, de caráter individual e coletivo.

## PERFIL DO PROFISSIONAL RESIDENTE

Aluno da Residência Farmacêutica R1 e R2 em caráter de prática de serviços farmacêuticos na Atenção Básica, dentro da lógica da Atenção Farmacêutica.

## CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA

- Programa de atividade prática;
- Duração de horas: 30 dias úteis em período integral, 60 horas semanais, horário das 07:00 às 19:00 (seg à sex).

# LOCAL DE REALIZAÇÃO

**UBS**

**UBS/AMA**

**CAPS**

As UBS, UBS/AMA e CAPS são serviços público, vinculado à Coordenadoria de Saúde. Para o atendimento de Atenção Farmacêutica, o serviço deverá contar com a presença de um farmacêutico especialista que cumpra uma carga horária de 40h/ semanais. O farmacêutico além do atendimento ao paciente, também executa tarefas de Gestão da Assistência Farmacêutica, ou seja, serviços de controle de estoque, gerenciamento de recursos humanos (RH), dispensação de medicamentos, participação em comissões, entre outras atividades. Atende desde os pacientes que passam nas consultas diariamente, como aqueles que retiram mensalmente seus medicamentos de uso contínuo, atende pacientes da própria unidade, pacientes de outras unidades SUS, pacientes externos (convênio, particular) e pacientes de outros municípios.

Entre as atividades realizadas, pode-se citar:

- distribuição de medicamentos para uso interno em UBS, AMA e CAPS, mediante requisição semanal;
- organização e atividades técnicas, logísticas e administrativas relacionadas as atividades de assistência farmacêutica (recebimento, armazenamento, dispensação respeitando as portarias vigentes, controle do consumo médio mensal (CMM) e aos programas de atendimento, como, por exemplo: grupos de diabetes, hipertensos, Remédio em Casa; tratamentos supervisionados, consulta compartilhada e orientações relacionadas aos medicamentos;
- acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com dificuldade de estabilização do quadro clínico ou no uso dos medicamentos;
- orientação para o uso racional dos medicamentos por meio de impressos próprios;
- orientação sobre os medicamentos do Componente Especializado (alto custo).

# AVALIAÇÃO (R1/R2)

Os residentes receberão avaliação individual por meio de notas, levando em conta: frequência, interesse, comportamento, responsabilidade, evolução no conhecimento farmacêutico. A seguir, itens a serem avaliados.

## HABILIDADES PRÁTICAS

- Capacidade de entrevistar (apresentação e comunicação com o paciente);
- Capacidade de realizar Anamnese / Exame físico – observação de princípios éticos, utilização de procedimentos compatíveis com as queixas, explicações em linguagem acessível dos principais achados do exame clínico;
- Capacidade de colher História Clínica (identificação do motivo principal da consulta, detalhamento do problema, percepção das indicações não verbais; realização de uma história completa quando indicada, evitando pormenores desnecessários).
- Técnicas de entrevista – realização adequada dos procedimentos, seqüência e uso de instrumentos auxiliares adequados.
- Definição dos problemas – enumerar o(s) principal (ais) problema(s) do paciente contextualizando-o, apresentando uma visão ampliada do processo saúde-doença.
- Capacidade de Interpretação e solicitação de exames complementares - identificação de necessidade de dados e de interpretação de resultados relevantes para o manejo do caso com a segurança e adequação necessários.
- Capacidade de elaboração de um plano terapêutico – demonstração de domínio de conceitos adequados à interpretação dos casos clínicos e capacidade de aplicá-los nas situações cotidianas com clareza e coerência.
- Percepção da integralidade em todos os seus atendimentos.
- Apresentação de casos clínicos com clareza, objetividade e criatividade.

FEEDBACK:

O que você aprendeu?
Que necessidades de aprendizado identificou?
Em que não está conseguindo um bom desempenho?

## HABILIDADES COMPORTAMENTAIS

- Assiduidade (frequência e permanência nas atividades, com atenção, e participação ativa).
- Pontualidade (exatidão com relação ao tempo no cumprimento dos deveres ou compromissos).
- Responsabilidade (atendimento a normas, esforço para a apreensão de conhecimentos).
- Iniciativa (capacidade de empreendimento na organização e realização de trabalhos ou composição de resposta para a as problemáticas lançadas).
- Dedicação e interesse (empenho na realização das atividades propostas, zelo, preocupação e curiosidade intelectual).

FEEDBACK:

Está interessado?
Se não, o que está acontecendo?
Como podemos ajudar a aumentar o interesse?
Está lendo os textos?
Cumpriu suas tarefas no prazo solicitado?

## CONDUTA MORAL E ÉTICA

- Manutenção de relacionamento atencioso e de respeito com o paciente e sua família.
- Manutenção do prontuário do paciente organizado e preenchido adequadamente.
- Manutenção de relacionamento adequado e de respeito com professores, colegas, equipe de saúde e comunidade.
- Atendimento aos requisitos do código de Ética Farmacêutica.
- Respeito às normas da Instituição Conveniada.

FEEDBACK:

Como é sua relação com equipe?
O que a equipe acha das suas atitudes?
Está cuidando dos equipamentos, do espaço físico da unidade de saúde?
Como está se comunicando?
Que dificuldades tem identificado?

A avaliação será processual e discutida entre os tutores e alunos ao final de cada encontro e a nota será proveniente de um consenso dos tutores baseado na avaliação processual.

- Todas as atividades ambulatoriais são supervisionadas pelos preceptores, sendo todos os casos discutidos pelo grupo;
- Todos os alunos devem usar jaleco branco, identificados e trajes adequados ao ambiente de atendimento;
- Os alunos devem trazer para a realização das atividades: caneta e carimbo (Dados: nome, farmacêutico, CRF).

## CONTEÚDO MINISTRADO AOS RESIDENTES (R1/R2)

Os residentes participarão do atendimento aos indivíduos e famílias cadastradas na unidade básica de saúde. As atividades serão realizadas no período das 7:00 as 19:00h, tendo 1 hora final para discussão de casos e temas e preparo de atendimentos futuros. Os pacientes a serem acompanhados serão selecionados pelas equipes de saúde, tendo como foco, pacientes descompensados, não aderente ao tratamento, confuso, baixo grau de entendimento, idosos e os que as equipes julgar necessário.

O residente deve realizar a atividade assistencial: anamnese, exame físico, procedimentos de baixa complexidade, registro em prontuário (método SOAP). O residente não deve ser um observador, mas um participante ativo das atividades.

Conhecer e acompanhar as atividades relacionadas à prática diária do farmacêutico clínico na atenção básica à saúde visando contribuir para o uso racional do medicamento e/ou otimização da resposta terapêutica.

Atuar junto às equipes de saúde, aplicar os conceitos e métodos empregados na prática da farmácia clínica e atenção farmacêutica, gerenciamento e treinamento de recursos materiais e humanos no setor de farmácia em unidade básica de saúde.

Conteúdo:

1. treinamento básico no programa informatizado de controle de estoque empregado pela Prefeitura Municipal de São Paulo;
2. dispensação de medicamentos de acordo com o perfil do usuário (idoso, pediátrico, gestante e outros) e levantamento de problemas relacionados ao tratamento farmacológico;
3. seguimento farmacoterapêutico; estratégias de intervenção para otimização da terapia, grupos de acompanhamento e orientação de hipertensos e diabéticos;
4. atividades educativas direcionadas ao paciente no uso racional de medicamentos (orientação por meio de pictogramas e uso de cores) e atendimento no SUS;
5. programa Remédio em Casa;
6. Gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização: prescrição, dispensação e uso), gerenciamento de estoque (CMM), Portarias utilizadas na atenção básica;
7. Comunicação (paciente e equipe);
8. Educação em Saúde / continuada;
9. Trabalho em equipe multiprofissional (Discussão de Caso);
10. Gerenciamento de Terapia Medicamentosa (GTM);
11. Projeto Terapêutico Singular (PTS), visão integrada do paciente e Clínica ampliada;
12. Farmácia Clínica baseada em evidência, farmacoterapia;
13. Farmacovigilância.gerênciamento de risco;
14. Interpretação de exames laboratoriais (noções básicas);
15. Ajuste de doses e identificação de PRM;
16. Reconciliação medicamentosa;
17. Formas de Registro em prontuário;
18. Atribuições clínicas do Farmacêutico (Resolução CFF);
19. Prescrição Farmacêutica (Resolução CFF);
20. Atenção Básica;
21. Vigilância em Saúde;
22. Gerenciamento de Resíduos;
23. Redes de Atenção em Saúde;
24. Regulação;

25. Referência e contra referência;
26. Atenção Farmacêutica (consulta/visita domiciliar);
27. Liderança e gestão de RH;
28. Dispensação com orientação ao paciente;
29. Conhecimento sobre ESF e NASF;
30. Conhecimento sobre Matriciamento;
31. Conhecimento sobre Conselho gestor

Durante o Módulo em Atenção Básica o Residente – R1 e R2 irão desenvolver:

## DESENVOLVIMENTO DE PROJETO ( R1/R2)

Objetivos: Desenvolvimento de um projeto que traga uma contribuição para a Unidade de Saúde. Pode ser sugerido pela equipe ou pensado pelo aluno

## PRÁTICA FARMACÊUTICA – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (R1 / R2)- 1° Período/ 2° Período/ 3Período

A introdução da Atividade de Prática Clínica Monitorada, pretende capacitar os residentes a realização de prática clínica real, a fim de que, ao término do estágio, sintam-se aptos à atuar integrados às equipes de saúde, ofertando serviços farmacêuticos de forma correta e segura.

### 1° Período: Conhecer o funcionamento e a organização de uma unidade básica de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS)

Alunos: R1 e R2

Conhecer o funcionamento e a organização de uma unidade básica de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). Implica:

- o conhecimento inicial da área de abrangência;
- territorialização abrangendo a unidade básica de saúde e dados referentes a equipamentos sociais e infra-estrutura local.

**Objetivo**

**Geral:** Propiciar ao residente sua inserção no SUS, a compreensão do papel, do funcionamento e da organização. Ou seja, compreender o que é o SUS, sua organização em diferentes níveis reconhecendo a APS como porta de entrada do Sistema, bem como conhecer a área de abrangência da equipe de saúde ao qual será vinculado, para entender os princípios da territorialização e critérios usados para divisão de áreas.

**Específico:**

Promover ao residente uma aproximação com a realidade do SUS, em unidade de Saúde. Promover o contato do residente com atividades de rotina da UBS, com o usuário, farmacêuticos e outros profissionais da saúde. Possibilitar ao estudante a vivência do cotidiano dos serviços farmacêuticos prestados a nível da assistência farmacêutica municipal. Estimular o desenvolvimento da capacidade de avaliação crítica da assistência farmacêutica no SUS, reconhecendo pontos positivos, limitações e possibilidades de desenvolvimento. - Proporcionar ao estudante o acesso aos conhecimentos que possam levá-lo a transformar a realidade observada e vivida no campo de estágio, desenvolvendo a capacidade de intervenção.

1. Gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização: prescrição, dispensação e uso), gerenciamento de estoque (CMM), Portarias utilizadas na atenção básica;
2. Insulinos dependentes;
3. Educação em Saúde / continuada;
4. Locais que temos disponível para dispensação de medicamentos no SUS;
5. Setores/ integralidade.

SUGESTÃO – CONDUÇÃO DAS ATIVIDADES

| Atividades | Profissional Responsável | Perguntas Norteadoras |
|---|---|---|
| Reconhecimento da UBS e dos profissionais Apresentação e pactuação do plano de ensino. | Preceptor | Quantas equipes tem na UBS? Qual a população adscrita? |
| Visita ao território | Agente comunitário de saúde | Como é o território? Construção das casas, possui saneamento básico, coleta de lixo? Potencialidades (escola, associação de moradores, igrejas...) e vulnerabilidades. |
| Entender o fluxo da UBS | Profissionais do serviço | Como os usuários chegam ao serviço, com quem falam, para onde são direcionados? Compreender o funcionamento dos setores da UBS. O que é o acolhimento? Quais são os princípios da APS? Qual a relação com outros níveis de atenção? Existe rede de práticas integrativas? |

| Atividades | Profissional Responsável | Perguntas Norteadoras |
|---|---|---|
| Entender o fluxo da farmácia da UBS | Preceptor | Como ocorre a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização: prescrição, dispensação e uso), Como acontece o gerenciamento de estoque (CMM), quais as portarias utilizadas na atenção básica; quais os programas acompanhados pela farmácia (insulinos dependentes, remédio em casa, curativos e fraldas), locais de acesso aos medicamentos no município ( alto custo, farmácia popular, dose certa, extra remume, comissão de farmacologia), relação de medicamentos prescritos pelo enfermeiro, Como ocorre o gerenciamento de resíduos; Programas de Vigilância em Saúde. |
| Participar de um grupo na unidade de saúde ou na comunidade | Profissional responsável pela condução do grupo | Quais suas principais impressões a respeito do grupo do qual participou? A partir da observação do grupo, quais as habilidades comunicacionais e relacionais você acredita serem importantes para a educação popular em saúde? |
| Participar do processo de acolhimento à demanda espontânea | Profissional que realize o primeiro contato com a demanda espontânea | Quais suas principais impressões a respeito do processo de acolhimento à demanda espontânea com avaliação de risco? Como é o acesso? Quais os princípios do SUS e da Atenção Primária você consegue identificar no acolhimento da demanda espontânea? A partir da Política Nacional de Humanização, qual a relevância dessa prática dentro do SUS? |
| Ações de busca ativa de grupos de interesse e ações de vigilância em saúde | Enfermagem | Quais são os grupos de interesse? Para que serve a vigilância em saúde? E a vigilância epidemiológica – notificações. Quais os mecanismos que podemos usar para fazer uma boa vigilância? |

## 2º PERÍODO: Ações integradas na Estratégia Saúde da Família

Alunos: R1 e R2

**Alunos: R1** (acompanhamento de 01 a 03 casos clínicos- irão realizar avaliação inicial, elaboração de plano terapêutico e conduta farmacêutica) / **R2** (acompanhamento de mais de 03 casos clínicos irão realizar: avaliação inicial, elaboração de plano terapêutico, conduta farmacêutica e acompanhamento dos casos no período em que estiverem na unidade, discussão dos casos com as equipes de saúde.

**Objetivos:**

**Geral:** Propiciar ao residente a vivência do trabalho em equipe, da assistência domiciliar/atenção farmacêutica, consulta farmacêutica, gerenciamento e treinamento de recursos humanos no setor de farmácia em unidade de saúde. Levantamento de problemas relacionados ao tratamento farmacológico, seguimento farmacoterapêutico, estratégias de intervenção para otimização da terapia medicamentosa, atividades educativas direcionadas ao paciente.

**Específicos:**

1. Conhecer a dimensão e a abrangência da atuação do farmacêutico no nível primário de atenção à saúde.
2. Praticar a atividade de seguimento farmacoterapêutico em pacientes;
3. Promover o exercício do conhecimento e das habilidades adquiridas na área de atuação farmacêutica;
4. Conhecer as alterações fisiológicas e doenças mais comuns;
5. Conhecer os aspectos farmacoterapêuticos;
6. Saber elaborar e discutir casos clínicos;
7. Realizar anamnese farmacêutica;
8. Identificar, intervir e avaliar os Problemas Relacionados com Medicamentos e resultados Negativos Associados ao Medicamento;
9. Registrar as informações em prontuário único pelo método SOAP;
10. Promover educação em saúde (Treinamento a equipe de auxiliares de farmácia);
11. Avaliar o uso de plantas medicinais como coadjuvantes a tratamentos medicamentosos.

## 3º PERÍODO: Necessidades de saúde

Alunos: R2

**Objetivos:**

Estimular as discussões sobre as necessidades de saúde e os determinantes sociais do adoecimento contrapondo ao olhar estritamente biológico, orientando à atuação no sentido da atenção integral e prática da clínica ampliada. Promover vivência nos serviços de saúde no SUS e os processos de trabalho em equipe multiprofissional, trabalho articulado as redes de atenção a saúde.

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES

Nome_____

Período: ___/___/____ a ___/___/____ ( semanal)

Local:_____

Preceptor:_____

Descrição das Atividades desenvolvidas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Avaliação Crítica e Sugestões:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Classifique seu desempenho conforme os seguintes parâmetros:

1- Fraco | 2- Regular | 3- Bom |4- Ótimo

Assiduidade ___ Dinamismo ___ Pontualidade ___ Precisão na realização dos trabalhos ___ Iniciativa ___ Integração com a equipe de trabalho ___ Postura Profissional ___

Em que aspectos você avalia ter melhorado o seu desempenho? Como o módulo da Atenção Básica acrescentou na sua formação profissional?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

São Paulo , _____ de _____ de _____.

Assinatura do Residente : _____

Assinatura do Preceptor :_____

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estratégias utilizadas para o exercício da preceptoria:

- ✓ acompanhar os alunos nas atividades de campo;
- ✓ oferecer aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada área programática;
- ✓ atuar junto aos residentes na construção de conhecimentos específicos da sua área tendo ou não título de professor;
- ✓ inserir o residente no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimento de habilidades, para desempenhar a prática clínica num contexto multidisciplinar;
- ✓ facilitar a construção do processo de trabalho da equipe de saúde como um todo.

Competências que o farmacêutico necessita desenvolver para atuar como preceptor:

- ✓ habilidades de feedback e avaliação;
- ✓ habilidades de comunicação;
- ✓ interesse e entusiasmo pelo ensino;
- ✓ estimular o pensamento crítico;
- ✓ habilidades de liderança e experiência na área;
- ✓ encorajar a participação dos residentes em discussões.

Atividades pedagógicas desenvolvidas pelo preceptor:

- ✓ desenvolver e planejar atividades específicas de acordo com os objetivos da proposta apresentada;
- ✓ definir e discutir objetivos de aprendizagem;
- ✓ avaliar conhecimentos e habilidades.

Elementos essenciais para profissionais de saúde incluir em sua prática o papel de preceptor:

- ✓ Fazer a interlocução da academia com os serviços de saúde
- ✓ Estar preparado para essa função
- ✓ Precisa de apoio da academia para realizar sua função
- ✓ Iniciativas como o Mestrado profissional e outros programas

Elementos Limitantes para profissionais de saúde incluir em sua prática o papel de preceptor:

- ✓ falta de preparo adequado para exercer o papel de preceptor;
- ✓ falta de espaço, de tempo e de reconhecimento;
- ✓ enfrentar embates com colegas que não compartilham da mesma visão sobre o ensino;
- ✓ acolhem e ensinam os residentes ao mesmo tempo que precisam dar conta da demanda do serviço.

# REFERÊNCIAL TEÓRICO

**A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS** (Elisabeth Niglio de Figueiredo).

**Portarias SMS. G 82/2015.**

**A Saúde e seus Determinantes Sociais** (Paulo Marchiori Buss, Alberto Pellegrini Filho).

**Esse Tal de SUS** (Bleicher L. Saúde para Todos, Já. Salvador: Étera; 2003. 110p. (cap. I, p.13-33)).

**RDC N° 20/2011.**

**Portaria n.° 344,** de 12 de maio de 1998

**Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional** (Marina Peduzzi- Maria Amélia de Campos Oliveira-Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Heloise Lima Fernandes Agreli- Manoel Vieira Miranda Neto)

**Folha Informativa Farmacoterapêutica** (CINFARMA – Centro de Informação Farmacêutica do Departamento de Farmacovigilância, DNME/MINSA ANO 0 N.° 6 / 7 Abril a Setembro de 2015).

**Métodos clínicos para a prática da atenção farmacêutica** (Cassyano J Correr).

**Cuidado e humanização** (Ayres)

**O território no Programa de Saúde da Família** (Martha Priscila Bezerra Pereira).

**Portaria SMS.G N° 82/2015,** de 05 de dezembro de 2015.

**As redes de atenção à saúde Health care networks.**

**Portal Farmacêutico** (http://www.portalfarmaceutico.com.br/php/metodo.php).

**Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC.** Um novo exercício profissional. In: Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, organizadores. O exercício do cuidado farmacêutico. Tradução de Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006. Cap 1, p.1-39.

**Dader MJ, Munoz PA, Martinez FM.** Atenção Farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos. 1 ed. São Paulo: RCN Publishing; 2008.

**Hepller CD, Strand LM.** Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990 Mar;47(3):533-43.

**Ivana AM, Noblat L, Castro MS, Jaramillo NM, Oliveira NVBV, Rech N.** Consenso brasileiro de atenção farmacêutica proposta 2002. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2002.

**Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V, organizadores.** Farmácia clínica e atenção farmacêutica. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 489p.

**Portaria SMS N° 1.918/2016**

**Resolução N° 586 DE 29 de agosto de 2013**