

ORGANIZADORAS

AMANDA THAYSA DE OLIVEIRA CRUZ

MARIANA LINARD DE OLIVEIRA

PAULA ANDREATTA MADURO

# GUIA DE PRECEPTORIA EM SAÚDE NO SUS: CONSTRUINDO CONHECIMENTO PELA INTEGRAÇÃO DO ENSINO-SERVIÇO



AMANDA THAYSA DE OLIVEIRA CRUZ (Org.)  
MARIANA LINARD DE OLIVEIRA (Org.)  
PAULA ANDREATTA MADURO (Org.)

**GUIA DE PRECEPTORIA EM SAÚDE NO SUS: CONSTRUINDO  
CONHECIMENTO PELA INTEGRAÇÃO DO ENSINO-SERVIÇO**

Petrolina - PE  
HU-UNIVASF  
2018

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco - HU-UNIVASF

Guia de Preceptoría em saúde no SUS: construindo conhecimento pela integração do ensino-serviço.

ISBN: 978-85-92656-07-2

Amanda Thaysa de Oliveira Cruz

Médica da Atenção Primária à Saúde do município de Petrolina – PE; Especialista em Saúde da Família e Comunidades/UFPE).

Mariana Linard de Oliveira

Enfermeira Atenção Primária à Saúde do município de Petrolina – PE; Mestre em Enfermagem/ UEFS.

Paula Andreatta Maduro

Profissional de Educação Física do Hospital Universitário da UNIVASF; Mestre em Ciências do Movimento Humano/ UFRGS.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

G943 Guia de preceptoría em saúde no SUS: construindo conhecimento pela integração do ensino-serviço. / Amanda Thaysa de O. Cruz, Mariana Linard de Oliveira, Paula Andreatta Maduro...[et al]. Petrolina: HU-UNIVASF, 2018..  
65 f.: il.; 29 cm.

ISBN: 978-85-92656-07-2

1.Preceptoría. 2. Capacitação de recursos humanos em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Integração ensino-serviço. 5. Redes de saúde - Petrolina(PE). 6. Internato e Residência. I.Título. II. Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 610.690981

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097  
Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco HU-UNIVASF  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH

## **ORGANIZADORES**

**AMANDA THAYSA DE OLIVEIRA CRUZ  
MARIANA LINARD DE OLIVEIRA  
PAULA ANDREATA MADURO**

## **COLABORADORES**

**ANA PAULA MEDEIROS DE SOUSA  
AUXILIADORA RENÉ DE MELO AMARAL  
DIVA DANIELLY RÊGO DE VASCONCELOS  
IDINALVA COELHO SOARES  
NATÁLIA DE LIMA MELO  
RAPHAEL PATRIOTA CARNAÚBA**

## **EDIÇÃO**

**MATEUS GONÇALVES FERREIRA DOS SANTOS**

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 O INÍCIO DE TUDO.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2 SUS: UM SISTEMA CRIADO E RECRIADO .....</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1 O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)? .....   | 7         |
| 2.2 Qual a estrutura do SUS? .....  | 8         |
| 2.3 Quais os princípios do SUS? .....   | 10        |
| 2.4 O que traz a carta dos direitos dos usuários do SUS?.....   | 11        |
| <b>3 A REDE DE SAÚDE DE PETROLINA: ONDE ESTAMOS INSERIDOS? .....</b>                                    | <b>14</b> |
| 3.1 O que são Redes de Atenção à Saúde? .....   | 14        |
| 3.2 Qual o Processo de Formação das Redes do Município de Petrolina? .....                              | 14        |
| 3.3 Qual a Estrutura Operacional que compõe as Redes de Atenção à Saúde do Município de Petrolina?..... | 14        |
| 3.4 Quais os Serviços que são ofertados nas Redes de Atenção à Saúde do Município de Petrolina?.....    | 14        |
| 3.5 Como funciona o Sistema de Referência e Contra-Referência? .....                                    | 21        |
| 3.6 Quais as possibilidades de encaminhamento? .....  | 21        |
| <b>4 A INTEGRAÇÃO DO ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>5 PRECEPTOR: SEU PAPEL ENQUANTO ATOR SOCIAL.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>6 ALÉM DO PRECEPTOR: O PAPEL DOS ATORES SOCIAIS NA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO .....</b>                  | <b>30</b> |
| <b>7 O PROCESSO DO ENSINO APRENDIZAGEM EM SAÚDE: CONSTRUINDO CONHECIMENTO .....</b>                     | <b>36</b> |
| <b>8 COMO E POR QUE AVALIAR NO ENSINO E SERVIÇO? .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>9 APROPRIANDO-SE DA LEGISLAÇÃO EM PRECEPTORIA E AFINS .....</b>                                      | <b>48</b> |
| <b>10 PRECEPTORIA: UM NOVO OLHAR.....</b>   | <b>60</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>61</b> |

## 1 O INÍCIO DE TUDO ...

*“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra,  
no trabalho, na ação-reflexão”  
(Paulo Freire)*

Os Cursos de Especialização em Preceptoría em Residência Médica e Preceptoría no SUS (PRM-PSUS) oferecidos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP-HSL) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) na iniciativa 2017 contou com dezesseis especializandos atuantes nas diversas áreas da saúde (gestão, assistencial, docência) da cidade de Petrolina – PE.

O curso, em consonância com as metodologias em uso pelo IEP-HSL, é estruturado de maneira presencial, contando com encontros mensais e com tecnologia de ensino a distância via portal do aluno. Os encontros presenciais foram coordenados pela facilitadora Natália de Lima Melo, enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri – URCA e mestranda em Ciências da Saúde (FMABC Paulista).

Fazendo parte dos Projetos de Apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da parceria supracitada, os cursos são iniciativas educacionais que utilizam abordagens construtivistas, as quais buscam estimular a capacidade de aprender a aprender dentro de uma postura ética, o trabalho em equipe de forma colaborativa e comprometida com as necessidades de saúde da sociedade, além de aprofundar, crítica e reflexivamente, o conhecimento cientificamente produzido. Entre os produtos finais do curso, os especializandos elaboraram o Projeto Aplicativo (PA) que se trata de um instrumento metodológico de transformação/intervenção na realidade discutida durante todo o percurso (IEP/HSL, 2016).

Segundo Bordenave e Pereira (2001) o PA deve ser uma construção científica que parte de um conjunto de atores que objetivam modificar uma dada realidade a partir da observação e identificação de problemas. Traz ainda um levantamento dos pontos-chave para o aprofundamento teórico, com o objetivo de elaboração de hipóteses e proposição de soluções interventivas.

Para esse fim, os especializandos foram divididos em dois grupos denominados Grupos Afinidade, por agrupar até no máximo 10 participantes que

atuem ou estejam vinculados a serviços/ações de um mesmo contexto (LIMA, 2017).

Seguindo essa delimitação, formou-se o Grupo Afinidade B (GAF B) composto por:

- Amanda Thaysa de Oliveira Cruz (Médica da Atenção Primária à Saúde do município de Petrolina – PE; Especialista em Saúde da Família e Comunidades/UFPE);
- Ana Paula Medeiros de Sousa (Enfermeira Atenção Primária à Saúde do município de Petrolina – PE; Especialista em Oncologia/INESP);
- Auxiliadora Renê de Melo Amaral (Docente de Fisioterapia – UPE; Mestre em Educação em Saúde/UPE);
- Diva Danielly Rêgo de Vasconcelos (Fisioterapeuta do Hospital Universitário da UNIVASF; Especialista em acupuntura/CITE);
- Idinalva Coelho Soares (Assistente Social da VIII GERES; Especialista em Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos/UNOPAR);
- Mariana Linard de Oliveira (Enfermeira Atenção Primária à Saúde do município de Petrolina – PE; Mestre em Enfermagem/ UEFS);
- Paula Andreatta Maduro (Profissional de Educação Física do Hospital Universitário da UNIVASF; Mestre em Ciências do Movimento Humano/ UFRGS);
- Raphael Patriota Carnaúba (Fisioterapeuta do Hospital Universitário da UNIVASF; Especialista em Saúde Pública /FEJAL/CESMAC).

O GAF B selecionou, a partir das vivências e dos conhecimentos construídos ao longo do curso, como problema norteador para a construção do PA a Fragilidade da Integração Ensino-Serviço no âmbito da Preceptoría em Saúde no Município de Petrolina - PE. E, como produto dessa intervenção surge a primeira versão do “Guia de Preceptoría em Saúde no SUS: Construindo/Ampliando Conhecimento pela Integração do Ensino-Serviço”, que objetiva orientar e balizar minimamente a atividade em preceptoría da Rede Municipal de saúde de Petrolina, a partir do compartilhamento de saberes dos atores sociais envolvidos no processo de ensino-serviço e saúde.

## 2 SUS: UM SISTEMA CRIADO E RECRIADO

### “O SUS”

Tamanha sua grandeza,  
Integral é seu propósito,  
Do tamanho do Brasil que o conduz.  
Grande, forte, cheio de vida!  
Muita história prá contar...  
Quem conhece, apaixonou.  
Casa, vive, chora e morre de amor.  
Equidade, para quem necessita de clamor!  
Mais valorização para o profissional, que entende seu valor Para  
mais forte caminhar  
E crescer como um furor.  
Cada canto é um conto, cada conto um doador  
Cada vida uma labuta  
Cada labuta, um lutador.  
Luta idoso, luta mulher,  
Luta criança e luta doutor.  
Luta mais quem na ponta confronta  
As histórias de triste dor...  
Luta enfermeiro, luta dentista,  
Luta trabalhador.  
De visita em visita, luta ACS!  
Para o Brasil crescer sem dor  
Para o cidadão ter mais amor  
Para a saúde ter mais valor!

(Enfermeira Ana Maria Germano, 2014)

### 2.1 O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, criado pela Constituição Brasileira de 1988. O qual abrange desde o simples atendimento para

avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

## **2.2 Qual a estrutura do SUS?**

### **- Ministério da Saúde**

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Agência Nacional de Saúde (ANS), Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás), Instituto Nacional do Câncer (Inca), Instituto nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into) e oito hospitais federais.

### **- Secretaria Estadual de Saúde (SES)**

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

### **- Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

### **- Conselhos de Saúde**

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos

de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

**- Comissão Intergestores Tripartite (CIB)**

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

**- Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

**- Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)**

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

**- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)**

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

**- Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)**

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.



Fonte: <http://www.portalconscienciapolitica.com.br/products/gestao-das-politicas-da-saude-receitas-financiamentos-e-planejamento/>

### 2.3 Quais os princípios do SUS?

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito.
- **Equidade:** significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

#### - Princípios Organizativos

- ✓ **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida.
- ✓ **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo.
- ✓ **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

## 2.4 O que traz a carta dos direitos dos usuários do SUS?

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações pertinentes aos direitos dos usuários deste serviço. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado.

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Brasil, 2007, p. 1).

A carta dos direitos dos usuários da saúde, elaborada em conjunto pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora em 2007, visa à melhoria nas práticas de atenção e gestão pelo fortalecimento dos direitos dos cidadãos e sua autonomia. A seguir serão descritos os princípios norteadores e as esferas de governo, deste documento, de tamanha importância para o fortalecimento do SUS.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

I – RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

II – RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

A. DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- 1 – Gerenciar e executar os serviços públicos de saúde.
- 2 – Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução.
- 3 – Participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual.
- 4 – Executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.
- 5 – Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- 6 – Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução.
- 7 – Participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

#### B. DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- 1 – Acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS.
- 2 – Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.
- 3 – Executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria.
- 4 – Gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional.
- 5 – Acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade.
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal.
- 7 – Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador.
- 8 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios.
- 9 – Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

#### C. DO GOVERNO FEDERAL:

- 1 – Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal.

2 – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

3 – Formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde.

4 – Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica.

5 – Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios.

6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo.

7 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios.

8 – Participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

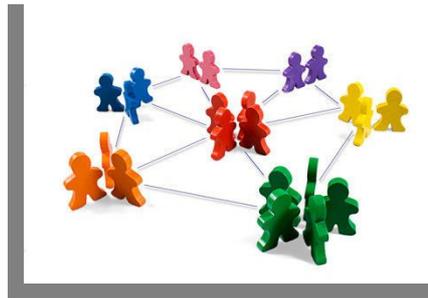
9 – Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.

10 – Auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

### **3 A REDE DE SAÚDE DE PETROLINA: ONDE ESTAMOS INSERIDOS?**

#### **3.1 O que são Redes de Atenção à Saúde?**

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).



#### **3.2 Qual o Processo de Formação das Redes do Município de Petrolina?**

Definição clara da população e território, diagnóstico situacional, planejamento pela efetiva necessidade, criação de um sistema logístico e de suporte, investimento nas pessoas/equipes, criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede e financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

#### **3.3 Qual a Estrutura Operacional que compõe as Redes de Atenção à Saúde do Município de Petrolina?**

De acordo com o indicador do Conselho Nacional de Saúde (CNES, 2017) há uma cobertura de 90,93% da estratégia de saúde da família, (ESF) distribuída em 26 Unidades Básicas de Saúde e 18 AMES, com 90 equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), (9) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), (3) Equipes de Atendimento Domiciliar (SAD), (3) Centro de Referência Psicossocial (CAPS), (2) Hospitais Gerais, (1) Unidade de Pronto Atendimento (UPA), (1) Unidade de Pronto

Atendimento Especializado (UPAE) e (1) um Centro de Especialidades Odontológica.

### 3.4 Quais os Serviços que são ofertados nas Redes de Atenção à Saúde do Município de Petrolina?



**Saúde da Família**

- **Estratégia Saúde da Família (ESF):** Reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

#### - Serviços Ofertados:

- ✓ Consulta com o clínico geral;
- ✓ Consulta de enfermagem;
- ✓ Consulta odontológica;
- ✓ Consulta com especialista (Pediatra e Ginecologista);
- ✓ Citologia oncológica;
- ✓ Vacinação;
- ✓ Exames laboratoriais;



**NASF**

- **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):** É uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob

responsabilidade.

#### - Serviços Ofertados:

- ✓ Consulta com fisioterapeuta;
- ✓ Consulta com a psicóloga;

- ✓ Consulta com a nutricionista;
- ✓ Consulta com o profissional farmacêutico;
- ✓ Atendimento com o Profissional do Serviço Social;
- ✓ Avaliação com o Profissional Educador Físico;



- **Equipes de Atendimento Domiciliar (SAD):** Destina-se, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo,

podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica.

#### - Serviços Ofertados:

- ✓ Atendimento e Consulta domiciliar por equipe multiprofissional.



#### Saúde Mental

- **Centro de Referência Psicossocial (CAPS):** são instituições brasileiras que visam a substituição dos hospitais psiquiátricos, antigos hospícios ou manicômios e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátrica. São unidades de saúde

locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.



- **CAPSi:** Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência



- **CAPS-AD:** Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas

- **Serviços Ofertados:**

- Atendimento e Consulta por equipe multiprofissional.



- **Hospital:** (HDM /IMIP): Inaugurado em 13 de setembro de 1931, o Hospital Dom Malan integra a rede estadual de saúde de Pernambuco como hospital geral e a partir do ano 2008 sob a gestão do IMIP, passou a cuidar exclusivamente da saúde da mulher e da criança.

- **Serviços Ofertados:**

- ✓ Ginecologia
- ✓ Oncoginecologia
- ✓ Alto Risco Obstétrico
- ✓ UTI Obstétrica
- ✓ Alojamento Conjunto
- ✓ Alojamento Canguru
- ✓ Alojamento Patológico
- ✓ Pediatria
- ✓ Cirurgia Pediátrica
- ✓ OncoPediatria
- ✓ UTI Pediátrica
- ✓ Sala de Parto
- ✓ Pré-Parto
- ✓ Bloco Cirúrgico
- ✓ Unidade Neonatal

- ✓ PSI \* Observação
- ✓ Triagem Obstétrica Observação
- ✓ Casa de Apoio
- ✓ Centro Acadêmico
- ✓ Laboratório
- ✓ Serviço Social



- O HU-UNIVASF é a unidade de referência para os 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco - PEBA, formada por seis microrregionais de saúde e abrangendo uma população de, aproximadamente, 2.068.000 habitantes nos estados de Pernambuco e Bahia. Possui vocação para atenção a urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumatologia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial, clínica médica, nefrologia, dermatologia e cirurgia plástica com atendimento multidisciplinar das equipes de saúde.

Atualmente é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) e tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública e a autonomia universitária.

**- Serviços Ofertados:**

**- Exames diagnósticos**

- ✓ Laboratoriais
- ✓ Radiografia (Raio-X)
- ✓ Ultrassonografia

- ✓ Tomografia computadorizada
- ✓ Endoscopia digestiva alta
- ✓ Ecocardiograma
- ✓ Ressonância magnética
- ✓ Hemodinâmica

**- Especialidades**

- ✓ Bucomaxilo
- ✓ Cardiologia
- ✓ Cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais
- ✓ Cirurgia geral
- ✓ Cirurgia plástica reparadora
- ✓ Cirurgia vascular
- ✓ Clínica médica
- ✓ Dermatologia
- ✓ Endocrinologia e metabologia
- ✓ Gastroenterologia
- ✓ Hematologia e hemoterapia
- ✓ Hepatologia
- ✓ Infectologia
- ✓ Nefrologia
- ✓ Neurocirurgia
- ✓ Neurologia
- ✓ Ortopedia e traumatologia
- ✓ Otorrinolaringologia
- ✓ Pequenas cirurgias
- ✓ Reumatologia

**- Procedimentos cirúrgicos**

- ✓ Ortopedia
- ✓ Neurocirurgia
- ✓ Cirurgia geral
- ✓ Vascular
- ✓ Plástica

- ✓ Bucomaxilofacial
- ✓ Urologia



- **Unidade de Pronto Atendimento (UPA):** É um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária e deve compor uma rede organizada em conjunto com a Atenção Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar.

**- Serviços Ofertados:**

- ✓ Atendimento de emergência;
- ✓ Leitos para urgência;
- ✓ Leito de isolamento;
- ✓ Consultórios de clínica médica;
- ✓ Urgências odontológicas;
- ✓ Sala de raio-x;
- ✓ Posto de coleta laboratorial;
- ✓ Farmácia;
- ✓ Posto de enfermagem;
- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Acolhimento com classificação de risco;



- **Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE):**  
Atenção Especializada de Petrolina

**- Serviços Ofertados:**

- ✓ Bloco cirúrgico
- ✓ Serviço de exames diagnósticos (bioimagem).
- ✓ Especialidades médicas



- **Centro de Especialidades Odontológicas de Petrolina (CEO):** funciona como unidade de *referência* para as Equipes Saúde da Família.

- **Serviços Ofertados:**

- ✓ Consulta Odontológica;



- **AME Policlínica:** Unidade de Atendimento Médico de Especialidades

- **Profissionais Ofertados:**

- ✓ Médico Angiologista
- ✓ Médico Cardiologista
- ✓ Médico Dermatologista
- ✓ Fonoaudiólogo
- ✓ Médico Gastroenterologista
- ✓ Médico Ginecologista e Obstetra
- ✓ Médico Mastologista
- ✓ Médico Cirurgião Geral
- ✓ Médico em Radiologia e Diagnostico Por Imagem
- ✓ Médico Neurologista
- ✓ Médico Oftalmologista
- ✓ Médico Ortopedista e Traumatologista
- ✓ Psicólogo
- ✓ Médico Psiquiatra
- ✓ Médico Reumatologista
- ✓ Médico Urologista

### **3.5 Como funciona o Sistema de Referência e Contra-Referência?**

A referência é feita na guia de interconsulta das unidades básicas, para que os usuários tenham conhecimento dos fluxos previstos. O mesmo usuário deve ser contrarreferenciado à unidade de atenção básica para que continue a ser assistido (BRASIL, 2011).

#### **- REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

O sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre os níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário. A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade, inversamente, a contra-referência está relacionada ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contra-referência baseados na acessibilidade e continuidade da assistência, caso contrário, a ausência deste fluxo pode ser apenas um discurso reiterado, sem possibilidade de concretização.

### **3.6 Quais as Possibilidades de Encaminhamento?**

De acordo com a organização dos serviços, a comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde.

#### 4 A INTEGRAÇÃO DO ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE

A integração ensino-serviço tem sido foco de diversos estudos e debates, visando à transformação das práticas dos profissionais de saúde, bem como as práticas destes no exercício da preceptoría, a partir da reflexão sobre a realidade e a produção de cuidado, com o objetivo de modificar o modelo de formação e o modelo assistencial.

Entende-se por integração ensino-serviço um processo complexo de trabalho coletivo, acordado, articulado e integrado entre instituições envolvidas, cuja finalidade é qualificar a atenção à saúde individual e coletiva, promover a excelência da formação profissional, o desenvolvimento e satisfação dos profissionais dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008).

Para melhor desenvolvimento dessa integração é preciso uma pactuação de interesses, o que requer um bom planejamento, levando em consideração não apenas a oferta da melhor formação possível aos futuros profissionais, mas também disponibilizar estrutura e recursos para que as atividades de ensino sejam desenvolvidas em conjunto com as atividades de assistência.

Portanto, compete às 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 (LONGHI *et al*, 2014).

A aproximação entre a universidade e os serviços de saúde deve funcionar como um meio de direcionar a formação do aluno à realidade da saúde e do trabalho, potencializando a construção coletiva, tornando todos coparticipes no processo ensino-aprendizagem, na, superando a simples utilização da rede de serviço como campo de ensino e propondo a reelaboração da articulação teoria- prática, ensino-aprendizagem-trabalho (VASCONCELOS, 2016).

No que se refere a interação entre a IES e o profissional da assistência, este caracterizado como preceptor, deve se estabelecer um vínculo que culmina desde a comunicação efetiva, incentivo a educação permanente e capacitação pedagógica pois para ensinar, são necessários conhecimentos para além do conteúdo da disciplina, requer capacidade de mediar o processo de ensino-aprendizagem, problematizar a realidade e provocar no estudante, um processo de ação e reflexão para a reconstrução de sua prática diária, favorecendo um melhor acompanhamento dos estudantes e assim uma melhor formação do profissional de saúde para o SUS.

Haja vista que, para uma efetiva formação do profissional na área da saúde, é imprescindível a parceria ensino-serviço e que esta se efetiva pela preceptoria, em consonância com as políticas de educação e saúde nacional, estadual e municipal.

Para uma maior efetividade dessa parceria e para que as práticas in loco possam realmente proporcionar uma mudança no olhar do discente faz-se necessário um bom planejamento em que estejam inseridos todos os atores participantes da atividade de preceptoria.

O ato de planejar envolve sempre um processo de reflexão, de tomada de decisão sobre a ação, de previsão de necessidades e de racionalização no emprego dos meios (materiais) e profissionais disponíveis, visando a concretização de objetivos dentro de prazos e etapas definidas a partir do resultado das avaliações (PADILHA, 2001 apud RODRIGUES, TAVARES, 2012, p.1076).

No âmbito da preceptoria o planejamento deve ser o pilar de uma elaboração do processo ensino aprendizagem que esteja alinhado às necessidades de saúde da população alvo desses serviços e cliente desses futuros profissionais. Tendo como característica fundamental a dialogicidade, que busca valorizar o conhecimento científico na mesma intensidade que a experiência e os saberes concretos que emergem do trabalho em saúde, ambos focalizados nas demandas dos usuários (RODRIGUES; TAVARES, 2012).

A participação do preceptor nesse tipo de planejamento é imprescindível, pois trará uma grande riqueza pela diversidade de conhecimentos e olhares, fazendo emergir novos saberes através desse embate entre a teoria e a prática, evocando a mudança de paradigma desejada no modelo assistencial em saúde (RODRIGUES; TAVARES, 2012).

## **5 PRECEPTOR: SEU PAPEL ENQUANTO ATOR SOCIAL**

Segundo Ceccim (2004) a preceptoria é considerada uma prática de educação no trabalho, na qual o preceptor precisa de formação pedagógica. Pois, para ensinar são necessários conhecimentos para além do conteúdo da disciplina e, requer capacidade de mediar o processo de ensino-aprendizagem, problematizar a realidade e provocar no estudante, um processo de ação e reflexão para a reconstrução de sua prática diária.

No serviço, muitos trabalhadores da área da saúde desenvolvem atividades assistenciais e, concomitantemente, atuam como formadores de futuros profissionais. O exercício da preceptoria é uma prática educativa na formação e qualificação do profissional em saúde, conduzindo o processo de ensino- aprendizagem e transformando as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho em momentos educacionais.

No contexto em que está inserida a figura do preceptor, é preciso que se estabeleça uma interação entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e o profissional da assistência, estabelecendo um vínculo que culmina em um melhor acompanhamento dos estudantes e assim uma melhor formação do profissional de saúde para o SUS.

O papel do preceptor enquanto ator social é estimular a formação de profissionais de excelência técnica, científica e tecnológica baseada em princípios éticos, críticos e humanísticos, adequados as necessidades e as políticas de saúde do Brasil.

| <b>Área de competência de Saúde: Atenção à Saúde e Preceptoria</b>               |   |
|--|---|
| <b>AÇÕES-CHAVE</b>   | <b>DESEMPENHOS</b>  |
| <b>Favorece a investigação de problemas de saúde individuais</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove o estabelecimento de uma relação profissional ética no contato com as pessoas sob cuidado, familiares e/ou responsáveis, favorecendo o acesso e a construção de vínculos desses com o serviço e os profissionais.</li> <li>- Estimula a identificação de queixas e/ou motivos trazidos pelas pessoas, sem a explicitação de julgamentos. Favorece a abordagem do contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença.</li> <li>- Promove o uso de linguagem compreensível aos pacientes, destacando a importância do relato espontâneo e do cuidado com a privacidade e conforto desses.</li> <li>- Favorece a utilização do raciocínio clínico-epidemiológico e de técnica semiológica acurada na investigação de sintomas e sinais, condições correlatas, hábitos, fatores de risco e antecedentes pessoais e familiares, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, ambiental e outros pertinentes.</li> <li>- Apoia a formulação de problemas mais prováveis, auxiliando na articulação da história e exame clínicos e na utilização de exames complementares, segundo melhores evidências científicas, condições de acesso e relação custo benefício.</li> <li>- Estimula que os problemas de saúde sob investigação sejam informados e esclarecidos aos pacientes, familiares ou responsáveis, de forma ética e humanizada, acolhendo dúvidas e questionamentos desses.</li> </ul> |
| <b>Favorece a investigação de problemas de saúde coletiva</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimula a análise das necessidades de saúde, das causas, efeitos e determinantes no processo saúde-doença de grupos de pessoas e/ou de comunidades sob cuidado no âmbito em que se desenvolve a preceptoria.</li> <li>- Favorece a utilização de dados colhidos na escuta atenta de grupos e/ou comunidade e de dados secundários e/ou informações que incluam as dimensões clínicoepidemiológicas, cultural, socioeconômica, ecológica e das relações intersubjetivas e dos valores.</li> <li>- Favorece a formulação de diagnósticos de saúde e a priorização de problemas segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política da situação.</li> </ul>  |
| <b>Promove a construção de um cuidado Integral à saúde individual e coletiva</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimula a utilização da saúde baseada em evidências para a construção de uma atenção integral à saúde, promovendo qualidade e segurança no cuidado.</li> </ul>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece a construção de planos terapêuticos e projetos de intervenção que contemplem as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, cuidado em rede, de modo contextualizado e comprometido com o diálogo entre as necessidades referidas pelas pessoas sob cuidado e as percebidas pelos profissionais de saúde.</li> <li>- Promove o uso racional de recursos disponíveis para a construção de planos terapêuticos e de projetos de intervenção voltados à melhoria da atenção à saúde oferecida aos usuários.</li> <li>- Favorece o compartilhamento de decisões e estimula a autonomia para o autocuidado e a participação da equipe multiprofissional e dos estudantes na atenção à saúde.</li> <li>- Promove a valorização do registro dos dados relevantes no prontuário de forma clara e legível como expressão do compromisso com a qualidade do cuidado e da comunicação entre profissionais e familiares.</li> <li>- Favorece a discussão e consolidação dos dados registrados, de modo orientado à melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e à redução de riscos, danos e vulnerabilidades.</li> </ul> |
| <p><b>Acompanha e avalia a atenção à saúde individual e coletiva.</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece o acompanhamento e a avaliação de processos, resultados e impacto das ações desenvolvidas nos planos terapêuticos e projetos de intervenção, valorizando a escuta qualificada de usuários, equipes, docentes, preceptores e estudantes.</li> <li>- Promove práticas de prestação de contas e de ajustes permanentes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência e efetividade, e pelo compromisso de que as escolhas sejam pautadas pelo valor agregado à qualidade de saúde e de vida dos usuários.</li> </ul>   |
| <b>Area de competência de Gestão: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde</b>                                    |   |
| <b>AÇÕES-CHAVE</b>   | <b>DESEMPENHOS</b>  |
| <p><b>Favorece a identificação de obstáculos e oportunidades à articulação do trabalho e educação na saúde</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimula a identificação de oportunidades, potencialidades e os aspectos que requerem melhoria, tanto em relação à organização do trabalho para um cuidado integral como em relação à prática educacional dos profissionais.</li> <li>- Promove a análise dos contextos interno e externo ao trabalho de preceptoria, identificando atores envolvidos, reconhecendo a existência de interesses antagônicos e buscando a criação de espaços de diálogo e pactuação, orientados por uma perspectiva de complementaridade entre as diferentes visões e saberes.</li> <li>- Estimula a identificação e priorização de problemas que retardam ou impedem o desenvolvimento de iniciativas de integração ensino-serviço, incluindo análises de estrutura,</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | processos e recursos necessários para a sua execução com o uso de ferramentas do planejamento estratégico.  |
| <b>Promove a articulação do trabalho e da educação no exercício da preceptoria</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove a elaboração de estratégias e ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e o alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de produção de consensos.</li> <li>- Estimula a construção de uma relação ética, solidária e transformadora entre os sujeitos envolvidos nas práticas de preceptoria, favorecendo o reconhecimento de responsabilidades e compromissos compartilhados para a melhoria contínua da qualidade do cuidado e da formação de profissionais de saúde, no contexto do SUS.</li> <li>- Favorece a utilização de informações e dos elementos que agreguem valor na tomada de decisão, estimulando o uso de indicadores, melhores práticas e evidências científicas.</li> <li>- Promove a socialização de informações de modo a construir decisões compartilhadas e ampliar o comprometimento dos profissionais de saúde, preceptores e estudantes com a qualidade da saúde e da formação em serviço, na rede de atenção à saúde.</li> <li>- Contribui para a organização de programas educacionais propostos pela parceria entre instituições formadoras e serviços de saúde, levando em conta as políticas nacionais de saúde, educação e de integração ensino-serviço e as potencialidades e limitações das organizações envolvidas.</li> </ul> |
| <b>Promove o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento articulado das práticas de cuidado e de educação na saúde</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos, produtos e resultados, estimulando o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo a orientá-las por resultados que agregam valor à saúde, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação em serviço.</li> <li>- Favorece o acompanhamento da articulação entre as práticas de cuidado e de educação na saúde, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos para análise de programas educacionais desenvolvidos na rede de atenção à saúde.</li> <li>- Participa e promove espaços para avaliação formativa, apresentação dos resultados alcançados e prestação de contas.</li> <li>- Cria espaços protegidos para reflexão sobre as práticas, assegurando a expressão das perspectivas dos envolvidos, em especial, dos usuários e estudantes.</li> </ul>   |
| <b>Área de competência de Educação: formação profissional e produção de conhecimento em saúde</b>                        |   |
| <b>AÇÕES-CHAVE</b>   | <b>DESEMPENHOS</b>  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Identifica necessidades de aprendizagem</b></p>                           | <p>-Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e famílias atendidas a partir da reflexão sobre as práticas de saúde e de gestão do trabalho e da educação na saúde, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem, culturas e valores.</p> <p>- Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor.</p>  |
| <p><b>Desenvolve ações educacionais no exercício da preceptoria</b></p>         | <p>- Desenvolve atividades educacionais a partir das necessidades de aprendizagem identificadas, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um e favorecendo o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação das limitações e dificuldades.</p> <p>- Promove a educação pelo exemplo e atua como facilitador de aprendizagem de educandos e da equipe em que atua, incentivando a inovação e a melhoria da qualidade das práticas.</p> <p>- Estimula a curiosidade, a independência intelectual e o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde.</p> <p>-Favorece a utilização de experiências e vivências na construção de pontes com os disparadores de aprendizagem.</p> <p>- Estimula a busca de evidências científicas e de melhores práticas, favorecendo a análise crítica de informações e a capacidade de aprender ao longo da vida.</p> |
| <p><b>Avalia ações e processos educacionais no exercício da preceptoria</b></p> | <p>- Promove a cultura de avaliação de programas educacionais desenvolvidos no contexto do SUS, visando a potencialização da preceptoria e da integração ensino-serviço para a melhoria qualidade da atenção à saúde e da educação no trabalho.</p> <p>- Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas no exercício da preceptoria, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas.</p> <p>- Faz e recebe críticas de modo ético, orientado à construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e para o exercício reflexivo da preceptoria.</p>   |
| <p><b>Apoia a produção de novos conhecimentos</b></p>                           | <p>- Promove a utilização e a avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora na atenção à saúde e na educação.</p> <p>- Identifica necessidades de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde e da formação profissional em serviço.</p> <p>- Participa e estimula a participação dos estudantes e da equipe na produção científica ou tecnológica em saúde, assentada em princípios</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>ético-científicos e orientada pelas necessidades de saúde das pessoas, de fortalecimento do SUS e melhoria dos processos de formação em serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Favorece e apoia processos de disseminação e compartilhamento de saberes, orientados ao desenvolvimento de competência dos educandos e à melhoria da qualidade de saúde da população.</li></ul> |
|--|---|

## **6 ALÉM DO PRECEPTOR: O PAPEL DOS ATORES SOCIAIS NA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**

Diversos atores estão envolvidos no processo de formação do profissional de saúde, e para oferecer qualidade neste processo é necessário o envolvimento das partes no conhecimento sobre suas responsabilidades, negociações de papéis, recursos e contrapartidas. Desta forma pode-se garantir uma formação voltada para a realidade sem sobrecarregar os formadores e formandos, assim como permite a valorização dos profissionais e das atividades de educação em saúde (LONGHI et al, 2014).

Neste contexto, a Lei Nº 11.788/08 aborda as especificações do Estágio, delineando o campo prático de formação profissional como um ato educativo escolar supervisionado, que visa o aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do preceptor para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2008).

Esta mesma Lei descreve que para ocorrer a realização do aprendizado neste cenário, é necessário o envolvimento e compromisso entre as Instituições de Ensino (IE) e as partes concedentes, aqui caracterizadas pelos serviços de saúde, que podem, a seu critério ser serviços de agentes de integração públicos e privados. Esta relação deverá ser mediante condições acordadas em instrumento jurídico apropriado, caracterizado com a celebração de convênio de concessão de estágio entre a IE e a parte concedente, e também pelo termo de compromisso entre a IE, a concedente e o preceptor (BRASIL, 2008).

E para o acompanhamento efetivo no processo de ensino aprendizagem da formação do profissional de saúde, no que se refere ao dia a dia no cenário de prática, este fica a critério do professor orientador da instituição de ensino e pelo supervisor da parte concedente (BRASIL; 2008). O supervisor da parte concedente, também é caracterizado como profissional de saúde do serviço e ou preceptor/preceptoria, segundo algumas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde (BRASIL, 2014).

Todas estas atividades necessitam de órgãos específicos fiscalizadores para permitir uma boa condução no processo de formação. Na Lei Nº 11.788/08 descreve estes órgãos como os Ministérios do Trabalho, da Educação e da Saúde e Entidades de Classes (BRASIL, 2008).

Abaixo segue o quadro com os atores envolvidos no processo de formação no cenário prático e seus papéis:

**Quadro 1- Atores sociais e seu papel**

| <b>ATORES SOCIAIS</b>                                  | <b>O SEU PAPEL</b>   |
|--|--|
| <b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO<br/>(Gestores e docentes)</b> | <p>São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus preceptores:</p> <p>I – Celebrar termo de compromisso* com o preceptor ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for absoluto ou relativamente incapaz, e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;</p> <p>* O plano de atividades do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes envolvidas, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante.</p> <p>II – Avaliar as instalações da parte concedente do cenário de prática e sua adequação à formação cultural e profissional do preceptor;</p> <p>III– Indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;</p> <p>IV – Exigir do preceptor a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;</p> <p>V – Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;</p> <p>VI – Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus preceptors;</p> <p>VII – Comunicar à parte concedente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>CONCEDENTE (Serviços de saúde, através de pessoas jurídicas, de caráter privado ou público direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional)</b></p> | <p>São observadas as seguintes obrigações:</p> <p>I – Celebrar termo de compromisso com a instituição de ensino e o preceptor, zelando por seu cumprimento;</p> <p>II – Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao preceptor atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;</p> <p>III – Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente;</p> <p>IV – Contratar em favor do estagiário seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso; *</p> <p>* No caso de estágio obrigatório, a responsabilidade pela contratação do seguro, alternativamente, deve ser assumida pela instituição de ensino.</p> <p>V – Por ocasião do desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;</p> <p>VI – Manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;</p> <p>VII – Enviar à instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.</p> |
| <p><b>PRECEPTOR (técnicos, graduandos e pós-graduandos)</b></p>  | <p>No desenvolvimento do ESTÁGIO ora compromissado, caberá ao ESTAGIÁRIO:</p> <p>a) cumprir fielmente o presente termo de compromisso de estágio;</p> <p>b) observar e obedecer às normas internas da CONCEDENTE e de seus órgãos e entidades;</p> <p>c) agir de forma ética e respeitosa no trato interpessoal e para as normas que resguardem a manutenção do sigilo e a veiculação a que tiver acesso;</p> <p>d) ser assíduo e pontual;</p> <p>e) responder por perdas e danos que causar à CONCEDENTE e ao público usuário, decorrente de qualquer</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>ação ou omissão sua;</p> <p>f) respeitar e guardar a devida obediência ao PRECEPTOR DE ENSINO indicado pela CONCEDENTE;</p> <p>g) colaborar com a apresentação do relatório de suas atividades à INSTITUIÇÃO DE ENSINO, com visto obrigatório da CONCEDENTE;</p> <p>h) responsabilizar-se por sua alimentação;</p> <p>i) portar durante o estágio, material pessoal necessário à realização do mesmo.</p> <p>A jornada de atividade em estágio obrigatório ou não obrigatório, será definida de comum acordo entre a instituição de ensino, a parte concedente e o aluno estagiário ou seu representante legal, devendo constar do termo de compromisso ser compatível com as atividades escolares e não ultrapassar:</p> <p>I – 6 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais, no caso de estudantes do ensino superior, da educação profissional de nível médio e do ensino médio regular. <b>(Lei nº 11.788, 25 de setembro de 2008)</b></p> <p>II – Para os cursos de pós-graduação <i>Latu Senso</i>, na residência, é de até 12 (doze) horas diárias, ou 60 (sessenta) semanais, distribuídas entre atividades teóricas e práticas, incluindo plantões em finais de semanas e/ou feriados quando necessário para complementar a carga horária. (Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 e pela Lei 6.932, 07 de julho de 1981)</p> <p>*O estágio relativo a cursos que alternam teoria e prática, nos períodos em que não estão programadas aulas presenciais, poderá ter jornada de até 40 (quarenta) horas semanais práticas, desde que isso esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da instituição de ensino.</p> <p>*Se a instituição de ensino adotar verificações de aprendizagem periódicas ou finais, nos períodos de avaliação, a carga horária do estágio será reduzida pelo menos à metade, segundo estipulado no termo de compromisso, para garantir o bom desempenho do estudante.</p> <p>III - A duração do estágio, na mesma parte concedente, não poderá exceder 2 (dois) anos, exceto quando se tratar de estagiário portador de deficiência.</p> <p>IV - O estagiário poderá receber bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada, sendo</p> |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
|   | <p>compulsória a sua concessão*, bem como a do auxílio-transporte, na hipótese de estágio não obrigatório.</p> <p>*A eventual concessão de benefícios relacionados a transporte, alimentação e saúde, entre outros, não caracteriza vínculo empregatício.</p> <p>*Poderá o preceptor inscrever-se e contribuir como segurado facultativo do Regime Geral de Previdência Social.</p> <p>V - É assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso* de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.</p> <p>*O recesso de que trata este artigo deverá ser remunerado quando o estagiário receber bolsa ou outra forma de contraprestação.</p> <p>*Os dias de recesso previstos neste artigo serão concedidos de maneira proporcional, nos casos de o estágio ter duração inferior a 1 (um) ano.</p> <p>V - Aplica-se ao estagiário a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho, sendo sua implementação de responsabilidade da parte concedente do estágio.</p> |
| <p><b>FISCALIZAÇÃO</b><br/><b>(Ministérios do</b><br/><b>Trabalho/Educação/Saúde</b><br/><b>e Entidades de Classes)</b></p> | <p>A fiscalização sobre a manutenção de estagiários em desconformidade com a <b>Lei 11.788/08</b> caracteriza vínculo de emprego do preceptor com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.</p> <p>I - A instituição privada ou pública que reincidir na irregularidade de que trata este artigo ficará impedida de receber estagiários por 2 (dois) anos, contados da data da decisão definitiva do processo administrativo correspondente.</p> <p>II - A penalidade de que trata o item I limita-se à filial ou agência em que for cometida a irregularidade.</p> <p>* A legislação de estágios aplica-se aos estudantes estrangeiros regularmente matriculados em cursos superiores no País, autorizados ou reconhecidos, observado o prazo do visto temporário de estudante, na forma da legislação aplicável.</p>   |

Fonte: Lei Nº 11.788/08 e Lei nº 11.129/05.

## 7 O PROCESSO DO ENSINO APRENDIZAGEM EM SAÚDE: CONSTRUINDO CONHECIMENTO

Os cenários de prática no âmbito SUS privilegia a integração entre o ensino, serviço e comunidade, transcorrendo pela multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinariedade<sup>1</sup>. Esta integração apresenta como eixo norteador o processo de trabalho enquanto princípio educativo, tendo como pano de fundo as características socioculturais do meio em que o processo de ensino e aprendizagem se desenvolve.

A formação nestes cenários favorece uma situação de ensino-aprendizagem contextualizada, que apresenta os novos conteúdos de forma articulada, com encadeamento lógico e significativos. E, para isso, é fundamental considerar o que os educandos já sabem e, constrói-se daí, pelas situações de ensino aprendizagem, a interação entre os conhecimentos já adquiridos na estrutura cognitiva e as novas informações.

O preceptor é um idealizador do seu conhecimento a partir da reflexão e indagação de sua prática. Sua participação no processo de formação ocorrerá de modo ativo, criativo, crítico e reflexivo num exercício contínuo, através da análise, da interpretação e da síntese do objeto a ser aprendido. O mesmo deverá ter uma visão do que sabe, como sabe, por que sabe e transmitir o que sabe a terceiros, desenvolvendo suas competências no que se refere ao conhecimento, as habilidades e as atitudes.

O preceptor, profissional do serviço que acolhe o educando em formação, é o facilitador do processo de ensino e aprendizagem, com orientações e auxílios no ensino do cotidiano das práticas. Este deverá compreender o educando como

---

<sup>1</sup> A multidisciplinaridade se caracteriza como uma tentativa de trabalho conjunto, pelos professores, entre disciplinas em que cada uma trata de temas comuns sob sua própria ótica, articulando, algumas vezes bibliografia, técnicas de ensino e procedimentos de avaliação. A ideia é de justaposição de disciplinas.

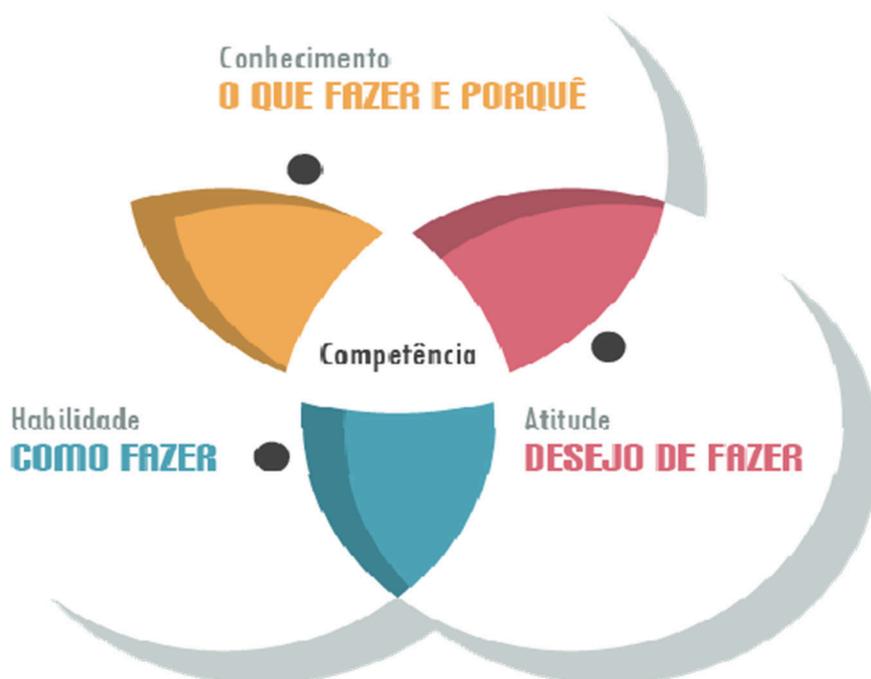
A transdisciplinariedade coloca o indivíduo, o sujeito da prática cotidiana, no caso, da prática pedagógica, como eixo das interações e, assim, pode-se identificar aqui a necessidade de historicizar as interações. Sujeitos - ou indivíduos - históricos, sociais, agentes sociais (ALMEIDA FILHO, 1997).

A interdisciplinaridade surgiu para promover a superação da excessiva especialização e da desarticulação entre a teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade. Esta integração de que trata a interdisciplinaridade refere-se à formação na perspectiva da totalidade. O pensamento crítico que inspira esta discussão leva ao aprofundamento da compreensão sobre esta relação, colocando como de fundamental importância a definição da prática que se pretende relacionar à teoria (FOLLARI, 1995b).

pessoa concreta, objetiva, que determina e é determinado pelas condições político-econômicas e por sua história de vida.

Ambos são atores da relação ensino-serviço, e para que o aprendizado seja transformador e significativo é necessário que o preceptor e educando estejam motivados no processo. Cabe ao preceptor desenvolver competências afetivas e relacionais como habilidades de comunicação e paciência, e ao educando o interesse pela atividade, a disponibilidade para aprender e a capacidade de superar desafios. É necessário o envolvimento, a interação, e a troca de saberes entre os envolvidos, onde o aprendizado se torna uma via de mão dupla.

Esta troca de saberes permite o desenvolvimento de competências que integram conhecimentos sistematizados, e devem estar associados e articulados em nível crescente de complexidade. Desta forma a garantir que, a partir de sucessivas aproximações, o educando possa aprendê-lo e aplicá-lo. Estas competências devem ser desempenhadas de forma que sirvam de mediadores para que os educandos compreendam a realidade, contemplando os seus conhecimentos, as suas habilidades e as suas atitudes, no que se refere os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor.



**Fonte:** [http://www.locness.com.br/clientes/anup/cursopi/curso1\\_topico3/](http://www.locness.com.br/clientes/anup/cursopi/curso1_topico3/) Nome do autor e ano.

E para adquirir um bom desempenho no processo de ensino aprendizagem, no que se refere ao desenvolvimento de competências é necessária que as IES e as partes concedentes forneçam estrutura física e funcional das instalações, assim como aquisições de equipamentos gerais e específicos e um dimensionamento de recursos humanos devidamente qualificados. Uma das estratégias para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, com o objetivo de aprimoramento dos sistemas de saúde, considerando a aprendizagem significativa essencial no envolvimento dos trabalhadores na melhoria da qualidade da atenção é a educação permanente em saúde (EPS). A mesma surgiu nos debates da Organização Pan-Americana de Saúde, na década de 70 do século passado (ARDOSO, 2012; LIMA et al., 2012).

Segundo Ceccim (2005) a educação permanente pode ser entendida como educação em serviço quando reportar à formação como parte de um projeto de mudanças institucionais ou de orientação política das ações prestadas. Ou, ainda, como educação continuada quando relacionada à construção de quadros institucionais ou de carreiras por serviço. Ou até como educação formal de profissionais quando voltada para projetos integrados, ensino e trabalho com vistas à multiplicidade das vivências profissionais.

A educação permanente também pode ser considerada um desdobramento da Educação Popular, que considera que a realidade das ações e dos serviços está em constante transformação.

Essa modalidade de educação está voltada para as políticas de formação de perfis profissionais e de serviços, para a promoção da autogestão e mudança institucional. É o cotidiano do trabalho em saúde em discussão, experimentação e construção-reconstrução em tempo real, ao vivo e permanentemente (CECCIM, 2005).

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu para tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino–aprendizagem no exercício do trabalho. Este conceito foi adotado para dimensionar esta tarefa e não para o prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas buscou a vasta relação entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as *intercessões* promovidas pela educação na saúde. Esta introdução apresenta a colocação de Ceccim (2005) ao citar que a educação

*intercede* pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino - aprendizagem. O exercício real desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite<sup>2</sup> (CIT) e legitimação na 12a Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS), em 2003.

O mesmo autor cita que o conceito optou por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação prioritária da política de saúde e não a atividade - meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho (denominada de educação continuada).

Este é o aspecto original, o diferencial de novidade configurado sob o conceito político-pedagógico da Educação Permanente em Saúde, conceito que resume a política proposta e lhe dá tradução concreta junto dos Conselhos de Saúde, instituições de ensino, associações docentes, movimentos sociais, organizações estudantis e representações de trabalhadores (CECCIM, 2005; CECCIM e FERLA, 2008; CALEDÔNIO, et al., 2012; LIUMA et al. 2010).

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Porém, de acordo com Ceccim (2005) há necessidade descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle

---

<sup>2</sup>Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

social em saúde. Esta ação tem o objetivo de constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

A Educação permanente em Saúde pode ser definida por um conjunto de ações educativas que buscam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da problematização coletiva, a educação permanente surgiu como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde representa o encontro entre saúde e educação, constituindo o quadrilátero da formação que agrega ensino, atenção, gestão e controle social. No ensino incorpora a educação formal, educação em serviço, educação continuada; no trabalho envolve a gestão setorial, prática profissional e serviço (CECCIM e FERLA, 2008).

De acordo com Caledônio et al. (2010) compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Art. 200 da Constituição Federal de 1988, "ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde". Para tanto foi criado um arcabouço legal que instituiu as políticas de educação permanente, iniciando com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, à qual coube responder pela elaboração, planejamento e execução de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A educação permanente, enquanto diretriz pedagógica tornou-se política pública na área da saúde com a instituição da PNEPS através da Portaria Ministerial em 2004 (BRASIL, 2004). Foi uma proposta de ação estratégica que contribuiu para a qualificação e transformação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas.

A partir destas considerações as instituições de saúde precisam implementar projetos de educação permanente, que estejam articulados com instituições formadoras de recursos humanos. Tais projetos não precisam produzir eventos na instituição, podem acontecer em qualquer lugar, em qualquer horário, com desenvolvimento das competências, com foco nas mudanças para melhorias e com a participação de todos os atores envolvidos, inclusive gestores.

Trata-se da construção de conhecimentos numa vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar, de acordo com o que cita Sarreta (2009). Portanto, a

adoção de estratégias dialógicas nessas ações é essencial para que haja troca e compartilhamento de ideias, conhecimentos, experiências, problemas e soluções.

Os profissionais da saúde devem ser incorporados em um processo permanente de educação significativa, pois só ela será capaz de angariar a adesão dos trabalhadores para as mudanças do cotidiano e a melhoria da atenção em saúde (Mandra e Silveira, 2013)

## 8. COMO E POR QUE AVALIAR NO ENSINO E SERVIÇO?

A avaliação é parte fundamental do processo educacional, especialmente no âmbito da preceptoria, no que concerne a diversos aspectos de ambas as áreas: pedagógica e prática (EPSTEIN, 2007; GONÇALVES, 2011). As informações obtidas na ação de avaliar auxiliam na tomada de decisões e, por isso, essa ação deve ser precedida por um planejamento cuidadoso, considerando as múltiplas finalidades da avaliação, principalmente a do reforço do aprendizado (NORCINI et al, 2010; PANÚNCIO-PINTO et al, 2014 RUSSELL et al, 2014).

O processo avaliativo é um momento de percepção do preceptor e do seu educador dos avanços alcançados e das dificuldades a serem transpostas em determinado espaço de tempo. A eficácia desse processo está relacionada diretamente aos objetivos educacionais específicos de cada etapa da formação, e estes devem estar alinhados ao perfil desejado de competências e habilidades. A competência é definida como a propriedade de executar ou exercer diferentes habilidades, em diversos domínios, sejam eles cognitivos, psicomotores e afetivos, no nível desejado de qualidade (EPSTEIN, 2007; PANÚNCIO-PINTO et al, 2014).

Segundo a “Taxinomia de Bloom”, os domínios cognitivos relacionam-se as atividades intelectuais, o psicomotor envolve as atividades físicas e manipuladoras, e o afetivo envolve sentimentos, atitudes, valores e emoções (FERRAZ, 2010; PANÚNCIO-PINTO et al, 2014). Todos os domínios devem estar em foco durante a avaliação, e para tal é importante utilizar como estratégia um instrumento de avaliação, que deve ser definido previamente e informado para o conhecimento do estudante para que o mesmo compreenda de que forma será avaliado (PANÚNCIO-PINTO et al, 2014).

Sugere-se que o instrumento de avaliação contemple:

- Diferentes momentos avaliativos: ao longo do processo educacional para obter feedback sobre o progresso da aprendizagem, está caracterizada como avaliação formativa, e ao final do processo, para classificar, certificar ou registrar o progresso, pertinente em termos de aprovação ou reprovação, denominada como

avaliação somativa (NORCINI et al, 2010; PANÚNCIO-PINTO et al, 2014 RUSSELL et al, 2014);

- O cumprimento das pactuações de atuação do contrato de prática no serviço (PANÚNCIO-PINTO et al, 2014 RUSSELL et al, 2014);

- O cumprimento de tarefas solicitadas pelo preceptor (leituras, sínteses de textos, narrativas, vivências de prática) (PANÚNCIO-PINTO et al, 2014 RUSSELL et al, 2014);

- A contribuição com a equipe multiprofissional ao longo do vínculo no cenário de prática (PANÚNCIO-PINTO et al, 2014; RUSSELL et al, 2014).

É importante lembrar que a seleção do método avaliativo deve possuir critérios para determinar uma avaliação justa e completa, que são eles: validade, quando a avaliação mede o que afirma medir, confiabilidade que é a medição exata e reproduzível, aceitabilidade quando é reconhecida como adequada e justa pelos participantes do processo avaliativo, como os estudantes e os avaliadores, bem como pelos representantes das instituições a quem a avaliação interessa, viável na existência dos recursos necessários para realizar a avaliação e o impacto educacional, ou seja, o quanto irão repercutir sobre o próprio processo de ensino e aprendizado. (PANÚNCIO-PINTO et al, 2014).

Assim, este Guia apresenta, como sugestão, modelos de instrumentos de Avaliação, como sua caracterização e seu impacto educacional.

## Tabela de avaliação

| INSTRUMENTO     | CARACTERÍSTICAS GERAIS   | IMPACTO EDUCACIONAL   |
|-----------------|--|---|
| <b>Feedback</b> | <p>- Objetivo: dar e receber opiniões, críticas e sugestões sobre as nossas atitudes, comportamentos e/ou desempenhos, como forma de reorientar e/ou estimular uma determinada ação individual ou grupal.</p> <p>- Metodologia: na literatura, sugere sete passos coerentes para se dar um feedback:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convite a reflexão - acerca de seus comportamentos desempenho durante a conduta. Pensar nos aspectos positivos e nos que precisam ser modificados.</li> <li>2. Feedback positivo – início da sessão destacando os comportamentos e funções que foram bem desempenhados. Valorize os pontos positivos.</li> <li>3. Crítica construtiva – descrever as atitudes e comportamentos que podem ser aprimorados. Seja descritivo e dê exemplos.</li> <li>4. Orientações para o aprimoramento – oferecer dicas práticas para o aperfeiçoamento do desempenho. Dê sugestões construtivas, específicas e viáveis.</li> <li>5. Verificação do entendimento – confirmar se houve a compreensão do feedback e combinar o seguimento das orientações para o próximo encontro. Ofereça oportunidade de resposta.</li> <li>6. Solicitação de feedback – solicitar feedback para o próprio avaliador, escutando atentamente as sugestões para seu</li> </ol> | <p>- Avaliação formativa fundamental para a modelagem de comportamentos, desempenhos e atitudes, permitindo o desenvolvimento de competências, principalmente atitudinais.</p> <p>- É um importante mecanismo de autor regulação: permite a modificação nas atividades de ensinar e aprender, tanto do preceptor como do educador, favorecendo a criação de um ambiente propício a discussão de ideias e ao aprimoramento de habilidades.</p> <p>Referências</p> <p>BORGES et al. 2014; HENDERSON et al., 2005; ZEFERINO, 2007.</p> |

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
|                               | <p>aprimoramento. Acolha as sugestões construtivas.</p> <p>7. Análise e planejamento – realizar uma análise pessoal da efetividade da sessão de feedback e da performance durante o processo. Planeje estratégias para as futuras sessões.</p>   |   |
| <b>Feedback 360°</b>          | <p>- Objetivo: avaliar o desempenho de feedbacks simultâneos de diversas fontes ao seu redor, ou seja, visão geral dos <i>stakeholders</i> (profissionais do setor de atuação de trabalho, superiores, subordinados e também da auto avaliação).</p> <p>- Sinônimos: Avaliação 360 Graus, Feedback com Múltiplas Fontes, e Avaliação Multivisão.</p> <p>- Metodologia: aplicação de um questionário específico, avaliando os comportamentos e competências considerados essenciais pela organização, a fim de facilitar o alcance de seus objetivos de aprendizagem. Todos participam da aplicação e depois é entregue ao docente supervisor. Os resultados da avaliação são confidenciais, e o preceptor terá acesso apenas ao resultado final da avaliação, porém não saberá quem o avaliou.</p> | <p>- O avaliado utiliza os feedbacks recebidos na avaliação para guiar o seu desenvolvimento profissional, principalmente no que se refere a competências e comportamentos percebidos como essenciais para sua formação profissional.</p> <p>Referências</p> <p>DE VASCONCELOS &amp; ALBUQUERQUE, 2017.</p> |
| <b>Preceptor em Um Minuto</b> | <p>- São técnicas construtivas de feedback, de forma ética e moral, durante a supervisão exercida de avaliação das habilidades, do raciocínio clínico e de atitudes do preceptor.</p> <p>- Metodologia:</p> <p>1. Permitir ao preceptor que, logo após a apresentação do caso clínico de seu paciente ao preceptor, demonstre a sua interpretação acerca do mesmo. Perguntas abertas, como “O que você acha que está acontecendo? ” Ou “Qual a sua ideia acerca da conduta a ser tomada? ”, antes de qualquer outro tipo de comentário pelo preceptor, estimulam o residente a</p>   | <p>A prática avaliativa da Preceptoría em Um Minuto permitiria um aprendizado em tempo limitado e em meio às demandas criadas pelo atendimento ao paciente.</p> <p>Referências</p> <p>SKARE, 2012.</p>  |

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
|                        | <p>ordenar seus pensamentos acerca do problema a ser resolvido. Perguntas muito específicas podem reduzir o espaço para discussões e inibir a livre manifestação do residente.</p> <p>2. Questionar o preceptor acerca dos fundamentos de suas opiniões, procurando perceber qual é o seu raciocínio acerca do processo e qual o seu grau de conhecimento acerca do mesmo. Este questionamento deve acontecer antes de que o educador expresse opinião própria. Perguntas sugeridas, aqui, são: “O que você acha disso?” ou “ O que mais você considera a respeito?”</p> <p>3. Introduzir o aprendizado de regras gerais ao invés de informações detalhadas. À medida que o conhecimento do residente aumenta, a discussão pode se tornar mais complexa. Todavia, os aspectos básicos devem estar bem sedimentados.</p> <p>4. Corrigir o que está errado. Erros não corrigidos tendem a se repetir. Entretanto, a correção deve ser feita de maneira construtiva, com discussão aberta e sugestões de pesquisa sobre o assunto.</p> |   |
| <p><b>Mini-Cex</b></p> | <p>- Objetivo: envolve observações breves e focadas de encontros clínicos entre preceptors e pacientes. Utilizando um formulário de, onde os examinadores classificam o desempenho do aluno nas diferentes dimensões de competência, e providenciam feedback imediato aos alunos.</p> <p>- Metodologia: baseia-se na avaliação do preceptor em dois momentos de interação: a observação do aluno pelo avaliador e o feedback imediato proporcionado por este.</p> <p>No primeiro momento, será avaliado seis competências no ambiente real da prática clínica, que são:</p>   | <p>- Incorpora uma dimensão formativa, através do feedback;</p> <p>- Oferece aos preceptors mais oportunidades para observação e feedback, por diferentes avaliadores;</p> <p>- Avalia os preceptors numa gama mais ampla de contextos e situações clínicas do que as avaliações tradicionais;</p> <p>- Tem valor pedagógico: traduz um número acrescido de ocasiões em que os preceptors constatarem e são diretamente observados com doentes reais;</p> |

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
|                         | <p>1.Competências na entrevista/história clínica;<br/> 2.Competências no exame físico;<br/> 3.Qualidades humanísticas/Profissionalismo;<br/> 4.Raciocínio e juízo clínico;<br/> 5.Competências de comunicação e aconselhamento;<br/> 6.Organização e eficiência.<br/> Cada competência é avaliada e registada num formulário estruturado baseado em escalas de Likert de 6 ou 9 valores, que permitem classificar os desempenhos desde os valores mais baixos da escala (1-3 insatisfatório) até aos mais elevados (7-9 superior).</p> <p>No segundo momento, os preceptors recebem feedback após avaliação.</p> <p>-Diferentes professores avaliam os alunos em diversos contextos, com pacientes de vários graus de complexidade, desta forma são várias as avaliações que acontecem no ano.</p> | <p>- Demonstra validade de constructo (capacidade de discriminar níveis de desempenho);</p> <p>8. Produz resultados mais fidedignos que os baseados nos casos longos tradicionais.</p> <p>Referências</p> <p>MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009.</p> <p>NORCINI, et al., 2003.</p> |
| <p><b>Portfólio</b></p> | <p>- É um meio promissor para promoção do profissionalismo, da reflexão, da aprendizagem autodirigida e da ética, equacionando conflitos cognitivos, psicomotores e afetivos.</p> <p>- Metodologia: registro contínuo das ações, das tarefas, das práticas cotidianas e da própria aprendizagem, formulados em discursos narrativos e reflexivos, relacionando com evidências científicas sobre os fatos e sobre a auto aprendizagem. A avaliação deve ser através do feedback fornecido ao longo de sua construção, que será realizado ao longo do período do processo de formação.</p>   | <p>É uma avaliação formativa, que permite uma relação de diálogo e de proximidade entre o professor e o aluno. Permite observar se os objetivos de aprendizagem estão sendo executados.</p> <p>Referências</p> <p>FRANCO, 2017.</p> <p>NALOM, 2017.</p>                      |

## **9. SE APROPRIANDO DA LEGISLAÇÃO EM PRECEPTORIA E AFINS**

### **- Constituição Federal, de 1988**

Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulo II - Seção II Da Saúde – Artigos 196; 197; 198 (Parágrafo único – EC 29); 200.

### **- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### **- Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994**

Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências.

### **- Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### **- Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998**

Artigo 1º - Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

### **- Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998**

Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI.

### **- Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998**

Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

**- Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

**- Portaria nº 17, de 4 de janeiro de 2001**

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

**- Portaria nº 145, de 31 de janeiro de 2001**

Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária.

**- Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001**

Aprova o documento de Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS, parte integrante desta portaria.

**- Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001**

Artigo 1º - Altera a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

**- Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001**

Artigo 1º - Altera a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

**- Portaria nº 1.969, de 25 de outubro de 2001**

Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

**- Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002**

Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

**- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**

Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

**- Portaria nº 189, de 20 de março de 2002**

Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos de acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial.

**- Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**

Artigo 1º - Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

**- Portaria nº 1.350, de 24 de julho de 2002**

Institui o incentivo financeiro adicional vinculado ao PSF e ao PACS e dá outras providências.

**- Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**

Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

**- Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003**

Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

**- Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

**- Portaria nº 106, de 4 de março de 2004**

Aprova os critérios e os procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros.

**- Portaria nº 626, de 8 de abril de 2004**

Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

**- Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004**

Artigo 1º - Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade.

**- Portaria nº 1.172, de 15 de junho 2004**

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde; define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Revoga as portarias nº 1.399/GM e nº 1.147/GM.

**- Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004**

Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

**- Portaria nº 1.703, de 17 de agosto de 2004**

Destina recurso de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados, e dá outras providências.

**- Portaria nº 1.829, de 2 de setembro de 2004**

Define novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

**- Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.**

Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

**- Decreto nº 57.865, de 13 de março de 2012**

Dispõe sobre quantificação e critérios para concessão da Gratificação de Preceptor - GP, a que se referem os artigos 18, inciso III, e 22 da Lei Complementar nº 1.157, de 2 de dezembro de 2011

**- Portaria nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012**

Institui as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, de que trata a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011

**- PROJETO DE LEI N.º 4.156, DE 2015**

Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, para incluir os §§ 6º a 9º do art. 1º, para discriminar a responsabilidade civil, administrativa e penal do médico preceptor ou staff.

**- Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

**- Resolução CNE/CES nº 7, de 31 de março de 2004**

Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.

**- Parecer CNE/CES nº 400/2005, aprovado em 24 de novembro de 2005**

Consulta sobre a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física ao curso de Educação Física (licenciatura), tendo em vista a Resolução CONFEF nº 94/2005.

**- Parecer CNE/CES nº 142/2007, aprovado em 14 de junho de 2007**

Alteração do § 3º do art. 10 da Resolução CNE/CES nº 7/2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.

**- Resolução CNE/CES nº 7, de 4 de outubro de 2007**

Altera o § 3º do art. 10 da Resolução CNE/CES nº 7/2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.

**- Parecer CNE/CES nº 274/2011, aprovado em 6 de julho de 2011**

Indicação referente à revisão do texto das Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de Graduação em Educação Física.

**- Parecer CNE/CES nº 255/2012, aprovado em 6 de junho de 2012**

Reexame do Parecer CNE/CES nº 400/2005, que trata de consulta sobre a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física ao curso de Educação Física (licenciatura), tendo em vista a Resolução CONFEF nº 94/2005.

**- Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001**

Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

**- Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

**- Parecer CNE/CES nº 33/2007, aprovado em 1º de fevereiro de 2007**

Consulta sobre a carga horária do curso de graduação em Enfermagem e sobre a inclusão do percentual destinado ao Estágio Supervisionado na mesma carga horária.

**- Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.

**- Parecer CNE/CES nº 223/2004, aprovado em 4 de agosto de 2004**

Consulta sobre o prazo legal para implementação das Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia, com base na Resolução CNE/CES 2/2002.

**- Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

**- Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia.

**- Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

**- Parecer CNE/CES nº 236/2007, aprovado em 8 de novembro de 2007**

Alteração do § 2º do art. 7º da Resolução CNE/CES nº 4/2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

**- Parecer CNE/CES nº 25/2014, aprovado em 30 de janeiro de 2014**

Consulta sobre a conformidade da inscrição da denominação “bacharel em Medicina” em vez de “médico” em diplomas.

**- Parecer CNE/CES nº 116/2014, aprovado em 3 de abril de 2014**

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

**- Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

**- Parecer CNE/CES nº 189/2002, aprovado em 4 de junho de 2002**

Consulta sobre a realização do Internato do curso de Medicina fora da instituição ou do Distrito Geoeducacional.

**- Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição.

**- Parecer CNE/CES nº 1.300/2001, aprovado em 6 de novembro de 2001** Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia.

**- Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

**- Resolução CNE/CP nº 1, de 15 de maio de 2006**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura.

**- Parecer CNE/CP nº 3/2007, aprovado em 17 de abril de 2007** Consulta sobre a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Pedagogia, decorrentes da aprovação dos Pareceres CNE/CP nº 5/2005 e nº 3/2006, bem como da publicação da Resolução CNE/CP nº 1/2006.

**- Parecer CNE/CP nº 9/2009, aprovado em 2 de junho de 2009** Esclarecimento sobre a qualificação dos Licenciados em Pedagogia antes da Lei nº 9.394/96 para o exercício das atuais funções de gestão escolar e atividades correlatas; e sobre a complementação de estudos, com apostilamento.

**- Resolução CNE/CES Nº 8, de 7 de maio de 2004**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia

- **Parecer CNE/CES nº 153/2007**, aprovado em 8 de agosto de 2007 Consulta referente à Resolução CNE/CES nº 8/2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

- **Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011**

Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.

- **Parecer CNE/CES nº 784 /2016**, aprovado em 10 de novembro de 2016 - Solicita adoção de providências objetivando revogar o inciso V do artigo 4º da Resolução CNE/CES nº 5, de 15/3/2011, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais de graduação de Psicologia.

- **Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002**

Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social.

- **Resolução CNE/CES nº 5, de 16 de novembro de 2016**

Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da Computação, abrangendo os cursos de bacharelado em Ciência da Computação, em Sistemas de Informação, em Engenharia de Computação, em Engenharia de Software e de licenciatura em Computação, e dá outras providências.

- **Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional

- **Parecer CNE/CEB nº 11/2008, aprovado em 12 de junho de 2008**

Proposta de instituição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio.

- **Parecer CNE/CEB nº 40/2004.**

Trata das normas para execução de avaliação, reconhecimento e certificação de estudos previstos no Artigo 41 da Lei nº 9.394/96 (LDB).

**- Parecer CNE/CEB nº 39/2004.**

Aplicação do Decreto nº 5.154/2004 na Educação Profissional Técnica de nível médio e no Ensino Médio.

**- Parecer CNE/CEB nº 16/99.**

Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

**- Resolução CNE/CEB nº 3, de 9 de julho de 2008**

Dispõe sobre a instituição e implantação do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio

**- Resolução CNE/CEB nº 1, de 27 de março de 2008**

Define os profissionais do magistério, para efeito da aplicação do art. 22 da Lei nº 11.494/2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB.

**- Resolução CNE/CEB nº 4, de 16 de agosto de 2006**

Altera o artigo 10 da Resolução CNE/CEB nº 3/98, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio.

**- Resolução CNE/CEB nº 4, de 27 de outubro de 2005**

Inclui novo dispositivo à Resolução CNE/CEB 1/2005, que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004.

**- Resolução CNE/CEB nº 04/99.**

Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

**- Resolução nº 2, de 4 de abril de 2005.**

Modifica a redação do § 3º do artigo 5º da Resolução CNE/CEB nº 1/2004, até nova manifestação sobre estágio supervisionado pelo Conselho Nacional de Educação.

**- Resolução nº 1, de 3 de fevereiro de 2005.**

Atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004.

**- Resolução CNE/CEB nº 1, de 21 de janeiro de 2004.**

Estabelece Diretrizes Nacionais para a organização e a realização de Estágio de alunos da Educação Profissional e do Ensino Médio, inclusive nas modalidades de Educação Especial e de Educação de Jovens e Adultos.

**- Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**

Institui a Residência em Área Profissional de Saúde cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.

**- Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004**

Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e dá outras providências

**- Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.**

Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional

**- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**- Portaria Interministerial MEC/MS nº 51 de 08 de setembro de 2015**

Dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005

**- Como encontrar na íntegra a legislação pertinente à saúde pública Nacional?**

A legislação pode ser encontrada no material disponibilizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde via Guias e nos sites do Ministério da Saúde e Educação.

## **10.PRECEPTORIA: UM NOVO OLHAR**

Por fim, este produto visa auxiliar na construção do novo preceptor, sendo ele um profissional atualizado, crítico-reflexivo e proativo no que concerne as questões técnicas, éticas, sociais e nas relações interpessoais, o que o qualifica para uma inserção profissional densa.

Este ator transformará o processo pedagógico e, conseqüentemente, tornar-se-á corresponsável pela nova formação do profissional em saúde.

Dessa forma a prática em preceptoria contribui no processo de tomada de decisão em favor do resgate das possibilidades e potencialidades dos atores sociais envolvidos no processo de saúde, para a construção de um núcleo de sentido baseado na qualidade do ensino e serviço para o SUS.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C. Implementando as novas diretrizes curriculares para educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface Comun Saúde Educ**, v. 5, p.161-6, 2001.

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R.M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança de formação superior de profissionais de saúde. **Ver. Bras. Educ. médica** [online], vol.32, n.3 [cited 2009-12-17], p. 356-362. 2008.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. II (1-2), 1997.

ARDOSO, IM.. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde Soc.*, n. 21, supl. 1, 2012.

BORDENAVE, J.D; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

BORGES, M. C., MIRANDA, C. H., SANTANA, R. C., & BOLLELA, V. R. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*. 2014; 47(3), 324-331.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 29 de junho de 2011 [citado em 2015 dez 30]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

BRASIL. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005**. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde de e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

BRASIL. **LEI Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares - Cursos de Graduação**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 01/10/2017.

CALEDÔNIO, RM, JORGE, MSB, SANTOS, DCM, FREITAS, CHA, AQUINO, FOTP. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Rev Rene*. 2012;13(5):1100-10.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, RB, FERLA, AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras *TrabEduc Saúde*, n.6, v.3, 2008.

CECCIM, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ.*, n. 9, v. 16, 2005.

DE VASCONCELOS, V L S.; DE ALBUQUERQUE, E A. Feedback e sua contribuição para o desenvolvimento profissional. *Revista Cientifico*, v. 16, n. 33, p. 203-230, 2017.

DIAS, I.S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 14, Número 1, Janeiro/Junho de 2010: 73-78.

EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. *New England Journal of Medicine*, 356 (4), 387-396, 2007.

FERRAZ, A. P. C. & BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e

FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA, Roseli Ferreira da; AGUER, Cristiane Biscaino. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev bras educ med*, v. 31, n. 1, p. 52-9, 2007.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **RAC**, Edição Especial 2001: 183-196.

FLORÊNCIO, Patricia; AUSTRILINO, Lenilda; MEDEIROS, Mércia. O Processo Ensino Aprendizagem nos cenários de Prática: Concepções dos Docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. *CIAIQ2016*, v. 2, 2016.

FRANCO, R S et al. The use of portfolios to foster professionalism: attributes, outcomes, and recommendations. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, v. 42, n. 5, p.737-755, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa São Paulo: Paz e Terra; 1996.

GERMANO, A. M. O SUS. In: <http://redehumanizasus.net/81454-poema-sobre-o-sus/>. Rede Humaniza SUS. Poema sobre o SUS, 2014.

GONÇALVES , A. L.; LARCHERT, J. M. Avaliação da aprendizagem : Pedagogia, módulo 4, volume 6 – EAD / Elaboração de conteúdo – Ilhéus, BA : EDITUS.100 p. : II, 2011.

HENDERSON, P., FERGUSON-SMITH, A. C., & JOHNSON, M. H. Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Medical Education*. 2005; 5(1), 11.  
instrucionais. *Gest. Prod. São Carlos*, 17 (2): 421-431, 2010.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, Dec., 1999.

LIMA, JVC de et al. A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *TrabEduc Saúde*, n. 8, v. 2, 2010.

LIMA, V.V. Currículo Integrado. In: OLIVEIRA, M.S. *et al. Preceptorial no SUS*: caderno do curso 2017 – São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017. 70p., p. 13-15. (Projetos de Apoio ao SUS).

LONGHI D. M; OLIVEIRA, J. C.; GALHARDI, M. P.; SANTOS, M. C.; CAPELETTI, N.M.; NASCIMENTO, P.T.A. **Manual de preceptorial** – Integração Comunitária da

Medicina/UFSC. Florianópolis, 2014. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2014\\_23.52.03.c6cebac0e7ddf8e55e9d5baa0e065426.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2014_23.52.03.c6cebac0e7ddf8e55e9d5baa0e065426.pdf). Acesso em 10 out. de 2017.

MANDRA, PP, SILVEIRA, FDF. Satisfação de usuários com um programa de roda de conversa em sala de espera. *AudiolCommun Res.*, n. 18, v. 3, 2013.

MEGALE, Luiz; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). *Rev Bras Educ Med*, v. 33, n. 2, p. 166-75, 2009.

NALOM, Daniela et al. O registro do portfólio indicando a aprendizagem na prática profissional. *CIAIQ 2017*, v. 2, 2017.

NORCINI, J., ANTJ, B., BOLLELA, V., BURCH, V., COSTA, M. J., DUVIVIER, R., et al. Criteria for good assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, 33, 206-214, 2010.

NORCINI, J., BLANK, L., DUFFY, F.D., FORTNA, G. S. The mini-cex: a method for assessing clinical skills. *Annals of internal medicine*; 138 (6): 476-481, 2003.

PANÚNCIO-PINTO, M.P.; TRONCON, L.E. de A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. *Medicina* (Ribeirão Preto), v. 47, n. 3, p. 314-23, 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/>

PIZZINATOIII, Adolfo et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1 Supl 2, p. 170-177, 2012.

Projeto Aplicativo: termos de referência/ Gilson Caleman ... [et al.] 1. Ed., 1 reimpr. – São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016. 54p. (Projeto de Apoio ao SUS).

RODRIGUES, C.D.S. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, 2012. 100f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

RUSSELL, M. K; AIRASIAN, P. W. Avaliação em sala de aula: conceitos e aplicações. 7ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2014.

SARRETA, FO. Perspectivas da educação permanente em saúde. In: Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.

SKARE TL. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. *Rev. Med. Res.*, Curitiba, v.4, n.2, p. 116-120, abr./jun. 2012

VASCONCELOS, A.C.F.; STEDEFELDT E.; FRUTUOSO, M.F.P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 147-58, 2016.

XAVIER, L N et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 13, n. 1, 2014.

ZEFERINO, A. M. B., DOMINGUES, R. C. L., & AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev. bras. educ. méd.* 2007; 31(2), 176-179.