

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Universidade Estadual do Ceará

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMILIA ROSANE DE LUCCA MAERSCHNER

PRECEPTORIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FORTALEZA – CEARÁ ABRIL 2014

ROSANE DE LUCCA MAERSCHNER

PRECEPTORIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Área de Concentração: Educação na Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Annatália Meneses de Amorim Gomes

FORTALEZA/CEARÁ ABRIL/2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Maerschner, Rosane de Lucca.

Preceptoria no Programa de educação pelo trabalho na perspectiva dos profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Rosane de Lucca Maerschner. - 2014. 1 CD-ROM: il.; 4 % pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 105 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Educação na Saúde. Orientação: Prof. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes.

 Saúde da Família. 2. Ensino em Saúde. 3. Preceptor. 4. Educação Permanente. I. Título.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS





Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho na Perspectiva dos Profissionais de Saúde."

Nome da Mestranda: Rosane de Lucca Maerschner.

Nome do Orientador: Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes.

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes
(Orientadora)

Profa. Dra. Vultura de H-C Barreto
Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
(1º membro)

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (2º membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais

(Suplente)

Data da defesa: 29/04/2014

AGRADECIMENTOS

Percorrer caminhos de aprendizado sempre me inspirou nesses anos de vivência na Saúde Pública. Iniciar o Mestrado Profissional foi uma decisão difícil, pois estava em ativa atuação na gestão municipal. Sabia que enfrentaria momentos complicados, mas encontrei, nesse caminhar, muitas pessoas que me incentivaram e me apoiaram.

Manifesto aqui meus agradecimentos a muitas dessas pessoas que vivenciaram de uma maneira ou de outra esse percurso.

Ao meu marido Haroldo Pontes, companheiro e amigo de todas as horas, agradeço pelo estímulo, desde o primeiro momento. Sempre com palavras de animo, suavizou os momentos mais tensos. Grata pela compreensão e suporte amoroso e firme. Vamos em frente com mais essa conquista, fruto da união e amor que existe em nossa relação.

Aos meus filhos Laila, Leonardo e Maira, o sentido da minha vida. Obrigada pelo apoio, colaboração e compreensão das ausências, mesmo estando presente. Feliz em vê-los nos caminhos da vida, independentes, amigos, solidários, inteligentes e prontos para o mundo.

À minhas irmãs, aos meus cunhados, aos meus sobrinhos e às minhas sobrinhas que mesmo estando longe, acompanham minha caminhada. Grata pela solidariedade, e certa de que entenderam os esporádicos contatos, e se orgulham dessa minha vitória, pois sabem das dificuldades que sempre foi compatibilizar estudos com as necessidades da vida, nesses anos todos até aqui.

À minha mãe (in *memorian*) que com sua humilde sabedoria me ensinou o caminho da retidão e da solidariedade e ao meu cunhado Antônio Carlos *(in memorian)* pelo cuidado e carinho que demonstrou por mim em vida.

Ao Dr. Mota Pontes e Teresita, pessoas lindas que sempre me acolheram. Agradeço a partilha dessa alegria e a preocupação comigo, sempre externada com muito carinho.

Às minhas amigas e amigos da SER VI, que comigo estiveram durante bons anos: garra, ânimo, alegria, compromisso, dedicação, eram nossos lemas.

Deixo um agradecimento coletivo a toda equipe técnica e apoio administrativo. Reservo uma gratidão enorme por terem me ensinado, que a atuação em equipe é gratificante e torna o trabalho mais leve e poderoso e, também, por terem aceitado os vários desafios propostos e acreditarem na transformação.

Em especial a Selma e Adna que comigo partilharam muitas dores e também alegrias, e que muito me incentivaram a fazer esse mestrado, agradeço por isso e por todos os momentos de criação que tivemos.

Agradeço à grande amiga Evelyne Bastos, por fazer parte da minha vida e por tudo o que por fez por mim nessa produção. Compartilhando as minhas aflições nos momentos de fraqueza, lendo meu trabalho e colaborando na construção desde o inicio. Acolhendo-me, ouvindo e afirmando que eu ia conseguir e que tudo ia dar certo, confiando no meu potencial. Grata por essa solidariedade.

Às amizades conquistadas na turma do Mestrado! Como foi bom esse convívio multiprofissional e cultural, muito aprendizado. Trocamos conhecimentos, experiências, alegrias e partilhamos desejos, sonhos e ideais. Guardarei todos vocês para sempre no meu coração. Mas dentre todos, um em especial se destacou e um elo se formou, descobrimos afinidades e nos aproximamos. Riksberg Cabral, amizade sincera, e muitas e muitas conversas sobre nossos projetos profissionais, feliz por sermos amigos.

Agradeço aos colegas da Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará, atuais companheiros de trabalho. Grata pela compreensão das ausências, na certeza da solidariedade. Agradeço especialmente à Amanda Frota, Luisa Cela e Nara Góes. Lindas amizades, companheirismo e aprendizado estão se consolidando. Obrigada pelo apoio nesse momento. Agradeço também aos residentes, na esperança da compreensão de todos pelo meu afastamento nos últimos tempos.

A todos os professores do Metrado, pela ousadia em desenvolver com profissionalismo essa primeira turma. Em especial à Professora Ana Patrícia, pessoa sensível, inteligente, que nos acolheu e nos ensinou, sempre com alegria e disposição. Grata pela maneira como conduziu o curso e a compreensão das nossas

manifestações estudantis. Obrigada pelo apoio e colaboração nesse final de percurso.

À Claudinha, secretária do Mestrado, obrigada pela sua paciência, pelas informações, sugestões e organização dos momentos presenciais, sempre com simpatia e delicadeza.

À professora Rocineide, que por meio da sua vivência e ampla experiência profissional na consolidação do SUS, muito contribuiu nesta construção desde a banca de qualificação. Muito obrigada pela disponibilidade e ensinamentos.

À Professora Ivana Barreto, profissional detentora de uma carreira de dedicação e luta por um Sistema de Saúde de qualidade e grande defensora do ensino em serviço. Agradeço a oportunidade de melhorar esse trabalho com suas relevantes considerações.

Agradeço a todos os trabalhadores do SUS da Regional VI, em especial aos que participaram dessa pesquisa; grata pela disponibilidade e a forma carinhosa com que fui recebida em todas as unidades, por onde andei. Grata pelo grande aprendizado que tive com vocês.

Enfim, agradeço à minha orientadora, Professora Annatália Gomes, sem a qual esse trabalho não teria chegado ao fim. Obrigada pela sua amorosidade, paciência, incentivo. Obrigada pela sua dedicação, pelas palavras de conforto quando eu fraquejava; pelo respeito quando precisava dar um tempo nos estudos; por me fazer sentir tão bem nas orientações. Quanta sensibilidade e inteligência. Tudo o que eu disser aqui não será suficiente para manifestar o meu sentimento. Sinceramente grata por todos os momentos e pela amizade que nasceu entre nós. Suavidade é a palavra que define nossos encontros.

RESUMO

Objetivou-se compreender a percepção de profissionais de saúde na função de preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde, identificando as práticas exercidas, potencialidades, desafios e significados do exercício de preceptoria. O SUS tem como competência a formação de seus profissionais. No sentido de aproximar academia ao serviço e comunidade, influenciar a aprendizagem do estudante e promover remodelagem curricular, buscando formação de profissionais com perfil adequado às necessidades do sistema de saúde, o Ministério da Saúde institui esse Programa. A Estratégia Saúde da Família emerge como possibilidade de reestruturação dos serviços e novas práticas de intervenção na atenção à saúde. Sendo potencial cenário para reflexão da formação e qualificação dos serviços, o PET-Saúde propõe que estudantes da área da saúde atuem nos serviços, realizando ações de pesquisa, extensão e intervenção, tendo como preceptores profissionais vinculados à ESF. O estudo desenvolveu-se em uma Coordenadoria Regional de Saúde, do município de Fortaleza-CE. Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, cujos sujeitos sociais foram profissionais que executavam as práticas. Utilizou-se para coleta de dados entrevista semiestruturada, gravadas e transcritas. A organização e análise dos mesmos fundamentam-se na perspectiva crítica reflexiva da Análise de Conteúdo Crítica. Foram entrevistados 15 preceptores, lotados em Unidades de Saúde, que atuaram por pelo menos um ano nessa função. Os resultados apresentaram que esses preceptores eram motivados a participar do PET, através da oportunidade de reaproximação com a universidade e da qualificação profissional. Proporcionava movimentos de mudanças na rotina e estímulo ao trabalho. A rotina desmotivante era renovada com a presença dos estudantes, que traziam à juventude ideias novos e novos olhares no desenvolvimento das atividades. Eles se reconheceram como responsáveis no intercâmbio do aprendizado e mostraram-se preocupados com a qualidade da formação dos acadêmicos. Interagiam com a comunidade através de ações de prevenção e educação em saúde, a partir das necessidades surgidas no planejamento, e os estudantes eram incentivados a participar de ações rotineiras do serviço. Algumas relações se entrelaçam, além dos estudantes, havia a relação com tutores, gestores e outros profissionais. A relação com tutores era boa, porém necessitava de maior proximidade deles no cenário de prática. A relação com gestores poderia fluir bem, colaborando na interação ou criando barreiras. Nessa função, superavam o sentimento de isolamento no trabalho, experimentando atuação em equipe multiprofissional e atitudes colaborativas na relação com os acadêmicos. Contribuíam para o aprendizado do aluno, respeitavam e fortaleciam suas potencialidades e diferenças. Caminhavam para possibilidades de lidar com novos olhares e gostavam disso. Mostraram dificuldades com questões relacionadas ao incentivo e à disponibilidade de tempo dos alunos. Mudar práticas instituídas, contudo, não é tarefa fácil. Avaliaram que o programa ao sair da Unidade esmorecia, e as atividades voltavam à rotina. Há necessidade de melhor formação sobre metodologias científicas e pedagógicas. O programa é potente, mas é necessário implementar gestões dialógicas para melhor circulação das potencialidades do PET nos serviços.

Palavras-chave: Saúde da família. Ensino em Saúde. Preceptor. Educação Permanente.

ABSTRACT

The object of interest of our study was to understand the perception of the health care professionals as preceptors in the Education Program through Work (PET-Saúde), identifying the practices, the potentialities, the challenges and the meaning of the exercise of the tutoring program. The SUS (Unique System of Health Care, in Portuguese) has as a competence the instruction of its professionals. In the sense of bring academy and community closer, to influence the learning process of the student and promote a curricular remodeling, is that the Ministry of Health Care creates this Program. The Family Health Care Strategy emerges as a possibility of restructuring the services and bringing new intervention practices in health care. Being a potential ambient to the reflection and qualification of services, the PET-Saúde proposes that students in the health care area act in the services making research, extra studies and intervening socially, having as tutors the professionals connected to the ESF. The present study was developed in a Regional Executive Health Board (Secretaria Executiva Regional de Saúde - in Portuguese), in Fortaleza. It is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, where the social subjects are actual professionals that execute the practice. We used semi structured interviews, taped and transcripted to collect the data. The critic perspective of the Critic Analysis of Content, from Minayo, underlies the organization and analysis of it. Fifteen preceptors, working in Unities of Health Care and in this position for at least one year, were interviewed. The results showed that this tutors have the motivation to participate in the PET, through the opportunity of rapprochement with the academy world and the professional qualification. It also provides changing features in the everyday work routine, and stimulates work. The demotivated routine gets renewed with the student's presence; they bring in youth, new ideas and fresh eyes to the development of the activities. The preceptors hold themselves responsible to the interchange of knowledge, and show concern with the education of this academics. They interact with the community through prevention and health care education actions, basing them on the necessities that appear in the planning moment, and those students are invited to participate in this routine actions. The relationships that emerge in the program are many, between students, preceptors, other professionals, and among all of them. This relationship with the tutors is good, but a deeper proximity in the practical scenery would be ideal. This relationship can determine if walls or a good interaction will be built. In this role, they don't have the feeling of isolation that their jobs can offer, but try team work in a multi professional environment with the collaboration from the academics. They contribute to the educational growth of the students, respect and strengthen their potentialities and differences. They walk towards the possibility of dealing with other ideas and thoughts, and appreciate this. Change established ways, though, is not easy. The tutors show difficulties they have about time with the students and the encouragement, or lack of it, that they have to participate on the program. Also, when the program leaves the health care unity it dismays, and routine is once again restored. There is a need of better formation, especially about scientific methodologies and pedagogic ones. In conclusion, the program is strong, but it's necessary to implement managements that welcome dialogs, and so all the potential that PET has will fully circulate among the health services.

Key words: Family health care. Health teaching. Preceptor. Permanent education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS Agentes Comunitários de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CSF Centro de Saúde da Família

CINAEM Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico

CNE Conselho Nacional de Educação

CORES Coordenadoria Regional de Saúde

DCN Diretrizes Curriculares Nacional

DEGES Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EPS Educação Permanente em Saúde

ESF Estratégia de Saúde da Família

IES Instituições de Ensino na Saúde

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan Americana de Saúde

PET-Saúde Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

PRÓ-Saúde Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde

RAS Redes de Atenção à Saúde

SER Secretaria Executiva Regional

SGETS Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SMSE Sistema Municipal Saúde Escola

SUS Sistema Único de Saúde

UAPS Unidades de Atenção Primária à Saúde

UNIFOR Universidade de Fortaleza

VERSUS Vivência e Estágio na Realidade

VEPOP Vivência em Educação Popular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	GERAL	22
2.2	ESPECÍFICOS	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A FORMAÇÃO	
	PROFISSIONAL	23
3.2	O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO	26
3.3	A PRECEPTORIA: CONCEITOS E IMPORTÂNCIA NOS PROCESSOS	
	FORMATIVOS	29
4	PERCURSOS METODOLÓGICOS	32
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	32
4.2	CAMPO DA PESQUISA	32
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	35
4.5	MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	37
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
6	CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	87
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas bases na luta histórica pela conquista do exercício pleno dos direitos de cidadania em intervir nas políticas públicas do Estado. Essa luta política consolidou a saúde como direito social do cidadão na Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS. O conceito de saúde, apresentado na referida Constituição, instituiu então uma mudança em todo arcabouço jurídico institucional proposto pelos preceitos da Reforma Sanitária, com agenciamento da transformação do modelo de atenção à saúde e participação popular (ANDRADE; BARRETO, 2007).

As diversas maneiras de ver e viver a vida e as transformações sociais que ocorrem ao longo dos anos criam formas diferenciadas de relação com o processo saúde-doença das pessoas e, consequentemente, exigem dos trabalhadores da saúde novas formas de atuação.

A elaboração de diversas políticas e programas de saúde faz-se necessária, para abranger essas relações na área da saúde para alcançar a integralidade da atenção. Assim, o Sistema de Saúde se reorganiza por níveis de complexidade, tendo a Atenção Primária como *lócus* de novos modos de produção de saúde e principal porta de entrada para o Sistema, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma regionalizada, contínua e sistemática (MASSUDA, 2008).

Nessa perspectiva, o Sistema de Saúde brasileiro se constitui na lógica da ampliação do conceito de saúde enquanto qualidade de vida, fundamentados em teorias e práticas construídas no cotidiano dos serviços, com a participação e integração de diversos atores e setores sociais para atender as necessidade de saúde da população ao longo da vida, valorizando as ações de prevenção autocuidado e inclusão dos sujeitos (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Essa organização tende a inverter a lógica da centralidade nas ações do médico, da atenção curativa e fragmentada. Busca a organização e racionalização dos serviços, o trabalho em equipe multiprofissional, a educação

permanente aos trabalhadores para promoção e melhoria da qualidade de vida das pessoas (ANDRADE; BARRETO, 2007).

A ESF nasce a partir da decisão política da implementação dos princípios do SUS, de universalidade, integralidade e equidade e vem para estruturar o sistema público de Atenção Básica, uma vez que houve reorientação das prioridades de ação em saúde e reafirmação de uma filosofia e paradigma inovadores na forma de se produzir saúde. Um modelo de atenção focado na família, na interação com a comunidade e no trabalho em equipe multidisciplinar (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Essas características fundamentam as importantes discussões acerca da formação profissional, que se situa na confluência das marcantes transformações no campo da saúde, impulsionadas por esse conceito ampliado do processo saúde-doença, com toda a sua dinamicidade e complexidade (RIBEIRO, 2012).

A reflexão proporcionada à luz desse paradigma desempenha papel crucial na mudança da percepção sobre a formação em saúde, uma vez que traz como referencial o reconhecimento da saúde como direito; a busca da humanização, da integralidade e da resolutividade da atenção; a incorporação da promoção da saúde, da multipliprofissionalidade, da intersetorialidade e do social como componente da prática profissional em saúde, conceitos que devem ser incorporados na formação dos profissionais (RIBEIRO, 2012).

Ao longo da história política brasileira da implantação de Sistemas e Serviços de Saúde, a discussão sobre mudanças na conformação do ensino da saúde reflete na conformação de projetos e programas para integração ensinoserviço.

A partir da implantação do SUS e firmando-se no artigo 200 da Constituição de 1988, em seu inciso III, que atribui a competência de ordenar a formação na área da Saúde, o Ministério da Saúde (MS) reforça as estratégias e políticas voltadas para formação e qualificação dos trabalhadores para atender às necessidades de saúde da população e superar os desafios do SUS, aproximando os serviços do cenário social (BRASIL, 1988).

Segundo Carvalho e Ceccim (2007), nos anos de 1990, os projetos de integração ensino-serviço reconheceram a inclusão da representação popular no debate sobre a formação, e a discussão passou a ser para além de

uma reforma de conteúdo, uma modificação ideológica, abrindo caminhos de mudanças curriculares (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Importante destacar alguns movimentos ocorridos que impulsionaram o debate em torno da questão formação para o trabalho no SUS, como o da Enfermagem que nessa época propôs a substituição do paradigma da assistência às doenças, pelo paradigma do cuidado humano, introduzindo temas da integralidade e da reforma sanitária (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Merece destaque também o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que inovou, propondo uma reforma da educação nas ciências da Saúde, contribuindo para uma nova teoria científica, introduzindo a diretiva das necessidades de saúde, intervenção integrada das ciências humanas, sociais e biológicas no ideário da formação voltada para os anseios de uma nova prática na saúde (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Iniciativas como a rede de projetos UNI – que reunia projetos de articulação ensino-serviço-comunidade – e a rede de projetos IDA – que integrava projetos de integração docente-assistencial (mais tarde se tornou a Rede UNIDA) – formularam uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Essas iniciativas, mesmo apresentando limites, fazem parte da história dos movimentos de mudança na educação até a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (CARVALHO; CECCIM, 2007).

As DCN propostas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), aprovadas entre 2001 e 2004, apresentam novidades para a formação na área da saúde quando incluem no escopo das diretrizes que a formação deve contemplar o Sistema de Saúde vigente no País, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, incorporando os conceitos da Educação Permanente (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Várias iniciativas se seguiram, cuja primeira Política (não projeto) implementada pelo MS foi o AprenderSUS, que visava aproximar a educação universitária. Essas iniciativas proporcionaram a participação de vários setores da sociedade civil organizada, estudantes, instituições de pesquisa, entre outros, influenciando o recrudescimento das mudanças na saúde,

desencadeando modalidades de aproximação dos estudantes ao serviço, como o Vivência e Estágio na Realidade (VERSUS) e o Vivência em Educação Popular (VEPOP) (BRASIL, 2004).

Apesar desses movimentos de aproximação entre formação e serviço, percebe-se desarticulação entre as definições dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esse descompasso interfere na adequação da formação, de modo que esta acompanhe o mesmo ritmo das mudanças das políticas implantadas, causando distanciamento entre a teoria e a prática (FEUERWERKER, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), lançada pelo MS em 2004 e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 198/2004, vem com objetivo de preencher essa lacuna. Essa Política institui a Educação Permanente como um conceito pedagógico afirmativo, no sentido de efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre a docência, atenção e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social, oportunizando a reflexão crítica sobre o trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações (BRASIL, 2007).

As demandas por mudanças e melhoria institucional baseiam-se na análise dos processos de trabalho, seus problemas e desafios. O velho e o novo se entrelaçam em um eterno desafio de superação do instituído por todos os atores envolvidos no processo (BASTOS et al., 2008). O velho representa as práticas que mantém o modelo biomédico e fragmentado, e o novo, seria a construção das transformações.

Essa superação é necessária, e as pressões da sociedade de qualificar as práticas de saúde e educação impulsionam setores do MS e MEC, no sentido de formalizarem propostas conjuntas para aproximação do ensino-serviço-comunidade para impactar em transformações na educação formal e possibilitar ao longo do tempo a formação de profissionais mais criativos para o enfrentamento dos problemas e uma maior efetividade na resolutividade dos serviços.

O Governo Federal apresenta estratégias para fomentar e produzir articulações e empoderamento da sociedade nesse debate. O Governo Federal desde 2005, por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), vem implementando políticas de incentivo

ao redirecionamento da atenção, priorizando a organização do sistema a partir da Atenção Básica (AB) com incentivo à aproximação do ensino aos serviços de saúde, inicialmente para os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem (BRASIL, 2005). Em 2007, nova Portaria é publicada, ampliando para os demais cursos de graduação da área da saúde.

Ainda com foco na graduação e inserindo profissionais de saúde, inicia-se, em 2009, o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), com objetivo de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS (BRASIL, 2008). Um dos pressupostos abordados na Portaria que institui o Programa é a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho. É dirigida aos estudantes de graduação na área da saúde, com principal perspectiva a inserção precoce de estudante ao serviço de saúde, e das necessidades dos serviços serem fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2008).

O projeto envolve estudantes bolsistas, professores, atuando como tutores, e profissionais vinculados à ESF como preceptores, operando em conjunto nos vários cenários de prática existentes nos serviços e na comunidade (BRASIL, 2008).

Os projetos desenvolvidos são pactuados em comum acordo entre as Instituições formadoras e a gestão municipal e aprovados pelo MS através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2012).

A presente pesquisa teve a intenção de percorrer o PET-Saúde, com enfoque nos preceptores que atuam no projeto desenvolvido entre a Secretaria Regional VI (SR VI) de Fortaleza e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

No exercício da função gestora na saúde, percebe-se o quanto são necessárias modificações nas práticas de saúde exercidas pelos profissionais nos diversos serviços que compõem o SUS, pois, ainda, observa-se a predominância de atenção fragmentada, baseada em atendimentos individuais, pouca interação entre os membros das equipes e destas com a comunidade e baixo compromisso dos trabalhadores.

Essa experiência instiga pensar de que maneira esses profissionais/preceptores inseridos na ESF lidam com os estudantes? Que desafios enfrentam? O que significa exercer essa função na sua vida profissional? Quais potencialidades percebem para o desenvolvimento do seu processo de trabalho?

A partir desses questionamentos e do envolvimento na construção desse projeto na regional definida para o estudo, cresceu a vontade de entender o significado desse trabalho para esses profissionais e compreender a percepção dos mesmos na função de preceptor.

A motivação para estudar a dinâmica dessa preceptoria foi o de aprofundar o entendimento sobre a atuação do profissional preceptor nos processos cotidianos da assistência na Atenção Básica (AB), em um cenário complexo, desafiador e potente, contextualizando as situações de ensino-aprendizagem, segundo o quadrilátero da formação e contribuir para sua melhoria e aperfeiçoamento (CECIM; FEUERWERKER, 2004a).

A possibilidade de perceber como o PET-Saúde pode influenciar na transformação de atitudes dos atores envolvidos e compreender a dinâmica da preceptoria nos processos cotidianos da atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família, constituíram pontos relevantes para realização deste trabalho.

Tradicionalmente, os processos formativos na saúde são realizados por meio de Instituições Formadoras, desenvolvidos em ambientes laboratoriais e pouca inserção na realidade dos serviços de saúde públicos e no território.

O PET tem como um dos objetivos instigar a reflexão nos atores envolvidos - serviço e Instituição de Ensino, sobre a necessidade de inverter essa lógica do uso dos serviços, e potencializar esse espaço como aprendizado voltado às necessidades de saúde. Através do estímulo à construção de atividades na e com a comunidade. Constatou-se por meio da percepção dos trabalhadores a potência desse alcance.

Acredita-se que o exercício dessa função é importante para o alcance dos objetivos do Projeto, pois o preceptor é quem acompanha o aluno nas atividades, com o incentivo de uma bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (MS).

Há na literatura estudos sobre a função preceptora na Educação Médica, porém, poucos sobre as funções e o papel do preceptor neste

Programa e, menos, ainda, com abordagens a partir de percepções e visões desse profissional. Ribeiro (2012, p.81) ressalta que os preceptores têm papel determinante na construção do "isomorfismo entre os processos formativos e aqueles que desejamos possam prevalecer nos serviços de saúde". Concordando com essa dimensão, propôs-se a mergulhar nesse cenário e compreender suas particularidades.

Acreditando ser esse sujeito fundamental, peça-chave para o fortalecimento da integração ensino-serviço e na qualificação dos serviços e fortalecimento do SUS, aborda-se o tema na tentativa de compreender os significados por eles apresentados.

2 OBJETIVOS

2.1GERAL

Compreender a percepção de profissionais da Atenção Básica sobre a preceptoria do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde de uma Secretaria Regional de Fortaleza.

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Identificar os fatores que influenciam o exercício da preceptoria;
- 2.2.2 Verificar as práticas em saúde utilizadas pelos preceptores, visando integração ensino-serviço-comunidade;
- 2.2.3 Descrever os significados de preceptoria na perspectiva dos profissionais de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Sobre a formação dos profissionais da saúde, há consenso entre os críticos da educação, em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. A crítica acerca disso vem se acumulando há muitos anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular (CECIM; FEUERWERKER, 2004b).

O Governo Federal, percebendo a necessidade de modificar a realidade da educação formal frente às críticas existentes e no sentido de promover uma profunda revisão da tradição curricular, lançou, em 1996, a Lei nº 9394, que vai orientar a partir de então as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Essas diretrizes apontam no sentido de uma flexibilização e um novo olhar na organização curricular (BRASIL, 1996).

O Conselho Nacional de Educação, seguindo essa Lei, publica, em 1997, o Parecer nº 776, com as orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Propõe que a nova organização curricular promova no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Induz a implementação de programas de iniciação científica, nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica, incluem dimensões éticas e humanistas, desenvolvendo no aluno atitudes orientadas para a cidadania (BRASIL, 1997).

Os novos currículos devem incentivar sólida formação geral, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas mudanças e transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do exercício profissional. Destaca a importância da articulação da teoria com a prática, estágios e atividades de extensão (BRASIL, 1997).

Na área da saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais da maioria dos cursos de graduação foram aprovadas entre 2001 e 2002 e afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Essa decisão ministerial veio proporcionar, mesmo que tardia se comparada à criação do

SUS na Constituição de 1988, um redimensionamento, uma nova perspectiva na formação na área da saúde (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Ceccim (2004b) afirma que uma política do SUS para a mudança da formação deve, necessariamente, ter em conta todos os elementos que são indispensáveis para garantir o perfil de competências profissionais necessário à consolidação do sistema de saúde. Defende que o princípio da integralidade que norteia a atenção à saúde deveria também ser o princípio da formação dos profissionais, permitindo a transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas. No entanto, essas diretrizes constituem-se em indicação, uma recomendação, não uma obrigatoriedade, já que as universidades gozam de autonomia (CECIM; FEUERWERKER, 2004b).

As DCN abarcam a Educação Permanente como linha pedagógica, propondo que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o das futuras gerações de profissionais. Recomenda uso de metodologias ativas, estímulo à interação ensino-pesquisa-assistência, inclusão de dimensão ética e humanística; e inserção precoce do aluno em atividades práticas de ensino-aprendizagem.

A lógica da Educação Permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional, a capacidade de ampliar a dimensão criativa nos processos de aprendizagem e na docência, no enfrentamento das situações de saúde, do trabalho em equipe, com o fim de melhorar o cuidado e a relação entre os sujeitos no trabalho diário (CECIM; FEUERWERKER, 2004b).

O advento do projeto de Educação pelo Trabalho estimula a parceria entre as instituições formadoras e a gestão dos serviços do SUS para construção do projeto.

Desse modo, transformar a educação e a gestão do trabalho não é questão simples, envolvem articulações das instituições de saúde, instituições formadoras e o controle social na perspectiva da compreensão da relevância e responsabilidade social do ensino (CECIM; FEUERWERKER, 2004b).

O conceito de quadrilátero da formação: ensino - gestão - atenção - controle social é discutido por Cecim e Feuerwerker (2004a) como superação da fragmentação dos processos formativos e da atuação profissional, para o

incremento técnico, a reorganização da rede de atenção em saúde e a interdependência na relação com os usuários (CECIM; FEUERWERKER, 2004a).

Os mesmos autores ressaltam que a qualidade da formação não pode responder apenas às dimensões pedagógicas do aprender a fazer, a ser, a conviver; deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde. Neste sentido, a formação profissional deve estar pautada pelos princípios técnicos, científicos, pedagógicos, éticos, humanísticos e políticos requeridos pelas Políticas de Saúde e por suas instâncias de participação e controle social e pela sociedade em geral (CARVALHO; CECCIM, 2007).

A formação e atuação dos profissionais na área da saúde não podem estar alheias à democracia e ao fortalecimento do interesse da população. A aplicação desse conceito deve ser resultante de ações concretas por parte de todos os setores envolvidos.

As Instituições formadoras devem reformular seus projetos políticos pedagógicos voltados para as reais necessidades da população, buscando formar profissionais com perfil adequado para atuar em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, para uma atenção integral e humanizada.

As gestões devem repensar suas práticas para implementar gerências inclusivas, dialógicas e participativas, fomentando a ética institucional e mantendo adequadamente o funcionamento dos serviços; os profissionais, por sua vez, precisam exercer uma prática humanizada, ética, criativa, implicada, compartilhando saberes e práticas com inclusão dos usuários na condução do seu cuidado; e norteando e definindo conjuntamente os caminhos e as prioridades, devem estar o controle social, movimentos e organizações da sociedade, conselhos de saúde e de entidades, entre outros (CECIM E FEUERWERKER, 2004a).

O papel das práticas educativas deve ser revisto criticamente, a fim de alcançar a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, e atinjam significados e produzam reflexão, viabilizem autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005). O autor motiva o repensar acerca do cotidiano dos serviços à luz da Educação Permanente, quando diz que

tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares como estão/como são, deixar o conforto com as cenas "como estavam/como eram" e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005, p.166).

O que se observa hoje é a tensão permanente existente nos serviços de saúde entre o que se deseja para o Sistema de Saúde e o que realmente acontece.

Para Merhy (2005, p. 172), a educação em saúde e o trabalho em saúde são inseparáveis e produtores um do outro, construindo competência e um "sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo)".

O referido autor afirma que há de se superar dois grandes desafios: o entendimento por parte dos gestores sobre o conceito e a forma de produzir educação permanente em saúde no serviço e a implicação dos trabalhadores no processo de interrogação de si, no agir da produção do cuidado, de modo a provocar e a promover transformações no e do seu cotidiano.

3.2 O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

Os desafios da formação e da consolidação dos princípios do SUS, conforme apresentados no item anterior, impulsionaram o MS a propor processos formativos de educação e de aproximação do ensino ao serviço, através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) (BRASIL, 2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2008; 2010), com objetivo de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2005; 2008; 2010).

Para operacionalizar essas e outras ações de educação em saúde, o MS criou em sua estrutura a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde (SGETS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES).

O planejamento do MS – 2012-2015 – define como objetivo estratégico da SGTES "contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde" (BRASIL, 2012, p.6).

Neste panorama, a SGTES assume papel importante na ordenação da Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, implantando e acompanhando diversos programas, incluindo o PET–Saúde.

O PET-Saúde tem como público-alvo os profissionais do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da Saúde, cujos projetos são desenvolvidos por Instituições de Educação Superior (IES), em parceria com Secretarias de Saúde (BRASIL, 2012).

Os primeiros editais do PET–Saúde, 2009 e 2010-2011, eram independentes do Pró-Saúde, porém, no final de 2011, a SGETS decidiu publicar um edital conjunto Pró-Saúde e PET–Saúde, considerando o planejamento da saúde, segundo as regiões de saúde e as redes de atenção.

O objetivo é promover a interação ensino-serviço-comunidade entre docentes, estudantes de graduação e profissionais, para desenvolvimento de atividades na rede pública dos serviços, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas dos SUS (BRASIL, 2012).

Os objetivos do Programa são vários, passam por fortalecer e estimular a implantação das DCN, fomentar a qualidade da formação docente e profissional para as necessidades do SUS, desenvolver grupos de estudos tutoriais interdisciplinares e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (BRASIL, 2008).

É notório o aumento da adesão e desenvolvimento dos projetos, quando se analisam os dados apresentados pela SGTES que mostram a evolução e o crescimento dos projetos ao longo dos anos e os cursos envolvidos. Os dados estão disponíveis no portal da SGTS, e mostram que houve incremento da adesão de cursos de 345 no edital de 2009 para 545 no edital 2010/2011. Aponta também que somente nos editais do PET – Saúde da Família 2010/2011, Vigilância à Saúde 2010/2011 e Saúde Mental 2011, foram

selecionados em todo o país 250 projetos, envolvendo 709 grupos tutoriais, contando com 709 tutores, 3.434 preceptores, 7.928 alunos bolsistas e 8.712 alunos não bolsistas (BRASIL, 2012).

Os relatórios dos projetos desenvolvidos demonstram como ponto positivo a maior articulação das instituições de ensino com os serviços de saúde e a institucionalização das ações e a participação dos profissionais da rede, na qualificação e no fortalecimento da inserção dos estudantes. Por outro lado, identificam-se questões que dificultam o avanço: a descontinuidade das articulações devido a mudanças de gestores, infraestrutura dos serviços e insuficiência de espaço para participação dos profissionais no desenvolvimento das atividades (BRASIL, 2012).

Conforme o relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II, e o I Encontro Nacional dos coordenadores dos projetos selecionados para o PET-Saúde, assinala como outros desafios as resistências ao modelo de gestão colegiada, a cultura autoritária instituída nos serviços de saúde e universidades, bem como a pouca reflexão crítica sobre os processos de trabalho e suas estruturas compartimentalizadas (BRASIL, 2009).

Mostra, também, que as mudanças no modelo pedagógico dos cursos estão em transição, porém os atores: docentes, discentes e familiares, têm muita resistência às mudanças. O poder centralizado instituído na organização departamental existente nas IES dificulta a implantação de um currículo integrado, sendo ainda um desafio a ser superado. Há distanciamento entre a teoria e a prática. Apresentam a preocupação com a preparação dos profissionais da rede que, muitas vezes, fundamentam sua prática no modelo biomédico, com resistência para modificar o seu processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Percebe-se que o SUS tem, ainda, um longo período de investimento, tanto na qualificação da rede, no perfil de seus trabalhadores, bem como na aposta em propostas para impulsionar, dentro das Instituições formadoras, processos pedagógicos inovadores, para formação de profissionais adequados às exigências da sociedade e da efetiva aplicação das DCN nos cursos da área da saúde.

A partir da incorporação de estudantes aos serviços e o inerente acompanhamento que se faz necessário, a atuação do profissional – preceptor nos processos implantados pode se tornar potente instrumento para o alcance das conquistas desejadas no plano educacional e de qualificação do SUS. Portanto, é fundamental a compreensão das suas funções e dos seus fazeres no exercício de sua prática.

3.3 PRECEPTORIA: CONCEITOS E IMPORTÂNCIA NOS PROCESSOS FORMATIVOS

A figura do preceptor aparece com papel fundamental, principalmente nas residências médicas e, atualmente, nas residências multiprofissionais e no PET–Saúde; a necessidade de se estudar acerca de suas funções e de como a exercem nos processos formativos na área da saúde apresenta-se relevante. Encontram-se poucas referências na literatura sobre o conceito de preceptor, em outras áreas que não a médica.

Conforme estudos realizados por Botti (2008), o conceito de preceptor apresenta várias definições. Alguns designam como aquele profissional que não é da academia e que tem um importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. Outros usam o termo para designar o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades. Ou ainda, aqueles que têm a função de estreitar a distância entre a teoria e prática.

Na literatura médica, encontram-se diferentes funções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudam o graduando e o recém-formado a se adaptar ao exercício da profissão.

Para Botti (2008):

Está claro que o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver problemas cotidianos da atenção à saúde (BOTTI, 2008, p. 365).

Tem como requisitos, conhecimentos e habilidades em desempenhar procedimentos clínicos e competências pedagógicas, atuando em situações clínicas reais.

Em outro estudo, Botti (2011) analisou o papel do preceptor na residência médica, a partir das percepções dos preceptores dos programas de residência em um hospital de ensino, percebendo que esse profissional assume inúmeros papéis, às vezes serve como guia; outras, estimulam o raciocínio, analisa o desempenho, aconselha, orienta, observa, educa.

Enfim, existem muitas interpretações e atuações nesse papel, mostrando que são necessários estudos mais aprofundados para se entender melhor essa importante função, tanto no ensino médico como em outras categorias e processos de formação, uma vez que se entende que é fundamental para a formação a vivência em situações concretas de serviço, como preconiza a Educação Permanente em Saúde.

Na tentativa de verificar os atributos definidos para o preceptor do projeto PET–Saúde, verificou-se que os editais publicados pelo MS exigem que os preceptores sejam vinculados aos serviços em que o Projeto ocorrerá, possua no mínimo especialização e/ou dois anos de experiência em atividades relacionadas ao Projeto, dedicação de oito horas semanais para a preceptoria, que tenham participado da elaboração do Projeto e que sejam selecionados pelas IES (CEARÁ, 2012).

No edital do processo seletivo para Preceptoria PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE 2012-2014, afirma-se que o preceptor deverá contribuir para a integração dos processos formativos existentes nas unidades de saúde, realizando educação pelo trabalho, qualificação do serviço e desenvolvimento de pesquisa, ensino e extensão, com alunos dos cursos de graduação. Deverão exercer as funções de preceptoria em, no mínimo, oito horas semanais no cenário de prática, e quatro horas semanais de atividades de planejamento e avaliação, como parte das atividades inerentes ao subprojeto (CEARÁ, 2012).

O Regimento interno do PET-SAÚDE/FAMÍLIA – UNIFOR – 2010/2011 regulamenta as atividades de tutoria, preceptoria e monitoria no projeto. Quanto à preceptoria, no art. 4°, descreve-se que essa função tem como objetivo a supervisão, por área específica de atuação ou de

especialidade profissional, dos alunos no âmbito da Estratégia Saúde da Família, tendo as atribuições de enviar frequência e relatórios de suas atividades para o tutor; acompanhar, planejar, orientar e avaliar os alunos nas atividades de pesquisa, ensino e extensão; realizar reuniões periódicas com os alunos; divulgar as atividades planejadas e desenvolvidas junto à coordenação da unidade e demais profissionais; submeter todas as atividades planejadas para aprovação na roda de gestão e ao Conselho Local de Saúde; participar de eventos científicos, locais, nacionais, apresentando trabalhos e experiências provenientes de sua atuação no PET; elaboração de relatórios de atividades junto com os alunos.

Ao analisar através desse regimento, constata-se mais um perfil burocrático do que reflexivo/ transformador, um acompanhamento tutoreado pelo professor, distante da prática diária e da realidade do cotidiano de produção de saúde no território vivo e mutante da AB. Contudo, o conhecimento dessa dinâmica pode proporcionar reflexão sobre o que se pretende enquanto objetivos do PET e como esse profissional/preceptor se percebe nesse contexto.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Pela natureza do problema proposto neste estudo, optou-se por utilizar a pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa se propõe a trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, das atitudes, aprofundando a compreensão dos valores culturais e das representações de determinados grupos sobre temas específicos.

A pesquisa qualitativa parte da descrição que intenta captar não somente a aparência do fenômeno, como também sua essência (TRIVINOS, 1992). Algumas pesquisas descritivas, com base em seus objetivos, vão além da simples caracterização do fenômeno, proporcionam uma nova visão do problema, e se aproximam das pesquisas exploratórias (GIL, 2002).

4.2 CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em uma das Secretarias Executivas Regionais (SER) do município de Fortaleza, com profissionais envolvidos na preceptoria do PET-Saúde, que acontece em unidades de saúde componentes da Rede de Saúde do Município, especificamente na Atenção Básica dessa regional.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza é o órgão formulador das políticas de saúde municipal. Segundo o Relatório de Gestão de 2010, o Modelo de Gestão e Atenção à Saúde foi construído de forma coletiva, com a participação dos trabalhadores e o controle social. O referido modelo foi definido como uma política pública que tem como missão o cuidado com a vida em diferentes contextos de vulnerabilidade nos cenários territoriais. O Plano Municipal de Saúde apresenta o Modelo em Rede e expressa a ideia de ser centrado no usuário (FORTALEZA, 2011).

O município de Fortaleza, na época da pesquisa, encontrava-se dividido em seis regiões (referência) administrativas, implantadas desde 1996. Esta divisão foi realizada tendo por base a área demográfica e o número de

habitantes por cada bairro. Desempenham um papel executivo das políticas setoriais. Em cada SER, implantou-se um Distrito de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infraestrutura, que de forma articulada deveriam definir prioridades e metas específicas para cada grupo populacional com prestação de serviços (FORTALEZA, 2007).

A SER VI, denominada a partir de 2013 de Coordenadoria Regional de Saúde (CORES), foi o campo de escolha para o desenvolvimento da pesquisa (DOM, 2013). Apresenta um território com abrangência de 29 bairros e uma população de 541.160 habitantes. Caracteriza-se por ser uma área de muita complexidade, não somente pela dimensão territorial que corresponde a 40,25% da área do município, mas pela diversidade socioeconômica, apresentando locais com características sociais elevadas, condomínios de luxo, escolas privadas, confrontados com áreas de habitações precárias (áreas de risco – ao redor de lagoas e rios), de mutirões habitacionais e favelas (FORTALEZA, 2013).

Na época da pesquisa, o Distrito de Saúde, embora com estreita cooperação com a SMS, não era vinculado a ela, contudo, contribuía na formulação destas políticas, mas, sobretudo, atuava como instância executora das ações de saúde no território.

A Rede de Atenção Básica da Regional do estudo era composta por 20 Centros de Saúde da Família (CSF), 7 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma Oca Terapêutica. Segundo o último relatório publicado, consta que tem em sua composição 60 Equipes de Saúde da Família (EqSF), correspondendo a 44% de cobertura e 42 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), correspondendo a 30% de cobertura (FORTALEZA, 2011).

Para o fortalecimento da responsabilidade do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, na formação de seus trabalhadores e trabalhadoras e contribuir para a formação dos futuros profissionais e discentes, a Gestão delineia e institui o Sistema Municipal Saúde Escola – SMSE, através da Portaria 160/2006.

Esse sistema constitui-se em uma estratégia de educação permanente, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento

profissional (DOM, 04 de janeiro, 2007). Busca garantir a educação permanente como estratégia que vincula os campos da formação, do ensino, da pesquisa e da produção de ciência e tecnologia adequando à assistência e à promoção da saúde no espaço do trabalho, estimula mudanças qualitativas nos processos de trabalho, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde, instituições formadoras e diferentes representações dos movimentos sociais e populares (AQUINO, 2013).

Para maior organização dos estágios curriculares e de outros programas, como o Pró—Saúde e PET—Saúde, as instituições e universidades existentes foram territorializadas, a saber: Universidade Federal do Ceará (UFC) atua na SER I e III; Universidade Estadual do Ceará (UECE), na SER IV e V; UNIFOR, preferencialmente na SER II e na VI. A coordenação dos convênios, tanto no âmbito federal, estadual ou com instituições formadoras (superior e médio) no município eram realizados pelo SMSE.

A partir de 2013, uma nova organização estabeleceu a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), que tem como uma das atribuições promover a integração da rede de serviços de saúde do município de Fortaleza e da educação, integrando ensino e serviço no processo de formação de futuros profissionais atuantes na área da saúde.

A escolha do cenário da CORES VI para o desenvolvimento da pesquisa foi por ser um campo vivo e heterogêneo para atuação da ESF e por contar com estágios curriculares de todas as categorias profissionais da área da Saúde em 18 das 20 Unidades de Saúde e aplicação do PET–Saúde desde 2009 (FORTALEZA, 2013).

Os projetos foram construídos conjuntamente entre a equipe gestora do referido Distrito (SER VI) e a equipe de professores designada pela UNIFOR. Esta universidade é uma Fundação sem fins lucrativos e se destaca por estar implantando modificações nos currículos, conforme as DCN, mesmo antes da iniciativa do PET-Saúde, vindo ao encontro das necessidades de mudanças curriculares.

O contexto no qual os preceptores estão inseridos, portanto, são as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), compostas por três ou mais equipes da Estratégia Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura insuficiente da população.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os preceptores que atuam ou atuaram no projeto PET–Saúde – UNIFOR, desenvolvidos nas várias UAPS existentes na SER VI, entre os anos de 2009 a 2012, que tenham exercido a função por pelo menos um ano. O edital 2012/2014 envolve outros equipamentos da Rede de Atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospital, porém foram entrevistados somente os preceptores que estavam atuando na Rede Básica da SER VI, a fim de priorizar a pesquisa nos processos na ESF, sendo excluídos preceptores envolvidos em outras Redes Assistenciais.

O número de preceptores participantes do PET–Saúde na ESF de 2009 a 2013 totalizaram 32. No período da coleta, quatro estavam de licença saúde ou gestante, um havia sido demitido, dois assumiram cargos gerenciais em outras regionais dificultando o contato, um estava de férias e um não foi localizado. Portanto, dos 23 possíveis participantes, entrevistaram-se quinze. Esse número foi definido de acordo com a saturação teórica, isto é, quando não surgem nos dados novas propriedades e dimensões, e a análise responde por grande parte da possível variabilidade (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Quadro 1 – Quantidade de preceptores do PET-Saúde

N°	Idade	Sexo	Graduação	Pós	Vínculo	Atuação saúde (anos)	Atuação preceptor (anos)
1	46	Feminino	Medicina	Sim	Concursada	20	2
2	32	Feminino	Farmácia	Sim	Comissionada	8	3
3	42	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursada	16	3
4	43	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursada	18	2
5	46	Feminino	Odontologia	Sim	Concursada	23	2
6	34	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursado	10	1
7	34	Feminino	Odontologia	Sim	Concursada	11	3
8	41	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursada	18	3
9	34	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursada	11	3
10	40	Feminino	Medicina	Sim	Concursada	13	2
11	35	Masculino	Odontologia	Sim	Concursado	10	2
12	53	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursada	29	1
13	33	Masculino	Odontologia	Sim	Concursado	10	3
14	34	Feminino	Odontologia	Sim	Concursada	13	2
15	38	Feminino	Enfermagem	Sim	Concursada	12	2

Fonte: relatórios UNIFOR, 2009-2013 SER VI – Fortaleza.

Do total de entrevistados, 13 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Apenas um tinha vínculo comissionado, todos os outros eram concursados. A idade variou de 33 a 53 anos, predominando a faixa etária de 33 a 46 anos. Com relação à profissão, sete eram enfermeiras, duas médicas, cinco odontólogos e odontólogas e uma farmacêutica. O tempo de atuação na saúde era variado, indo de 8 a 29 anos, com predomínio entre 10 e 18 anos de exercício. Quanto ao tempo de atuação na preceptoria, encontraram-se dois com apenas um ano; sete com dois anos e seis com três anos, sendo que apenas dois encontram-se ainda nesse exercício.

Destaca-se o fato de todos possuírem alguma pós-graduação. Dentre os cursos, oito concluíram Especialização em Saúde da Família, três cursaram Mestrado, sendo um em Saúde Coletiva, um em Odontologia Social e Preventiva e outra em Farmácia Clínica. O restante apresentava especialização em outras áreas da saúde, a saber: Saúde Pública, Gestão e Auditoria, Gerenciamento de Unidades de Saúde, Educação em Saúde na Enfermagem. Verificou-se que dos 16 entrevistados, três deles, a época da coleta de dados, exerciam funções gerenciais em UAPS da mesma Regional.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa social trabalha com gente e suas realizações, compreendendo-os como atores sociais em relação (TRIVIÑOS, 1992). No campo, estes fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação com o pesquisador, resultando em um produto compreensivo (MINAYO, 2012).

Triviños (1992) propõe a entrevista semiestruturada para o enfoque qualitativo, porque ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias. A entrevista semiestruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e permite a relevância na situação do ator.

Optou-se por utilizar as técnicas de entrevista semiestruturada por se adequar ao objetivo do estudo. Elaborou-se um roteiro composto de duas partes. A primeira diz respeito à identificação dos profissionais, enquanto a segunda consiste na entrevista semiestruturada com seis perguntas abertas

que possibilitou ao entrevistado discorrer abertamente sobre o tema (APÊNDICE A).

Essa técnica permite, por meio de perguntas fechadas e abertas, que o entrevistado discorra sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Fornecem informações diretamente construídas no diálogo e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (MINAYO, 2012).

Previamente, entrou-se em contato com o profissional, agendaramse local e hora mais adequados para os participantes. As coletas foram realizadas em locais que garantiram as condições adequadas para o sigilo ou interferências de terceiros nos momentos das entrevistas. As mesmas foram gravadas em áudio digital, após autorização expressa pelo entrevistado. Não houve recusa e todas as entrevistas ocorreram adequadamente.

4.5 MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para analisar os diversos aspectos trazidos pela técnica de coleta, utilizou-se a abordagem de Análise de Conteúdo Crítica (MINAYO, 2010). A partir desse método, pôde-se caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (GOMES, 2012).

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador penetrar no mundo das relações, representações e intencionalidades humanas. Permite interpretar os significados manifestos e desvelar os ocultos para que se descreva, analise e interprete a experiência do sujeito da forma mais aproximada da realidade vivida (MINAYO, 2010).

Optou-se por realizar as transcrições das entrevistas, como um modo de se aproximar do material coletado, iniciando uma escuta intensa e profunda. Após a transcrição, mergulhou-se no conteúdo, apreendendo a visão do conjunto, as diferenças e as convergências, decompondo os dados e fazendo a relação entre as partes. Os discursos dos entrevistados foram confrontados entre si, buscando o sentido das falas e ações para além do exposto e procedendo à classificação por diferenciação e depois reagrupamento.

Segundo Minayo (2010), a interpretação consiste em relacionar as estruturas semânticas, as estruturas sociológicas, articulando a superfície do texto descrito e analisado, com os fatores que determinam suas características. Na etapa final, elaboraram-se os eixos e as categorias e procedeu à análise dos resultados, dialogando com os objetivos da pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e após aprovação, conforme Parecer número 614.308, e assinatura do Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde, iniciou-se a pesquisa de campo no campo.

Consta, também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme Resolução 466/2012 — Diretrizes e Normas Regularizadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, os quais foram assinados pelos sujeitos de pesquisa, ficando uma cópia com o pesquisador e uma com o sujeito.

As entrevistas foram realizadas e gravadas e analisadas com todo o rigor científico, e as gravações serão arquivadas por um período de cinco anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo aborda as percepções dos profissionais da Atenção Básica acerca das atividades relacionadas no exercício da preceptoria, descrevendo os significados apreendidos por meio das falas destes sujeitos.

Após a análise dos dados, definiram-se três eixos temáticos, que foram subdivididos para melhor esclarecimento em categorias.

Procurou-se adentrar ao mundo da preceptoria, perfazendo o caminho desse preceptor. Conheceram-se as motivações que o levaram a se inserir no PET-Saúde. Apreendeu-se com eles o significado de ser preceptor, identificando as relações e influências nessa função. Identificou-se como desenvolve o contato com os estudantes, suas práticas, desafio e

potencialidades. As dificuldades que encontraram pelo caminho foram igualmente detectadas, bem como a superação delas. Por fim, identificaram-se questões relevantes que foram consideradas valiosas para incluir, uma vez que emergiram ponderações avaliativas acerca dos processos vivenciados.

Eixos Temáticos e Categorias do estudo (quadro 2)

Eixos temáticos	Categorias
Significados da atividade de preceptoria na Atenção Básica	Motivações e possibilidades de mudanças Ser preceptor: articulador e facilitador do processo de ensino aprendizagem no PET-Saúde
	A preceptoria e suas interfaces no trabalho em saúde
 Práticas de saúde no exercício da preceptoria no PET-Saúde: desafios e potencialidades 	Ações visando integração ensino-serviço- comunidade
	Do isolamento à prática multiprofissional: "eu consegui sair da caixinha"
	Dificuldades no exercício da prática de preceptoria no PET-Saúde
Um olhar avaliativo do preceptor no PET-Saúde	Compartilhamentos e descontinuidades: "Cada um fica no seu canto" Preparação para o exercício da preceptoria

5.1 SIGNIFICADOS DA ATIVIDADE DE PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Buscou-se na literatura autores para compreender, por meio de trabalhos relacionados, o que existe a respeito de 'significado' e 'sentido' no trabalho. Encontrou-se o estudo realizado por Tolfo e Puccinini (2007) sobre os sentidos e significados que trabalhadores dão ao trabalho. As autoras identificaram que, muitas vezes, essas duas palavras são utilizadas como sinônimos; contudo, adotaram, para melhor esclarecer os termos, que o conceito de significado está ligado ao entendimento social do que seja trabalho; ao passo que o sentido é representativo de uma dimensão pessoal (TOLFO; PUCCININI, 2007). O dicionário Aurélio define sentido como 'a razão de ser'; e

significado, como 'ter o sentido de' (FERREIRA, 1986). A partir dessas considerações, decidiu-se pelo conceito e pela terminologia de significado, para trazer à tona as significações dos sujeitos sobre o exercício da preceptoria no PET-Saúde.

Apreende-se que os significados de preceptoria na Atenção Básica estão impregnados pela construção dialética das relações existentes no mundo individual e coletivo, no qual esses profissionais estão inseridos, e que trazem consigo, toda uma gama de desejos, interesses e compromissos.

Um dos significados revelados foi o das motivações e possibilidades de mudanças, despertados e acionados na vivência da atividade de preceptoria.

5.1.1 Motivações e possibilidades de mudanças no cotidiano do trabalho

O processo de inserção dos trabalhadores no PET na Regional em estudo aconteceu por meio de seleção realizada em parceria com a instituição formadora e a Gestão do Distrito de Saúde. Na época, as Unidades de Saúde que participariam do Programa eram definidas pelos gestores em consenso com a IES e, a partir de então, se oferecia a oportunidade para os trabalhadores dessas unidades a participação no processo seletivo.

A inserção desse profissional ocorria após definição do projeto a ser desenvolvido na Unidade de Saúde. O profissional selecionado iniciava, assim, sua vida como preceptor. Após o término deste processo, o candidato entrava em contato com os detalhes do programa e das ações, pesquisas e intervenções sob sua responsabilidade.

Conhecendo, então, como esses profissionais se inserem no Programa, buscaram-se compreender, a partir das narrativas, quais motivações levaram os participantes a pleitearem e se envolverem nesta atividade de educação pelo trabalho.

Deste modo, a escolha da preceptoria como atividade relevante na vida dos sujeitos consistiram como motivação, a busca de uma reaproximação ao mundo da universidade, por meio da relação com os estudantes e tutores e participação em cursos oferecidos, visando melhorar a qualificação profissional e seu currículo, pois vislumbravam a continuidade dos estudos, como Mestrado e Doutorado.

Busca de retorno aos estudos (E6).

Pra mim foi bom para o currículo, por esse aprendizado, a gente fica muito tempo aqui na unidade e a gente não consegue fazer pesquisa, se aprofundar em um determinado assunto mais cientificamente e com os alunos a gente tem muito esse aprendizado, isso me incentivava muito (E5).

A titulação de ser preceptor foi muito importante (E4).

Aí eu me estimulei para fazer mestrado, quando passei no mestrado eu já estava no final da preceptoria (E14).

Era a chave da porta para o Mestrado (E9).

Corroborando com os achados, estudo semelhante realizado na rede básica de saúde no Rio de Janeiro observou que os profissionais entendem a preceptoria como uma das suas atribuições no serviço, e levantaram como um dos pontos positivos para motivação a possibilidade de incremento profissional e a melhoria do atendimento (TRAJMAN et al., 2009).

O espírito de renovação, o fato de sair da rotina e de fazer algo novo, um movimento de desestabilização da rotina, de fazer coisas diferentes, é um grande impulsionador para os trabalhadores nessa função:

Trouxe estímulo para ir trabalhar, ia trabalhar mais satisfeita, desempenhando uma coisa que era totalmente diferente para mim (E 9).

As pesquisas realizadas por Tolfo e Piccinini (2007) sobre o sentido e significado do trabalho apontam na direção de que o prazer no trabalho é fundamental para a manutenção da saúde. Identificam que ele é central na vida do ser humano, do ponto de vista psicológico e sociológico. Se o trabalho é reconhecido como obrigação e necessário para sobrevivência, deixa de fazer sentido enquanto processo de criação e interação, para se reconhecer enquanto ser social.

O exercício da preceptoria parece possibilitar certa ruptura na rotina alienante dos serviços de saúde, o que pode abrir brechas para um trabalho vivo em saúde (MERHY, 2000), pois a participação e a contribuição do profissional no campo da preceptoria contribuem para um maior estímulo ao desempenho das atividades cotidianas inerentes ao seu papel profissional.

Esse movimento de mudança provoca "desestagnação" pessoal e também no processo de trabalho, acarretando sentimentos que passam pela angústia, insegurança, preocupação, aos sentimentos de alegria, encanto, satisfação, valorização, prazer, anunciados nas falas:

A gente tinha uma limitação de conhecimento isso gera um pouco de angustia (E11).

Fiquei nervosa, me estressei, porque tive que voltar a estudar, a gente fica meio parado e me preocupei em voltar a estudar (E3).

No início, você fica meio temeroso de estar enfrentando situações novas (E13).

Quando a unidade foi uma das escolhidas para fazer parte do PET, eu fiquei super feliz, entusiasmada e valorizada (E9).

Me sentia feliz, não era um fardo, participava com maior prazer (E7).

A possibilidade de estar com alunos, me impulsiona, me encanta essa troca com eles (E8).

Foi a melhor coisa que me aconteceu (E2).

Esse olhar de implicação dos sujeitos em sua satisfação neste trabalho é complementado pela perspectiva vocacional e visão política de contribuir para a construção do SUS, por meio do exercício das atividades de docência, demonstrando o entendimento do SUS como um espaço formador (BRASIL, 1988, 2007, 2012):

Ensinar é minha vocação, procurando ver a questão da qualidade do serviço (E12).

Considerava-me profissional da saúde tentando melhorar a vida da comunidade, trazer algum benefício pra comunidade... (E11).

Tenho encantamento pelo SUS e acho que tenho que colaborar para a formação dos profissionais no Ceará (E7).

A relação com os estudantes é motivadora na medida em que os preceptores do estudo vivenciaram uma experiência rica, que proporcionou troca e ampliação de conhecimentos, importante estímulo para crescimento intelectual e curricular, pois permite experimentar-se professor, despertou sentimentos de "sentir-se mais jovem".

Para mim foi um ganho muito grande, a gente tem que estar pesquisando, vendo o novo, muito bom pra prática (E12).

Foi uma experiência muito rica e eu faria tudo de novo (E4).

Essa troca com o aluno me impulsiona a buscar coisas novas (E8).

(...) e a gente gostava de se sentir professor... (E9).

Sempre é bom compartilhar, eu me sentia mais jovem, mais cheia de energia, com vontade de fazer bonito, acertar as coisas, faz a gente crescer, me fazia sentir uma nova pessoa lá dentro (E9).

Essas percepções mostram que a relação entre os preceptores e alunos e a participação destes é importante, pois colaboram na realização de suas expectativas em direção à vitalização dos processos de trabalho desenvolvidos na ESF. Em situação de precariedade nas relações de trabalho

e desfalque de pessoal, um preceptor chega a se referir aos estudantes como as próprias "pernas".

Eu já tinha algumas ideias que eu tinha vontade de desenvolver, mas não tinha pernas (E5).

Eu já fazia atendimentos na comunidade, grupos de idosos, e eles vieram somar ao meu trabalho (E1).

A participação no programa do PET-Saúde proporcionou a construção de projetos de pesquisa a partir das experiências vividas, que originaram artigos e apresentações de trabalhos em Congressos, comprovados nos relatórios da Instituição de Ensino (UNIFOR, 2010; 2011; 2012), o que provoca nova dinâmica para a vida profissional.

A gente apresentou muito trabalho em congresso, foi muito rico, nós fomos até premiados com um trabalho que fizemos (E4).

A gente tinha que apresentar um artigo sobre as atividades, intervenções... (E14).

Teve uma atividade que a gente fez e escreveu, que até ganhou um premio, sobre violência [...] Foram dois anos, imagina, toda semana um tema, foi muita produção (E10).

Consideramos essas oportunidades de produção de conhecimentos possíveis estímulos ao preceptor que a partir delas planeja e executa de forma criativa suas atividades. Uma experiência potente para produzir nos sujeitos deslocamentos na medida em que desafia, instiga e provoca reflexão.

Os achados revelaram que alguns trabalhadores decidiram participar do Programa mesmo sem saberem inicialmente o que representava esse engajamento: "foi um tiro no escuro" (E3), e o que os esperava para fazerem de ações práticas, muito mais instigados pelas impressões alheias e influência da chefia.

Quis ser preceptora porque a gente escutava falar... (E15).

Na verdade de primeira, não foi interesse próprio meu, já acompanhava estágios, na verdade, foi a coordenadora que propôs e meio que ela disse que eu tinha perfil, eu não fui atrás, fiz a seleção e entrei no PET (E3).

O estímulo financeiro apareceu como motivador na fala de dois sujeitos que expressaram os ganhos com a "bolsa" como o principal aspecto que os mobilizou para o exercício da preceptoria. O PET prevê como recompensa pelo empenho em receber e orientar acadêmicos, uma bolsa paga pelo Ministério da Saúde. Apesar das atividades serem exercidas no trabalho, ele deve ter disponibilidade de quatro horas semanais de atividades extras fora

do seu horário normal. Entende-se ser justa essa remuneração como incentivo e premiação, pela sua implicação no desenrolar de todas as suas atribuições extras, uma vez que expressam a necessidade de precisarem estudar, se prepararem para ensinar, escrever e pensar nas atividades, além da realização das suas tarefas na assistência aos usuários.

Conforme Chiavenato (1999), as pessoas trabalham em função de certas expectativas e resultados, se dispõem a se dedicarem aos objetivos e as metas da instituição, desde que isso lhes traga algum retorno significativo pelo esforço e pela dedicação (CHIAVENATO, 1999). Em tempos de baixos salários e com acúmulos de funções no trabalho em saúde, em que boa parte do contingente de trabalhadores assume mais de um vínculo ou funções, para aumentar seus proventos, interroga-se: até que ponto o aspecto financeiro está distante de se configurar em atrativo, para a participação destes trabalhadores no Programa? A bolsa do preceptor não constitui um incentivo importante?

Os achados revelaram que a possibilidade de realizar mudanças, atividades novas e diferentes que levassem a transformações no cotidiano do trabalho atraiu os trabalhadores para o Programa. Apresentaram como um processo que poderia motivar o aprendizado, a atualização e aproximação com a universidade, que permitiria inovações, organização no trabalho e benefícios para comunidade, pelas ações realizadas na preceptoria.

Eu ainda não tenho condições de ir pra universidade, é uma forma de eu estar mais perto (E8).

Oportunidade de estar trazendo novo trabalho para a rotina do PSF, trabalhando com os alunos, voltando para universidade... (E13).

Foi isso aí...uma percepção nova (E9).

Uma maneira mais organizada de desenvolver trabalhos aqui (E5).

Mudanças nos processos de trabalho são necessárias, a fim de implementar o SUS, no qual os profissionais ganhem espaços de construir seus processos de trabalho com mais criatividade e autonomia, exercitar sua capacidade de atuar em equipe, no compartilhamento de projetos, com o fim de ampliar o poder do usuário no cotidiano dos serviços, considerando as subjetividades existentes nessas relações (CAMPOS, 2007).

A mudança representa a principal característica da sociedade moderna. É a transição de uma situação para outra. Segundo Chiavenato (1999), as organizações estão impondo um padrão de comportamento criativo

e inovador. Se o mundo mudou, requer mudanças cada vez mais rápidas e exigem transformações na estrutura organizacional. A criatividade e a inovação estão na base disso.

Abriu uma possibilidade de renovação, processos novos, deu uma dinâmica (E7).

O SUS investe, por meio de diretrizes e princípios, nas mudanças necessárias para acompanhar as transformações da sociedade e dos processos de adoecimento, busca implementar diferentes processos no cuidado em saúde. Mas, para alcançá-los, é sabidamente consagrada a inclusão de todos os atores sociais que interagem na sua consolidação. Mudanças são lentas, necessitam de alterações de comportamento e atitudes, e os serviços sofrem com as idas e vindas dos processos políticos que acorrem nas instituições e organizações públicas.

Percebe-se, no PET, investimento para romper resistências e contradições e oferecer sustentabilidade às novas possibilidades de se produzir saúde, ao misturar no ambiente de efetivo exercício dos princípios e diretrizes do SUS, os profissionais e a universidade (por meio dos alunos e professores/tutores), em contato direto com a comunidade, interagindo com ela.

Imprescindível estimular competências capazes de induzir a compreensão e realização de ações para a prática integral em saúde, a partir de uma nova visão na formação, para mudanças e instituir novos modos de produzir saúde (CECCIM, 2004b).

As possibilidades de mudanças percebidas pelos profissionais/preceptores como motivação para a adesão ao Programa são corroboradas pelos conceitos de Chiavenato (199), no momento que define a mudança como transformação, interrupção, perturbação, ruptura, uma abdicação do padrão atual de comportamento em favor de um novo padrão.

Era bom estar com gente nova, estar com alunos, traz novas experiências, voltar a estudar (E11).

Me impulsiona buscar coisas novas e não me acomodar (E8).

Sempre você pode estar aprendendo coisas novas, sair da rotina, fazer coisas novas (E14).

Oportunidade de estar trazendo novo trabalho para a rotina do PSF (E13).

Mudança é a fase em que novas ideias e práticas são apreendidas e as pessoas passam a pensar e agir de uma nova maneira. No caso do PET, o agente de mudança é a presença do acadêmico no dia a dia da unidade e o preceptor no papel de condutor do processo de ensino-aprendizagem, no qual um estimula o crescimento do outro, sob a supervisão de um tutor. Isso é apresentado como uma motivação importante e deve ser considerada como um dos significados de maior relevância no exercício da preceptoria no Programa.

5.1.2 Ser preceptor: um articulador e facilitador do ensino-aprendizagem no PET- Saúde

Para compreender o que o Programa determina como a função do preceptor, buscou-se nos editais e portarias. Encontraram-se orientações sobre a dedicação de horários e atribuições gerais:

Requer-se do preceptor a realização de educação pelo trabalho e espera-se a qualificação do serviço e desenvolvimento de pesquisa, ensino e extensão, com alunos de graduação na área da saúde da IES. Além de contribuir para integração dos processos formativos existentes nas unidades de saúde (CEARÁ, 2012).

No que se refere à carga horária:

Deverá exercer as funções de preceptoria por no mínimo oito horas semanais no cenário de prática e quatro horas semanais de atividades de planejamento e avaliação (CEARÁ, 2012).

O Regimento Interno PET-SAÚDE 2010-2102 da IES vinculada à Secretaria Regional de Fortaleza onde o presente estudo foi realizado, estipula nos artigos 4º e 5º, as atribuições do preceptor: supervisionar, acompanhar, planejar, orientar e avaliar os acadêmicos nas atividades de pesquisa, ensino e extensão desenvolvidas; realizar reuniões com os estudantes, sem prejudicar suas atividades assistenciais; divulgar para o coordenador, profissionais e conselho local seu cronograma; participar de eventos científicos, apresentando trabalhos produzidos a partir das experiências vividas e relatar todas as atividades e produções para a coordenação do programa, bem como controlar a frequência dos bolsistas.

Não se encontrou orientação publicada pelo Ministério da Saúde que normatize as atribuições, ficando a cargo de cada Instituição Formadora e as Secretarias de Saúde definir, e muito, para a criatividade do profissional, o que demonstra um dos pontos fortes do programa, uma vez que pode permitir ao

preceptor pensar, inventar e criar com os acadêmicos maneiras de intervenções e cuidados a partir do conhecimento das necessidades dos usuários.

É o componente que faz o intercâmbio entre os conteúdos aprendidos na academia pelos alunos, e sua aplicação prática na realidade dos serviços.

Analisando as manifestações da inferência das leituras e interpretações que se fiz do conteúdo das entrevistas, emergiu o conceito de "ser preceptor" no processo ensino-aprendizagem no PET-Saúde.

Ser preceptor é ser um articulador, que apresenta a realidade no contexto do trabalho na ESF e do território adscrito, através do estímulo ao trabalho multiprofissional em equipe, com interação e criatividade, na busca de soluções de problemas de saúde, sendo responsável pelo aprendizado do acadêmico. Respeitando os vários conhecimentos e promovendo a troca de saberes entre todos os sujeitos. É um facilitador do vínculo com os usuários, transmitindo segurança e confiança para o estudante e comunidade, incentivando a pró-atividade, integrando-o ao cotidiano dos serviços e do funcionamento da unidade.

Essa significação vem ao encontro da almejada transformação da realidade da formação em saúde, e pode provocar movimentos no serviço, na gestão e nos acadêmicos; espera-se que a partir dessas vivências, no complexo cenário da AB, os alunos levem para os cursos suas reflexões e inquietações potenciais produtoras de efeitos transformadores no ensino, efetivando a Educação Permanente, conforme preconizado por Ceccim e Feurwerker (2004) para aprendizagem em serviço.

o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática. Uma formação, assim colocada, envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais *em terreno* e dos quadros dirigentes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.50).

Missaka e Ribeiro (2009) perceberam em estudos que a relação preceptor-aluno é importante e decisiva no processo da formação médica, pois é a transição para a prática profissional, exigindo do preceptor habilidades específica. Concorda-se com os autores e compreende-se que essa relação e

habilidades são importantes para qualquer que seja o processo formativo em serviço e devem ser fortalecidas.

Os dispositivos governamentais como o PRÓ-Saúde e PET-Saúde necessitam para sua adequada implementação de profissionais aptos a cuidar, a ensinar e a gerir suas práticas. Incide, portanto, no preceptor qualificado para a ação, que deve desenvolver habilidades para enfrentar o desafio de cuidar da aprendizagem do outro, não como donos do processo, mas como produtores de uma prática reflexiva, do trabalho em equipe, para autonomia e responsabilização (AFONSO; SILVEIRA, 2012).

Além dessas competências e habilidades pedagógicas como preceptor do PET, os profissionais têm atribuições administrativas de gerenciamento do projeto, como relatórios para preencher e entregar à coordenação da IES e o controle da frequência dos monitores no cenário de prática, além de produzir artigos e trabalhos científicos.

O preceptor tem que conviver entre a função de preceptoria e a execução de suas atribuições inerentes a sua categoria profissional dentro da ESF, além de atingir metas e indicadores. No entanto, em vez de causar desânimo nos profissionais, todas essas responsabilidades atraem e o estimulam para o exercício da função, percebendo a vontade de ensinar e aprender, com os desafios e as potencialidades.

Acredita-se que enfrentar esses desafios é importante para o crescimento profissional e o exercício das atividades docentes em serviço, colabora na satisfação pessoal e no estímulo à qualificação das competências e habilidades no desempenho para o cuidado integral na Atenção Básica.

Constata-se isso na manifestação unânime do sentimento de gostarem dessa participação:

Eu gostei de ser preceptora, estar do lado dos meninos, a gente se renova, adorei (E10).

Gostei de ser preceptor, foi uma coisa legal (E13).

Eu gostei, muito bom, foi muito bom na época, eu não fiz mais fazer o PET de Redes, porque tinha um trato, de dar chance aos outros, porque eu já tinha sido, e faltavam outros profissionais participar (E5).

Eu me sinto valorizada, eu gosto de ser preceptora, é um plus (E8).

Esse fato revela que essa função na Atenção Básica é bem aceita pelos trabalhadores que vivenciaram e/ou vivenciam a experiência, reforçando que a Educação Permanente "é um processo importante na vida dos trabalhadores

em saúde, acontece no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho", gerando mais significado ao dia a dia desses profissionais (BRASIL, 2012, p.39).

5.1.3 A preceptoria e suas interfaces no trabalho em saúde

O campo de atuação dos preceptores é composto de muitas variáveis. Transcorrem pelas circunstâncias e condições de trabalho nas Unidades de Saúde e pela interação do preceptor com tutor, alunos, gestores, profissionais e comunidade, que constituem os atores sociais do Programa. Uma característica fundamental do PET na AB é a possibilidade concreta de integração do ensino com o ambiente de trabalho, por meio do contato dos estudantes com a realidade e experimentação orientada pelo preceptor.

5.1.3.1 Circunstâncias e condições de trabalho do preceptor

Sobre a estrutura do serviço, vislumbram-se algumas dificuldades que podem influenciar nas atividades que devem ser realizadas, porém, não são predominantes e, muito menos, paralisantes no processo de trabalho da preceptoria.

As poucas condições de trabalho, como dificuldade no deslocamento para o território, carência de material didático e educativo, unidades sem infraestrutura adequada para práticas coletivas com usuários e reuniões com alunos foram relatadas.

A gente tem dificuldade com o transporte para ir para as visitas (E9).

A gente não tinha muito apoio, a gente precisava de um apoio logístico mesmo, um impresso, um lugar para se reunir, coisas assim (E5).

A estrutura física da unidade era muito ruim, a gente tinha muita dificuldade (E11).

O que é que eu vou fazer com esses alunos com o pouco apoio que tenho da prefeitura (E3).

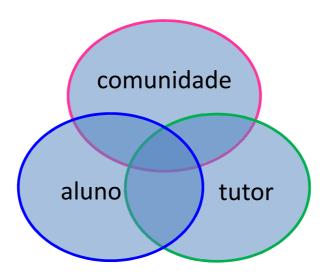
Enfrenta nessa função vários desafios e empreende muita energia para desenvolver essas atribuições; encontra-se no "olho do furação" (CAPOZZOLO, 2003), uma vez que é ampla a complexidade do funcionamento das unidades de saúde.

No decorrer da gestão do Distrito de Saúde da Regional, no período deste estudo, enfrentaram-se várias dificuldades acerca da baixa cobertura das equipes em relação à população. Como anunciado anteriormente, as EqSF da Regional em estudo apresentavam cobertura insuficiente da população. Situavam-se na sua grande maioria em comunidades carentes, em que o tráfico e o uso de drogas eram recorrentes; comunidades morando em locais de risco, situadas ao redor de córregos e lagoas; por vezes, realidades antagônicas ao mundo familiar dos preceptores e dos alunos, além de pouca ou nenhuma articulação intersetorial entre os órgãos públicos na busca da solução dos problemas sociais dos territórios.

Essa dimensão de vulnerabilidade social implica manejo adequado para enfrentar o território, e percebe-se que mesmo frente a essa realidade, preceptores, alunos e tutores conseguem desenvolver bons trabalhos, adquirir e produzir conhecimentos.

Denota compromisso por parte dos sujeitos envolvidos em *"fazer dar certo"* (E9) o Programa, acima das dificuldades que se apresentam.

5.1.3.2 Interação do preceptor com os atores do PET-Saúde – tutor, aluno e comunidade



A presença de tutores é um dos requisitos básicos para o exercício da preceptoria nesse Programa. A Portaria Interministerial (BRASIL, 2008) determina que a IES indique os tutores. No artigo 6º, parágrafo II, expõe-se sobre a função do tutor.

Função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo, dirigida aos profissionais da saúde com vínculo universitário, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais e/ou estudantes que cursam estágios de residência de medicina de família e comunidade ou graduação na área da saúde, que ocorram no âmbito da estratégia Saúde da Família, devendo o tutor acadêmico exercer esta função por pelo menos 8 (oito) horas semanais, como parte de sua atividade universitária, sem detrimento das atividades acadêmicas que já realiza (BRASIL, 2008).

O Regimento Interno, definido pelo Colegiado dos coordenadores do PET-SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA da Instituição conveniada na SER VI, determina que a função do tutor, além das atribuições administrativas de envio de frequência e dos relatórios para a coordenação do PET, tem a função de capacitar os preceptores, acompanhar as atividades de extensão e ensino desenvolvidos no campo, além de orientar e acompanhar alunos e preceptores nas pesquisas e construção de artigos (UNIFOR, 2010).

Trajman *et al.* (2009) apontam que o principal papel das IES deve ser o de fornecer suporte para o preceptor, para que desempenhe com segurança e competência suas atribuições, no caso do PET, isso se dá através dos professores indicados.

Identificou-se que, na quase totalidade, a relação interpessoal foi referida como "boa", "muito boa", "ótima", "excelente". As opiniões convergiram quando se referiram à relação pessoal existente entre eles, mas divergiramm quanto à aproximação ao serviço.

A relação com a tutora foi muito boa, ficava muito indignada com a atenção primária, ela é uma sonhadora. Bacana demais, dava apoio no campo, se tivesse que ir à Unidade ela arrumara tempo e ia (E11).

A minha relação era ótima, mas acho que fica muito distante da unidade, ela não visita, ela poderia estar participando mais, eu sei que ela tem outras atribuições (E8).

A relação com o tutor é boa, mas eu acho que é muito distante, eu acho que deveria descer mais pra unidade de saúde (E6).

Essa dimensão da necessidade de maior aproximação por parte dos tutores nas unidades foi justificada por eles, no sentido de perceberem a importância do conhecimento da realidade e o funcionamento do serviço em ato.

Eu acho que ela poderia estar vindo mais, pelo menos algumas vezes, vendo como a coisa acontece, contribuir, eu sinto distante da vivência, ela não tem aquele conhecimento de como a coisa realmente acontece, o funcionamento da Unidade (E8.

Eu acho que fica uma barreira, a gente conversa tudo, mas eu percebo, assim, que ela tem outra visão, que não é a nossa (E6).

Apresentam a lacuna no sentido da facilitação, apoio e suporte nas fragilidades individuais para o exercício da preceptoria, e a partir da sua visão externa, auxiliar no desenvolvimento das ações.

A primeira era muito boa, mas às vezes, ela se encontrava um pouco perdida no processo; a relação pessoal era muito boa [...] com as outras depois foi bem melhor, me entendiam e me ajudavam nas minhas dificuldades reais, acho que a primeira não sabia como fazer e as outras conheciam mais o PET e passavam mais segurança e suporte (E9).

A tutora era excelente, a gente se comunicava através de e-mails, nas reuniões, agora, eu sinto que ela como uma pessoa mais experiente, ela estava no PET já algum tempo, ela poderia ter frequentado mais a unidade, pra conhecer a realidade, e pra dar a informação dela, ela poderia ter chamado mais a atenção pra alguns pontos que hoje eu vejo que poderia ter feito (E1).

Os preceptores avaliaram que os tutores deveriam ter empatia com preceptor e aluno, colaborando para uma relação saudável entre os sujeitos envolvidos. E ponderaram que esses profissionais estavam sobrecarregados por muitas atribuições, dificultando acompanhamento mais de perto.

O tutor tem que ser um facilitador, pessoa que tenha empatia boa com monitores e preceptores e fique junto, que dialogue (E9).

Gostaria que a tutora estivesse mais presente no cenário de prática; que não fosse tão atarefada (E14).

O tutor deveria estar mais presente na unidade, foi uma dificuldade que eu senti no PET, a tutoria, não no sentido da pessoa, mas a sobrecarga do tutor, que ia poucas vezes à unidade (E2).

Por outro lado, quando a tutoria é presente no serviço, os afazeres do preceptor são potencializados, porque os problemas que aparecem são discutidos e resolvidos com seu apoio, participando da organização das atividades com os estudantes.

A minha relação era muito boa, ela era uma pessoa muito assim, que tanto exigia, como era presente, sempre estava dando apoio, inovando, sugerindo (E5).

A tutora era muito competente, me orientava e tem um conhecimento muito grande do SUS, foi muito participativa, cresci muito com ela (E12).

A tutora ajudava a organizar os processos, acompanhava tudo de perto, acompanhava as pesquisas, não ia muito ao território, chegou a ir...acho importante o tutor ir ao território (E7).

Outro fator identificado na relação preceptor-tutor foi a mudança de tutoria no meio do processo. Quando ocorre, pode atrapalhar o andamento das

pesquisas e o apoio oferecido, uma vez que o novo tutor terá que ter todo um investimento para conhecer o grupo e seu contexto de atuação.

A primeira era excepcional, mas precisou sair, a outra que veio, não conhecia a dinâmica do grupo e aí a gente se sentiu meio abandonado (E15).

Os preceptores percebiam, em alguns casos, um envolvimento maior do tutor no acompanhamento das pesquisas, na construção de artigos e trabalhos para Congressos e menos no apoio das atividades em campo e na unidade de saúde. Isso pode expressar a importância que as publicações têm na vida acadêmica e acredita-se que devam ser analisadas a relevância destas para o Programa. Não que se precise deixar de lado a construção de conhecimentos, mas há que se ter um balanceamento na dedicação do tutor para além das publicações, uma vez que essa construção deve ser embasada em uma vivência concreta, uma inserção e imersão na vida cotidiana da ESF e não como objetivo fim, do PET.

Então eles (os tutores) investiram mais na parte da metodologia científica e menos na parte pedagógica para exercer a função de preceptor (E10).

Essas manifestações acerca da tutoria expressam a importância que os preceptores sentem sobre a sua presença como estimuladores do processo de ensino-aprendizagem, sugerindo a necessidade de melhor definição sobre o perfil e do tempo disponibilizado para essa função e sugere melhor preparação desse tutor para aplicação de tecnologias de integração entre equipe e comunidade.

Em outra instância, a relação com os alunos apareceu como um bálsamo, uma alegria, uma motivação para o trabalho. Os acadêmicos originavam novas possibilidades para a sua vida profissional, trazendo a juventude, o brilho, o conhecimento.

Estar do lado dos meninos, a gente se renova, eu voltei a me sentir jovem, parece que tinha 18 ou 19 anos adorei...(E10).

Eles vinham com sangue novo, passavam experiência para gente, eles vêm com conhecimento, atualizados, é muito valioso (E4).

O bom é essa força que os alunos trazem, o interesse deles, o brilho, a juventude (E11).

Demonstraram ter uma relação respeitosa, estimulante, amorosa. Os preceptores se sentiam felizes durante os encontros.

Eu me dava super bem com eles, essa relação de ser chamada de professora, de senhora, eu nem me achava tão distante, eles tinham certo respeito, eu também era meio flexível, com eles (E14).

Não tinha dificuldade de lidar com aluno, porque aqui já era um campo de estágio, desde que a gente chegou, e aí eu já estava acostumada a lidar com aluno, não tive problema, foi sempre uma relação muito boa, muito respeitosa, sempre tive uma boa relação, eles eram participativos, interessados (E15).

Perceberam as diferenças de cada um e as dificuldades individuais e tentavam fortalecê-los.

Alguns tinham aquela dificuldade mesmo de lidar com a comunidade, não tinham aquela experiência, outros não, parecem que já vinham preparados para aquilo dali, então tinha que trazer conceitos para eles, explicar muitas coisas, como era nosso processo de trabalho, com é a ESF, tinha uma desigualdade de conhecimento e a gente tinha que fazer um nivelamento para eles iniciarem no território (E5).

Tinha uma aluna com mais dificuldade para atuar na comunidade, não falava muito, não era muito dinâmica, mas escrevia melhor que os outros, eu tentava aproveitar essa qualidade dela, então eu tentava ver a capacidade melhor de cada um para conseguir o que tinha que fazer (E14).

Entre preceptores e acadêmicos do Programa, cria-se uma relação de construções coletivas, de companheirismo, de compartilhamento, criam vínculos de amizade.

Eu adoro essa coisa de estar aprendendo com eles, eu preciso deles e eles precisam de mim (E8).

Eu passei dois anos e houve pouca rotatividade dos alunos, isso é muito bom para motivar o grupo, criar vínculos de amizade, isso foi muito interessante (E1).

Até hoje, eu tenho meus ex-alunos no Face (E2).

Os alunos eram vistos como uma ajuda para incrementar a atuação do preceptor na comunidade.

Fizemos uma campanha de conscientização sobre hepatite C, teste rápido, foi muito legal, e tudo foi desenvolvido pelos alunos, eles corriam atrás, iam aos setores, certos para realizar essa atividade (E11).

E aí eu oferecia a ajuda dos meus alunos para outra equipe, era bom porque eles são cheios de ideias, para fazer um grupo de gestantes, ou outra coisas...(E3).

A comunidade era pouco citada pelos profissionais como parceira, o que denotava pouca interação no que se refere ao planejamento conjunto. Realizavam muitas ações 'para ela', mas não 'com ela'. Apareceu mais como receptiva aos ensinamentos do que parceira das atividades:

O benefício para a comunidade é superior ao nosso, realmente eles recebiam as orientações e chegamos até a fazer um curso de saúde bucal (E1).

Eles (a população) não sabiam o que significava a palavra PET, mas sabiam que eram os alunos, aquelas pessoas que eles já tinham um certo vínculo (E9).

Alguns entrevistados referiram que a comunidade era passiva, sem participação. Não compreendia o que os profissionais desejavam transmitir, que necessitavam de uma educação formal sobre o meio em que viviam, e relatavam que a violência existente nas comunidades mais vulneráveis, aliada à falta de transporte institucional, apresentava motivo impeditivo para inserções no território.

A participação da comunidade era complicada, apesar da boa aceitação, não tinha muita participação (E5).

O meio em que o usuário está inserido fala contra tudo aquilo que você está tentando passar, então trabalhar com educação em saúde precisa que a comunidade tenha uma educação formal bem estabelecida (E1).

Todo mundo queria ir para a área e com a questão da violência é um motivo sério na nossa unidade, os alunos com medo, não queriam ir ao próprio carro (E9).

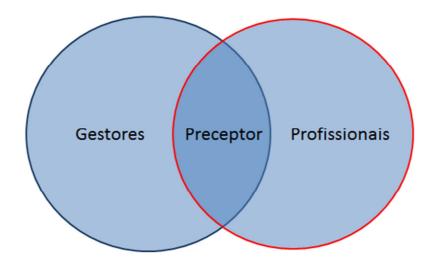
Essa distinção expressada mostra que existia diferenciação nos modos de viver e um abismo cultural dos profissionais em relação às comunidades que atendiam; isso ainda causa um impacto na organização dos serviços, trazendo para as práticas preconceitos sobre o universo popular (BARRETO *et al.*, 2012).

O fomento de projetos que busquem a aproximação entre a universidade, os serviços e as organizações populares é potente estratégia para fortalecer a democracia, a partir do estabelecimento de relações horizontalizadas entre os parceiros (LEITE *et al.*, 2012).

Esse estudo apresenta indícios de que esse projeto ainda não atinge suficientemente a aproximação pretendida com a comunidade, havendo, ainda, distanciamento que não é problematizado pelo tutor.

A superação dessas diferenças deve ser perseguida na gestão dos serviços, bem como estimulada nos processos formativos, a fim de diminuir as distâncias entre os sujeitos, concretizando práticas mais inclusivas.

5.1.3.3 Relação dos preceptores com gestores e outros profissionais



A interação com a gerência local e outros trabalhadores/equipes é apresentada como um desafio para os preceptores. Em Fortaleza, cada Unidade de Saúde é gerenciada por um profissional da área da saúde e, a partir da experiência na gestão dessa SER, os mesmos nem sempre apresentavam perfil adequado para tal função. Algumas dificuldades eram percebidas pelos preceptores, no que se refere ao exercício da função gerencial, uma vez que a indicação política partidária prevalecia e não existia uma preparação introdutória para tal.

O não entendimento da proposta do Projeto, predomínio da visão biomédica, cobrança de atendimentos/procedimentos, não valorização da presença dos alunos e das atividades desenvolvidas fora da unidade foram relatadas pelos preceptores.

Uma dificuldade era a coordenação do posto, dizia que eu ficava com os alunos em vez de ficar atendendo; no pensamento dos gestores de lá era ruim (hoje esse preceptor é coordenador de uma Unidade), hoje poderia ser diferente, eu gostaria de ter o PET aqui onde estou agora (E11).

A coordenação não dava muito apoio, muitas vezes a gente não se sentia apoiado quando saia para fazer atividade do PET, você tinha dois horários no seu trabalho para isso e não era bem visto. Ficava perguntando onde a gente estava, aí parecia enrolação... era muito ruim para gente, geralmente estava numa área, numa escola, num CRAS e às vezes parecia que não era bem visto porque você tinha que fazer suas ações coletivas, independente do PET, eu não podia ficar colocando eles só fazendo isso! Você tinha que fazer outras atividades, e às vezes isso acaba que atrapalhando um pouco...(E5).

Vários autores discutem a importância da gestão dos serviços e seu impacto nas práticas cotidianas. Um dos grandes desafios hoje está na

dissociação existente entre modelos de atenção (modos de cuidar) e de gestão (modos de gestão) (HECKERT; NEVES, 2010).

A racionalidade gerencial hegemônica – termo utilizado por vários autores para se referir às práticas sustentadas no contexto biológico de tratar a doença, priorizando práticas baseadas em procedimentos fragmentados no binômio queixa-conduta – apoia-se segundo Campos (2007), em uma série de arranjos organizacionais voltados para uma verdadeira educação para o servilismo e mediocridade. Formas autoritárias e centralizadas de gestão levam ao empobrecimento do universo de expectativas dos trabalhadores,

Era difícil pra ela (coordenadora) compreender os processos, às vezes ela embarreira algumas coisas, não ouvia a gente (E7).

De modo oposto, quando a coordenação da Unidade compreendia a proposta e era proativa, as ações desenvolvidas conseguiam envolver toda a unidade, os alunos interagiam e os preceptores recebiam apoio de outros profissionais, ao mesmo tempo em que os ajudavam nas suas atividades educativas. Os benefícios para os processos da Unidade eram percebidos.

O negócio foi tomando uma maturidade tão imensa que a coordenadora no final queria que a gente ajudasse na coordenação, nos grupos, eles se integraram na territorialização do posto, no acolhimento, construíram a sala de situação, nas campanhas, para tudo nós éramos chamados (E2).

Percebeu-se que nesses locais, existia maior colaboração interprofissional, fosse pelo perfil dos mesmos, fosse pela disposição integradora da coordenação local.

Eu ouvi que em outros locais, que com outros profissionais que não eram do PET ficava aquele clima...mas na minha unidade, quando a gente ia para roda de gestão, e tinha um problema, programar alguma atividade educativa, o PET era lembrado, eles eram muito requeridos por todos, colaboravam com todas as equipes, então eu não notei dificuldade (E14).

Segundo Ellery (2012), a atuação colaborativa é expressa em atividade interprofissional, que é baseada na integração de conhecimentos e permeada pelos desejos, compromissos e afetos desenvolvidos entre os trabalhadores de um mesmo espaço. Compartilhar práticas e saberes mobiliza sentimentos dos profissionais que podem facilitar ou dificultar a interprofissionalidade e, consequentemente, uma atuação colaborativa (ELLERY, 2012).

Alguns preceptores não mencionaram dificuldades com a gestão, porém expressaram sentimento de não conseguirem envolver, sensibilizar outros profissionais.

Enquanto preceptor, não demos retorno das pesquisas, verdade seja dita, não sei os motivos, sinceramente, a gente apresentava tudo para IES, tinha na regional, mas na unidade mesmo, entre equipes, não...a gente levava as coisas, mas achava que quem não era do PET, não achava que era importante; então a gente não tinha o envolvimento de outros profissionais, exceto o pessoal da minha equipe, eles tinham que se inserir de qualquer forma, porque a gente fazia os projetos para a comunidade que eu trabalhava, mas a equipe que não tinha PET, não tinha adesão, não sabia nem o que o PET estava fazendo, a gente tinha a roda geral, apresentava tudo, mas ficava por aí, a gente fazia nosso trabalho, os alunos andavam dentro da unidade, e aí ficava no escuro (E3).

A gente não sabe se a gente está conseguindo sensibilizar as pessoas, que deem continuidade ao trabalho, mas eu acho que a gente pretende fazer é que fique realmente alguma coisa, que a unidade tome a frente, que continue o trabalho do PET (E6).

No decorrer do tempo, na maioria dos relatos, a interação entre os petianos (como eles se chamavam) e outros profissionais era conquistada, e os estudantes se incluíam em suas atividades.

As práticas integradoras de ensino-serviço, por meio da EP, como o modelo proposto pelo PET-Saúde, configuram dispositivos para a análise e os deslocamentos (mudanças), uma vez que a vivência e a reflexão podem produzir o contato com o desconforto, e produzir alternativas para o desafio das transformações (CECCIM, 2005). As gestões locais não aproveitavam o potencial gerador de mudanças, era preciso incluir todos os trabalhadores da unidade na roda do aprendizado e repensar os processos, através de integração e da aprendizagem com os alunos.

Deslocamentos provocam reflexões, que acarretam contradições, desejos, interesses, compromissos, responsabilidades. Peduzzi et al. (2011), estudando as estratégias que gerências de serviços de saúde utilizavam para promover o trabalho em equipe, demonstraram que a comunicação é um elemento fundamental na relação, e que é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica gerencial, com base em argumentação crítica e fundamentada, na direção à finalidade do trabalho e dos objetivos do serviço. A postura do gerente deve ser de escuta e compartilhamento de decisões e não de mando, sendo um articulador e

mediador da política pública de saúde, para operacionalização dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços (PEDUZZI, 2011).

Corroborando com essa análise, Campos (2007) apresenta a ideia de que para que os grupos expressem, analisem e reconstruam suas metas, objetivos e representações, isto é, para que os coletivos pensem no sentido e significado do seu trabalho, tem-se que instituir espaços de cogestão.

Com base nesse modelo, as tensões entre os diferentes objetivos requerem a explicitação e a construção de acordos para legitimar o modo de se organizar o serviço e o processo de trabalho, que permitam contemplar os interesses dos usuários, trabalhadores e gestores, proporcionando atuação colaborativa e atenção qualificada, resolutiva e inclusiva (CAMPOS, 2007).

Para que a proposta do PET Saúde dissemine movimentos para a organização do serviço e não somente nas equipes em que os preceptores atuam, o gestor local precisa compreender a proposta, abrir espaços de escuta e proceder à divulgação entre os diversos setores, o compartilhamento das ações do programa, e evitar a execução como um movimento paralelo ao dia a dia na unidade. Deve exercitar a cogestão.

Evidenciou-se durante as entrevistas, que mesmo frente a essas influências, que às vezes lhes impõe algumas restrições e dificuldades, os profissionais mostraram animação ao comentarem sua atuação acerca dessa vivência; percebiam-se envolvidos com os alunos, em um aprendizado grupal para um fim comum; buscavam envolvê-los com criatividade: o mais interessante pra mim é poder usar nossa criatividade para fazer atividades diversas (E7), que proporciona experiência prazerosa, pois colova a prova sua capacidade intelectual para o trabalho e a vida.

Essas considerações motivam a reflexão sobre o caminho a ser percorrido para a efetivação de práticas integradoras de cuidado, que considerem as subjetividades dos usuários, trabalhadores, gestores e as diversidades existentes no território.

5.2 PRÁTICAS EM SAÚDE NO EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Na realidade brasileira, costuma-se referir ao modelo assistencial oficial da saúde como 'modelo de atenção'. Esse modelo direciona e reflete a forma ou modo de produção de serviços de saúde de determinado lugar e época (OLIVEIRA, 2008). Teixeira apud Oliveira (2008) define modelos de atenção à saúde como "formas" de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediados por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (OLIVEIRA, 2008).

Em termos práticos, esses modos de produção dos serviços retratam os modos de cuidado existentes nas estruturas que compõe os sistemas de saúde pensados e idealizados por gerentes, por meio de regras e normas para concretizá-las (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Os conceitos de modelos de atenção e os modos de organização dos sistemas de saúde existentes estão intimamente relacionados e influenciados a partir da concepção de saúde concebida pelo Estado, que refletem diretamente nas práticas de saúde dos trabalhadores do setor.

No Brasil, após a implantação do SUS e da incorporação de um conceito ampliado de saúde e as mudanças ocorridas no mundo contemporâneo, tem-se desafiado o modo de produção das práticas em saúde realizadas nos serviços de saúde (CAMPOS, 2007).

Um novo modelo de atenção está sendo proposto para o enfrentamento das necessidades sociais de saúde da população. Esse modelo pretende promover o acesso, a equidade, a integralidade, baseado nas necessidades de saúde e articulado em redes de atenção (BRASIL, 2006; 2013). Necessita de um novo perfil de profissionais preparados para lidar com a imprevisibilidade e subjetividade dos eventos no processo saúde doença e novas práticas de saúde precisam ser aplicadas (CECCIN, 2004b).

Pinheiro e Luz (2007) trazem a ideia de que o pensar/agir/fazer/produzir dos trabalhadores traduzem as práticas de saúde que, por sua vez, traduzem os modos de organização nos serviços.

Essa organização, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), está estruturada na concepção de trabalho enquanto

produção/invenção de serviços, de produtos, de si e do mundo; e que o sujeito se constrói e forma-se trabalhador, na medida em que enfrenta sozinho ou coletivamente as situações de trabalho e que este espaço lhe proporciona exercitar a função de gestão e produtor do seu próprio fazer (BRASIL, 2010a).

Essas práticas se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de estar na vida, extrapolando o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnicocientíficos de cada profissão. Neste sentido, formação significa produção da realidade, constituição de modos de existência e não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho (HECKERT; NEVES, 2007).

Reside nesse processo a potência que o poder da formação em serviço apresenta, quando se coloca no mesmo cenário profissionais/preceptores e estudantes de várias graduações convivendo e gestando suas atividades pautadas no conhecimento das necessidades de saúde e no trabalho multiprofissional. Ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam novas estratégias e saberes necessários ao seu fazer. Portanto, trabalho e formação pode ser campo de produção de novos possíveis e de fabricação de aprendizes-inventores (HECKERT; NEVES, 2007).

As práticas estabelecidas nas EqSF, ainda, encontram-se muito além da atenção integral, contudo possibilitam aos estudantes um conhecimento acerca da concretude dos problemas, pensar soluções e aplicálas, criando alguns conflitos positivos para seu aprendizado, segundo a percepção dos profissionais que os acompanham.

Pinheiro e Luz (2007) observam em estudos que a prática tem sido tratada como um campo de aplicação ou verificação de propostas ou modelos, negando a condição transformadora dos trabalhadores, que na sua visão podem agir para transformar ou manter o instituído, isto é, fortalecer ou superar a prática hegemônica do status biomédico. Revelam ainda, que há uma desconsideração quanto ao papel do trabalhador na avaliação dos modelos, uma vez que são eles, os que, efetivamente executam as práticas e consequentemente geram os verdadeiros modelos de atenção (PINHEIRO; LUZ 2007).

As práticas em saúde, portanto, são produzidas pelos preceptores, sujeitos dos seus processos de trabalho, influenciadas pela visão de mundo e inserção na sociedade, levando consigo toda a sua consciência de vida e disponibilidade ao trabalho em saúde. Essas práticas geram encontros que, por sua vez, estão permeados de subjetividades.

5.2.1 Ações de aproximação ensino-serviço-comunidade

Os profissionais na função de preceptoria relataram a realização de práticas voltadas para a Educação e Promoção em Saúde, com palestras nas escolas, instituições, na unidade de saúde, através do projeto 'sala de espera' e nos grupos na comunidade.

A gente trabalhava mais a educação em saúde na comunidade, palestras na unidade, visita domiciliar, viam como era o atendimento, mas a gente fazia mais a parte da promoção, momento muito rico, eles me ajudavam muito, eles ficavam mais na parte da educação em saúde (E4).

A gente pode trabalhar muita coisa realmente da saúde coletiva, da promoção da saúde em várias áreas, fazia palestras nas escolas. (E13).

As atividades eram principalmente educação em saúde e aplica junto à comunidade, dentro e fora, nos grupos e escolas, na época do PET a gente teve a formação de vários grupos (E15).

Eu acho que o serviço é muito carente de Educação em Saúde, a gente se preocupa muito em fazer o pré-natal, prevenção, atender à pessoa doente, o idoso, e não tem tempo pra trabalhar a Educação em Saúde, com o PET a gente tem o tempo e a mão de obra, e a gente precisava colocar em prática (E9).

Eu pedia para eles fazerem sala de espera, para quem estivesse ali, aguardando (E10).

Como Promoção da Saúde, Czeresnia e Freitas (2003) ensina que um dos eixos básicos do discurso é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, não simplesmente a adoção de comportamentos dos indivíduos para estilos de vida saudáveis para melhorar a qualidade de vida, mas em uma perspectiva de empoderamento e participação ativa da população enquanto processo político de formação para a cidadania.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define como uma das estratégias de produção de saúde, articuladas as demais políticas e tecnologias, e uma possibilidade de enfocar os determinantes do

processo saúde-adoecimento, para responder às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010b).

Os projetos de Prevenção e de Educação em Saúde estruturam-se mediante a divulgação de informações científicas e de recomendações normativas de mudança de hábitos (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

De acordo com esses conceitos, percebe-se que as ações demonstradas pelos preceptores são mais voltadas aos aspectos educacionais e preventivos, do que propriamente ações para a incorporação dos determinantes e condicionantes, contudo são importantes dispositivos para acessar a comunidade a partir de olhares sobre o modo de vida dessas pessoas.

A gente pode trabalhar muita coisa realmente da saúde coletiva, da promoção da saúde em várias áreas, usamos aquele espinha de peixe para priorizar problemas, trouxe a comunidade junto ao conselho, e a gente atuou num problema escolhido, priorizou a gravidez na adolescência — um dos nossos focos. A unidade está inserido num bairro com maiores graus de criminalidade, baixa perspectiva de trabalho, a ociosidade deles, trabalhamos muito na escola (E13).

De modos diferentes e de acordo com cada realidade, os preceptores buscam inserir os alunos nas mais diversas atividades. Para tanto, os alunos são motivados a conhecer a unidade de saúde, os usuários, realizam o conhecimento do território e, a partir de técnicas de planejamento participativo, fazem levantamento de necessidades.

No começo, tinha a apresentação para os usuários, os usuários não conheciam eles, mas aos poucos eles ficavam tão familiarizados que viam neles como se fosse uma pessoa da unidade de saúde (E9).

A primeira coisa que a gente fez foi procurar a necessidade de qual atividade a comunidade precisava pra melhoria com um todo do território, e ai trouxe os alunos pra eles verem o território, conhecerem e daí mesmo, eles sugerirem através das suas observações (E5).

A gente primeiro de tudo fez uma listagem dos problemas, um trabalho com a espinha de peixe, levantamos uma infinidade de problemas, que até então a gente nem percebia que tinha...o que precisava ser trabalhado dos problemas da comunidade, a gente enxergava problemas mas que tinha muito mais, e levantamos soluções e começamos a trabalhar projetos de pesquisa e a questão do ensino a gente tinha reuniões na universidade, que reunia preceptor e alunos... (E3).

Heckert e Neves (2010) mostram que para além da colaboração nas atividades, essa aproximação da aprendizagem do ensino no serviço busca

dialogar com novas formas de saberes e experiências que disparam processos de formação-intervenção e produzem desvios à naturalização do estabelecido, incitando aos profissionais a visão de novos possíveis para soluções de problemas.

A inserção dos alunos nas unidades proporciona ampliação da visão dos profissionais sobre os problemas da comunidade e dos seus processos de trabalho, conforme anunciam, impulsionando pensar sobre como melhorar a saúde da comunidade e instituições, escolas e creches existentes nos territórios.

As intervenções são potenciais, a gente ter condição de estar no serviço e eles vem com outra visão, de realmente ter uma visão diferente, porque às vezes a gente que está no serviço não enxerga as coisas, deixa passar, eles vem e ficam percebendo o serviço, vem com outro olhar, e ai faz a gente repensar a nossa atuação, qualifica a nossa ação, atitude (E8).

Relataram, principalmente, a criação ou o fortalecimento de grupos com a comunidade dentro ou fora da unidade de saúde: de idosos, mulheres, gestantes, adolescentes, pessoas com hipertensão e diabetes, com verminose.

Eles vieram somar ao meu trabalho (E1).

Eu me envolvia com os alunos demais..., levava pra área, para as visitas que eu fazia, acabou sendo como se fossem parte da minha equipe, eles participavam tão bem dos meus atendimentos, da minha demanda, fortaleceram meus grupos... (E9).

Eu fiquei com gestantes, cada um que ficava comigo contribuía com seu conhecimento, fizemos também um grupo de verminose (E3).

A gente formou um grupo de adolescentes, eles participavam bastante, formamos também um de idosos, de gestantes, de hipertenso e diabéticos, que já tinha, mas teve uma revitalização muito grande com os alunos (E15).

Desenvolvem também atividades de capacitações para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares de enfermagem e mostras locais de produção do PET, reforçando a aproximação com a comunidade.

Notamos que uma deficiência muito grande no preenchimento das fichas, uma subnotificação, e aí a gente trabalhou em um projeto de intervenção para capacitar os profissionais da unidade para melhorar o preenchimento. Uma coisa legal que a gente fez para os profissionais de nível médio e para os ACS (E13).

A gente fez uma Mostra do Pet na nossa unidade, chamamos as lideranças para mostrar tudo o que a gente tinha feito, os grupos, e fizemos uma mesa redonda para discutir novos projetos para comunidade (E11).

Os alunos têm a oportunidade de conhecer os procedimentos em sala de vacina e controle e a distribuição de medicamentos. Incluem-se, ainda, visitas domiciliares, construção de Salas de Situação, participação em Campanhas de vacinação, ações coletivas em Saúde Bucal, acolhimento e territorialização.

Eu faço o projeto de sala de espera, aproveito o grupo do Bolsa Família, e eles conversam com as mulheres sobre câncer de mama, prevenção, planejamento, e as eu também coloco eles na assistência, pra eles sentirem como é o atendimento da medicina (para alunos do curso de medicina) para tirar aquela visão de hospital (E8).

A gente se integrava no acolhimento, para farmácia, participava das campanhas de vacina. A sala de situação foi a gente que fez com os alunos do PET. [...] Até da territorialização, nós participamos de tudo que era na Unidade (E2).

Você não podia está colocando eles só para fazer escovação e escovação, então a gente organizava muitas outras atividades, mas eles me ajudaram nessas ações sim (E5).

Quando tinha uma visita que eu achava importante, eu fazia de tudo para eles irem (E14).

A aproximação com a comunidade não se produz somente através dos grupos, estimula-se a interação através de outras atividades, como envolvimento em atividades de sensibilização de prevenção de agravos (Dengue, hepatite, imunização, busca de câncer de boca), incentivo ao planejamento familiar, uso correto da insulina, prevenção de quedas de idosos, HIV, gravidez na adolescência, abordagens sobre uso de drogas, entre outras atividades.

Eles faziam a triagem e ajudavam os agentes de saúde a fazer a busca ativa de CA de boca, a questão do lixo a gente também trabalhou. Trabalhamos também um projeto de diabéticos e hipertensos, com aquela classificação que precisam vir de acordo com o seu grau de necessidade (E5).

Fizemos um projeto de intervenção, bem voltado para o dia a dia, a gente ia à casa de cada um que usava insulina pra ensinar como usar, e isso tem um reflexo para a vida toda, porque quem usa insulina, usa para sempre (E9).

A gente priorizou a gravidez na adolescência, sempre foi um dos problemas mais relacionados na comunidade (E13).

Uma vez a gente trabalhou a questão de drogas, com as famílias na escola (E5).

A gente se dedicou mais ao idoso, com as questões de prevenção de quedas (E4).

Quando aparecia um surto de dengue no bairro, a gente trabalha com eles atividades para atuar nesse problema junto à comunidade (E14).

Apesar dessas inserções na comunidade, percebeu-se fragilidade nessa aproximação. As atividades desenvolvidas eram educativas, bem aceitas pela comunidade, e deveriam ser incentivadas, contudo não atingiam possibilidades de transformações na realidade, ficavam na perspectiva tradicional de abordagem aos usuários. Talvez por isso, eles próprios relataram participação passiva da comunidade. Essa dimensão do Projeto pode ser um dos pontos que deva ser mais bem explorado pela coordenação e pelos gestores dos serviços.

Leite et al. (2012), em estudo sobre as contribuições do PET no serviço, consideram que a sua implantação contribui para a satisfação acadêmica e do serviço, e coopera para a transformação das práticas de saúde no contexto da APS, tendo em vista as ações desenvolvidas pelos estudantes e preceptores junto à comunidade, como visitas domiciliares, atendimentos individuais, ações de educação em saúde com grupos, entre outras. Tais ações favorecem o acolhimento e o atendimento humanizado na prestação de serviços à população nos territórios que desenvolvem o programa (LEITE et al., 2012). Essa melhora no atendimento foi relatada pelos preceptores.

O posto só tem a ganhar [...] e para organização do serviço é bom, porque é Educação em Saúde (E10).

Eu vejo que eles proporcionam uma melhor organização do serviço (E8).

Eu notei essa diferença significativa, que quando você tinha o PET de uma maneira mais assim, com mais qualidade, de acordo com as necessidades da comunidade, a gente fazia levantamento das demandas, cada uma atuando numa área, doenças transmissíveis, outros trabalhavam com grupos terapêuticos e a comunidade tinha mais retorno (E5).

As mudanças para o serviço eram o maior ganho na minha concepção (E1).

Havia melhora na qualidade dos serviços, uma vez que proporcionava melhor organização e fluxos dos processos de trabalho na unidade de saúde.

A gente trabalhou muito o acolhimento da unidade, para desenvolver fluxogramas, por ciclo de vida, foi legal, no início, tiverma muitas resistências, mas depois os colegas viram que era para organizar os processos (E7).

Na própria organização do serviço, o PET ajudou muito nessa questão do acolhimento no território, a fazer a busca ativa de CA de boca, então todos esses projetos que a gente queria idealizar e a demanda sufocava, o PET trouxe esse apoio (E5).

Se o acolhimento está um problema, se está ruim, vamos lá e ver o que a gente pode ajudar... eles têm muito a contribuir (E8).

O aprendizado em serviço é sem dúvida um diferencial para os acadêmicos/bolsistas participantes do projeto, pois adquirem através dessa experiência, maior conhecimento da realidade do funcionamento da Atenção Básica, bem como da realidade da comunidade; tem oportunidade de conhecer como as pessoas vivem e do que precisam, através da construção de planos de intervenção, das pesquisas em campo, da escuta, do compartilhamento com outros colegas.

Essa parte de colocar o aluno dentro da unidade, para ele conhecer a realidade da unidade é diferente de quando ele vem só para o estágio, porque ele vem muito para ver o atendimento, e no PET, ele vê a unidade de outra forma, a gente foi conhecer as ruas, a realidade de saneamento, os problemas da comunidade e construir um plano para a comunidade, isso é um ponto muito positivo, porque ele conhece a realidade como um todo e passa a dar mais valor a parte educacional, porque o PET tem isso (E15).

Eu acho que para eles na universidade foi mais proveitoso do que para o serviço, para eles e para os alunos, para eles verem como o serviço funciona, a vivência, como é que vai ser depois de formados (E10).

É legal ver esse desabrochar, esse interesse pela Atenção Básica, é muito legal, o grande legado que o PET deixou. [...] ele trouxe mais benefícios para os alunos, porque eles desenvolvem mais o olhar, amplia (E11).

Os preceptores percebiam a oportunidade de os alunos vivenciarem aspectos da realidade produzia neles ampliação de conhecimentos a respeito dos determinantes do processo saúde doença, que certamente induzia à reflexão sobre aspectos das implicações sociais na vida das pessoas, colaborando para a formação cidadã.

A mudança é mais para o aluno, tiveram uma bagagem bem legal de traçar estratégias, como interagir numa comunidade, como entrar em comunidades fechadas, permeadas por questões de drogas (E13).

Eu acho primordial essa inserção, acho que nenhum outro tipo de atividade eles vão vivenciar como no PET, está lá toda semana, participar da rotina, está lá vendo como a coisa acontecer (E7).

Está é a coisa legal, ele, antes de se formar, poder viver uma coisa totalmente diferente (E13).

Leite *et al.* (2012, p. 113) tiveram semelhantes conclusões quando relatam que essas impressões sobre a influência dos determinantes sociais levam os estudantes "tacitamente a analisar e a construir mudanças ao se tratar de saúde".

Para fortalecer o envolvimento dos estudantes de maneira participativa, esses preceptores se empenham em fornecer subsídios para o aprendizado ativo, confrontando o cotidiano com seu saber científico e, consequentemente, vivenciar contradições, fragilidades, dificuldades existentes.

Eu gosto muito da problematização, eu faço um curso de metodologias ativas...eu uso até no meu grupo de gestantes, e eu faço isso com meus alunos, eu gosto dessa metodologia, eu fui buscar porque acho importante, mas não tive essa formação enquanto preceptora. Eu uso com os alunos porque são jovens e não iam aceitar que eu ficasse falando faz assim ou assado, até porque muitas vezes eles estão mais atualizados do que eu, e essa troca é super interessante, eu gosto de atuar em cima do que é preciso, vamos ver o que vocês percebem que é importante? A sala de espera é importante? Então vamos trabalhar sala de espera: eu gosto de trabalhar assim, em cima do que eles acham mais fraco na unidade, ligado ao projeto, e do que a gente pode melhorar (E8).

Ceccim e Feurwerker (2004b) sinalizam que as políticas de formação dos profissionais de saúde implicam apreensão da complexidade que permeia o SUS. Nesse aspecto, reitera-se que a experiência do PET-Saúde permite aos estudantes vivenciarem várias situações e ter a oportunidade, de junto aos preceptores, desenvolverem uma visão crítica e pensarem em intervenções. Heckert e Neves (2010) alertam para o fato de que é nesse campo de imersão que a formação ganha consistência de interferência, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existenciais.

As pesquisas também colaboram para a aproximação do ensino com o serviço e a realidade e revisão de práticas e implantação de novas.

Muitos deles transformavam o que eles estavam fazendo aqui no seu TCC, isso era muito bom para universidade, para o tutor, para os orientadores, eles vinham para o campo, eles tinham interesse em pesquisar, em fazer coleta, porque é um campo interessante para eles, eles estarem vivenciando uma coisa que eles queriam pesquisar... (E5).

A pesquisa trouxe conhecimento sobre a realidade, a percepção do nosso atendimento, através da pesquisa, a gente percebe mais a realidade (E4).

O pensamento manifestado na fala abaixo descreve a noção da importância do processo do ensino-aprendizagem pelos quais os preceptores são responsáveis.

O ganho é para o SUS, é mostrar para esses futuros profissionais que existe outra possibilidade, e o SUS é uma possibilidade, se você se apaixonar, a gente não vai para o SUS para ganhar dinheiro, a gente vai porque se apaixona, eles precisam ter uma ideia diferente; os alunos ficam assustados quando se deparam que ainda existem muita gente analfabeta, não conhecem essa realidade, e se a gente puder mostrar que tem dificuldade, mas que tem o lado bom de realizações, para o SUS seria interessante. Você teria bons profissionais (E3).

Essas atividades oportunizam aos preceptores e alunos realizarem ações que antes não eram possíveis. Experimentam movimentos de uma atuação multiprofissional favorecida pelas diversas formações envolvidas.

5.2.2 Do isolamento à prática multiprofissional: "eu consegui sair da caixinha"

Os projetos do PET-Saúde pelo Brasil podem ter variados formatos e possibilita a inclusão de todas as áreas da saúde. O PET em questão era bem diversificado, incluía vários cursos na área da saúde da Instituição de Ensino vinculada. Eram estes: fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, educação física, enfermagem, medicina, odontologia, nutrição e terapia ocupacional. Essa diversidade de formações profissionais inseridas no interior dos serviços promove inquietações, desafios e superações, resultando em processos de rico aprendizado.

A figura do preceptor é essencial nessa vivência, pois ele é o elo entre o aprendizado especializado das categorias profissionais, a realidade cotidiana da organização dos serviços no modelo da ESF, a possibilidade do trabalho em equipes e interação das várias formações.

A gente costumava dizer: isso aqui se está aprendendo como trabalhar em equipe, está sendo um aprendizado para nós (trabalhadores) e para vocês (alunos) (E5).

Reconheciam a prática de uma atenção centrada no modelo biomédico, mas se sentiam 'cobrados pela sociedade e pela gestão' para uma assistência baseada em procedimentos e na medicalização, reforçando uma prática curativa em detrimento de ações voltadas para as reais necessidades da população.

A gente trabalha numa medicina curativa, e eu por ser médica, eu não posso doar muito do meu tempo para isso. A gestão, a sociedade, os pacientes me cobram que eu esteja atuando numa medicina curativa (E1).

Além disso, ressentiam-se de que sua rotina de trabalho é solitária, apesar da existência de outros profissionais na UBS. Delineia-se um processo

fragmentado, com abordagens individuais aos usuários, causando desestímulo ao profissional.

Ao longo do tempo, você vai perdendo aquele interesse em trabalhar, porque às vezes você se sente sozinha (E1).

O que tem é a avaliação do SIAB, da enfermeira com os ACS e depois comigo mesma (E9).

Eu sinto muito a falta do PET, a qualidade do que a gente fazia era muito boa, e você fica sozinho novamente e acaba que desestimulando (E11).

O planejamento era individual, a outra enfermeira trabalhou muito individualmente também (E1).

Longe de um coletivo que tem objetivos comuns para o cuidado integral do usuário, percebeu-se que as relações se aproximavam mais de um agrupamento de trabalhadores de várias profissões, agindo de forma isolada sobre a demanda e aos programas pré-definidos, do que equipes voltadas para a resolução conjunta dos problemas de saúde da comunidade. Reclamavam de não terem devolutivas sobre seu trabalho.

Peduzzi (2001) define duas formas de trabalho em equipe, uma que define como agrupamento, em que predomina uma atuação fragmentada com justaposição de ações entre trabalhadores. A outra modalidade é a equipe integração, na qual ocorre a articulação das ações e interação dos agentes, na busca da construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2001). A segunda modalidade tem sido considerada mais pertinente e produtiva para o alcance da atenção integral (KELL; SHIMIZU, 2010; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A proposta do trabalho em equipe na saúde tem sido defendida pelos estudiosos como uma forma de enfrentar o processo de especialização na área (PEDUZZI, 2001). Esse processo, em que cada profissão atua de forma fragmentada sobre a doença do usuário, tende a aprofundar o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem articular os saberes das diversas profissões que se encontram juntas nos serviços (OLIVEIRA, 2008).

Para intervenções que atendam aos usuários, considerando toda a sua complexa rede social e as subjetividades, os trabalhadores devem privilegiar a interação entre as profissões, superando o isolamento para um trabalho em equipe (PINTO; COELHO, 2008).

Os entrevistados anunciaram a necessidade da interação e incorporação de outras visões, no processo de trabalho rotineiro.

A gente precisa de apoio, de mais pessoas, uma equipe para lhe ajudar... (E5).

Os grupos se fortaleceriam se não tivesse só a enfermeira falando, dando palestra e sim com uma equipe super disposta com vários conhecimentos (E9).

Percebiam a necessidade de outros olhares e saberes, uma equipe multiprofissional, para uma atuação mais efetiva na resolução dos problemas da comunidade.

Se pelo menos a gente tivesse um profissional de educação física na unidade, um psicólogo, uma nutricionista, a gente faria um trabalho perfeito (E3).

Eu acho que deveria ter uma ampliação dos profissionais nas unidades de saúde, equipe NASF, residência multiprofissional, a equipe estaria mais completa (E1).

Para a construção do projeto Saúde da Família, é necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os sujeitos podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Peduzzi (2001, p. 108) define o trabalho em equipe multiprofissional "como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais". Para Heckert e Neves (2010), o trabalho em equipe multiprofissional se baseia na possibilidade de produzir abertura para novas sensibilidades, e materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de ver e viver a vida.

Os profissionais na sua prática trazem como um dos grandes benefícios a possibilidade de atuar junto a acadêmicos de diferentes formações. Expõem que um dos grandes desafios do SUS é a questão do trabalho multiprofissional, e percebem a importância da necessidade de mudanca na formação de futuros profissionais.

Tinha uma creche que eu tinha uma relação muito boa com as mães de lá, e com o PET, eu tive a oportunidade de desenvolver um trabalho muito bom, tanto com as crianças e mães, principalmente com elas, porque juntamos o que cada um conhecia da sua formação, a gente criou um grupo de apoio a essas mães em todos os sentidos, de saúde, essa coisa psicológica que a gente fazia era

uma terapia, elas tinham essa necessidade e com a gente conseguiu realizar, foi muito bom para elas (E5).

Como é que a gente vai trabalhar interdisciplinar, se a gente não consegue nem na formação? É um grande desafio...(E7).

A partir da inserção dos estudantes, apresenta-se a oportunidade de fazer algo diferente, atuar em equipe, planejar ações diversificadas, envolvendo as várias formações do grupo, e construir processos mais satisfatórios, que os realize enquanto profissionais com a missão de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Nesses programas de educação em saúde, cada um dava o enfoque da sua área, o atendimento era bem diversificado, no mesmo momento, existiam ilhas de convivência, alguns alunos estavam fazendo atendimento em prevenção em saúde odontológica, por exemplo, outras já estavam fazendo orientação ao paciente, e eu ficava tentando auxiliar no que eu podia e fazendo o atendimento médico. Então eram várias atividades, era o que eu considerava mais enriquecedor, várias atividades num ambiente só; nessas ilhas de convivência, os alunos interagiam muito entre si, e acabavam que eles aprendiam muito das orientações do outro, e eu considero isso muito rico e bom para os usuários, também! (E1).

O desafio de quebrar as interfaces das profissões, de fazer entender que cada um tem seu valor, é uma preocupação do preceptor. Nessa função, aprende a estimular a participação de todos e buscar em cada um seu potencial:

O mais importante eles perceberem que cada profissional tem seu valor, porque tem colega que não respeita o trabalho do outro. Eu quero passar isso para eles, que cada não é mais importante que o outro, não sabe mais do que o outro, cada um tem seu valor, quero que eles saiam com essa ideia (E8).

A gente não é sabedor de tudo, tinham determinadas palestras que a enfermagem tinha mais conhecimento, percebia que eram mais capacitadas para desenvolver o tema, era muito enriquecedor, eu tinha alunos da medicina, enfermagem e odonto (E11).

Ceccim (2010, p. 195) se refere ao processo de produção de saúde em equipe, como a existência de um "borramento das fronteiras profissionais, não para eliminar as profissões, mas para aprender, umas com as outras".

Os preceptores retrataram preocupação em incluir todos os alunos nas atividades, conhecendo o perfil e as habilidades individuais.

Eu tive uma aluna que apresentava mais dificuldade para atuar na comunidade, não falava muito, não era muito dinâmica, mas escrevia melhor que os outros, eu tentava aproveitar essa qualidade dela, então eu tentava ver a capacidade melhor de cada um para conseguir o que tinha que fazer (E14).

Manifestaram que o contato com esses alunos fazia repensar atuação e qualificar o processo de trabalho, proporcionava uma ampliação de olhar, uma visão diferente, enxergavam o que antes não via.

A gente ter a condição de estar no serviço com eles que tem outra visão, diferente, porque às vezes a gente que está no serviço não enxerga as coisas, deixa passar, eles vêm e ficam percebendo o serviço, com outro olhar, e faz a gente repensar a nossa atuação, qualifica a nossa ação, atitude (E8).

Mudou essa visão do farmacêutico na farmácia, acho um absurdo farmacêutico só na farmácia, é um prejuízo, acho que ele pode fazer muito além [...] é muito fácil ficar na farmácia, na zona de conforto (E2).

Essa é uma das possibilidades que o programa apresenta, muito significativa para os preceptores, que fazem uma comparação entre trabalhar sem equipe e o trabalho multiprofissional com os alunos. O exercício desse deslocamento, para Guizard e colaboradores (2006), decorre das situações estranhas à rotina, colocadas pela interferência recíproca dos sujeitos envolvidos; a inserção dos alunos nos serviços delineia novos espaços de trocas que tendem a provocar novas atitudes, ampliando suas leituras sobre a realidade e, consequentemente, expandindo as possibilidades de ação e intervenção (GUIZARDI et al., 2006).

Os preceptores notaram o quanto a presença dos acadêmicos potencializava as suas atividades, facilitando as ações de Educação em Saúde, construção de salas de situação, projetos de intervenções.

Você tem agora o tempo, que era reservado um turno, e a mão de obra, e a gente precisava por em prática. Os grupos se fortaleceram, os grupos que eu já tinha de gestante e idoso, os participantes ficaram mais satisfeitos porque era um grupo bem eclético (E9).

Foi uma coisa maravilhosa, você está discutindo uma intervenção, com um grupo de alunos multidisciplinar, enfermagem, fono, nutrição, odonto, medicina (E13).

As atividades que os alunos faziam de sala de espera, enquanto esperavam as consultas, é bom para os usuários, eles estão esperando e vão aprendendo (E10).

Eles trouxeram um up grade para o meu trabalho (E1).

A inserção de alunos tem a capacidade de ampliar os conhecimentos e dinamizar os grupos nas atividades de Educação em Saúde, porque além dos seus conhecimentos, tem criatividade e vão à busca de recursos para alegrar os momentos com a comunidade, como lanches, danças, material educativo, entre outros.

Tinha uma equipe super disposta (se referindo aos alunos), faziam festa, colocavam os idosos para dançar, iam com as gestantes para o Gonzaguinha (maternidade de referência) (E9).

Os meninos trazem tudo pronto, os panfletos, comida, televisão para as atividades com a comunidade, os grupos eram mais dinâmicos (E3).

Através do programa, os profissionais tem disponibilidade de tempo direcionada para ações de extensão e pesquisas voltadas para as necessidades da comunidade, muitas vezes para além do núcleo profissional. Isso permite possibilidades antes inexistentes ou reduzidas. Imprimiu ao preceptor a necessidade de estudar sobre assuntos que antes não sentia necessidade.

Pense, um dentista trabalhar com adolescente, com catador de lixo, vacina, uso de protetor... a gente pouco imagina que possa atuar nessas áreas, e eu tinha que estudar (E13).

Reconheceram que o aprendizado era tanto para os preceptores quanto para os alunos, tinham a chance de estarem trabalhando em conjunto, misturando olhares, significando seu aprendizado e ampliando a sua formação.

Cada um trouxe a sua contribuição para complementar, acabei aprendendo muito com os meninos, com o que eles podiam contribuir. Foi bom porque eu acho que mais aprendi do que ensinei, foi muito bom para mim, foi uma troca ótima (E3).

No PET, eu trabalhei com ninguém da minha área, alunos mesclados da fono, nutrição, medicina, terapeuta ocupacional, e foi um olhar ampliado mesmo, olhares diferentes, misturando para um mesmo objetivo, para mim foi muito bom, porque eu sentia que eles aprendiam muito comigo, porque eu os levei a vivenciarem a odontologia, ficavam todo tempo admirados de não saber aquilo e estavam aprendendo, do mesmo jeito que eu aprendia com eles, por exemplo, uma aluna da T.O. veio com trabalhos artesanais, que a gente juntava, fizemos um trabalho com Dengue, que não era de nenhuma área, mas de todos (E14).

Reiteravam a necessidade de equipe multiprofissional para maior resolutividade dos problemas que afligiam a comunidade e afetavam a saúde.

O PET trouxe esse apoio, geralmente tinha 4 ou 5 alunos de visões diferentes, trabalhar a visão multiprofissional e a gente ia buscar outros setores — a questão da intersetorialização, trabalhar temáticas comuns, a questão do lixo, por exemplo, porque, às vezes, na unidade com outros profissionais, não tem esse apoio, e com eles não, a gente conseguia intensificar (E5).

Estou trabalhando mortalidade materna e infantil, eu disse para eles que vamos trabalhar assistência à gestante, porque os óbitos têm muito a ver com a assistência, trabalhar a sala de espera, sensibilizar a gestante a ler a cartilha, porque na consulta, eu percebo que ela não lê, motivar para elas terem dúvidas e perguntarem, e a gente poder conversar melhor, e não ficar só uma consulta em que eu falo e ela fica quieta (E8).

Como toda novidade, essa diversidade de profissões origina algumas dificuldades e inseguranças para preceptores e acadêmicos, no sentido de atuar com núcleos de formação, diferentes de sua categoria, e alguns relataram que se sentiam mais à vontade com alunos de sua mesma formação.

No início, foi assustador (E7).

Eu ficava pensando, o que é que eu vou fazer com os alunos da fisioterapia, da educação física... (E3).

O maior desafio foi a história de pegar alunos de outras graduações: e agora o que é que eu vou fazer com os meninos (E11).

Uma dificuldade que eu tinha era o não conhecimento das outras áreas, eu me sentia melhor com os alunos de odonto, não que a gente os deixassem soltos, mas tinha mais dificuldade de pensar coisas com os meninos da medicina (E11).

O desapego à "sua caixinha de saber", nem sempre é simples, tanto para preceptores quanto para os alunos.

No primeiro momento, foi difícil, a gente estava pensando muito na gente, como preceptora puxava a sardinha para o meu lado e a farmácia, a farmacovigilância; mas depois, com o andar, foi tranquilo demais, a gente conseguia desenvolver vários trabalhos em conjunto, quem fazia a sala de situação, lá na unidade era a gente (E2).

Uma dificuldade que a gente tinha era realmente eles trabalharem (que para gente é difícil!!) a multidisciplinaridade, porque, às vezes, o pessoal da farmácia, da educação física, ficavam meio perdidos, parece que para o pessoal da medicina, da enfermagem, da odonto, é bem mais fácil o processo (E5).

A articulação e recomposição dos processos de trabalho são necessárias. Segundo Peduzzi (2001), é essencial a convivência entre ações privativas das respectivas profissões, bem como as ações executadas por todos os agentes de diferentes campos de atuação para efetivação de um trabalho em 'equipe interação'.

Segundo Thiesen (2008) é necessário o desmantelamento das fronteiras artificias do conhecimento, para um processo educativo desenvolvido na perspectiva interdisciplinar, que possibilita o aprofundamento da relação entre teoria e prática e contribui para uma formação mais crítica, criativa e responsável.

A gente procurava puxar neles o que eles poderiam contribuir, então procurava integrar, que todo mundo tem um conhecimento que poderia somar ali, trabalhava com eles essa questão que o indivíduo é como um todo, e as ideias iam surgindo, cada um tinha uma contribuição (E5).

Esses preceptores relataram que a dinamização trazida pelo trabalho multiprofissional, possibilita realizar ações de Promoção e Educação em Saúde em contraposição ao cotidiano de atenção assistencial, impondo um trabalho colaborativo, beneficiando a comunidade.

O trabalho multiprofissional era ótimo eu ficava pensando o que fazer com os alunos da nutrição, da odontologia, e ai eles vinham com ideias e a gente juntava a contribuição de cada um e ficava muito bom para o paciente (E3).

Quando se misturam as áreas, quando você vê um aluno da medicina fazendo trabalho educativo misturado com estudantes de fono, eu vejo outro comportamento, é diferente, passam a valorizar as outras categorias, de entender que eles podem realmente colaborar com o trabalho de outra categoria (E14).

Compreendiam que a abordagem interdisciplinar e em equipe possibilitava a abertura de vasos comunicantes entre as diversas formações, favorecendo visão expandida aos profissionais e estudantes acerca da complexidade da AB.

Quando a gente trabalhava a saúde do bebê, cada um tinha a sua contribuição, e eles até diziam que era um aprendizado, cada um ia se identificando num ponto que podia ser explorado (E5)

Eu estou com um aluno da medicina, eu acho importante eles perceberem a diferença, porque eles têm muito aquela visão do hospital, tenho três da medicina, é necessário sentirem o atendimento do médico na AB, estão eles estão tendo essa oportunidade, então eu peço ajuda dos médicos, para o aluno poder ficar na assistência com eles; e eu digo para eles que eles tem que fazer a diferença na medicina futuramente. Eu até já recebi um elogio de uma aluna porque ela deu um show no ambulatório de puericultura na faculdade, porque a professora, na hora disse que aluna já estava sabendo tudo, e ela disse que tinha aprendido com uma enfermeira num serviço. Isso é muito bom, realmente que reconheçam o outro profissional, é importante isso, e eu procuro passar isso para eles. O maior desafio é eles perceberem a importância de cada profissional, cada um tem seu valor, porque tem colega que não respeita o trabalho do outro, que cada um não é mais importante que o outro, não sabe mais do que o outro, quero que eles saiam com essa ideia (E8).

A finalidade da interdisciplinaridade, Segundo Thiesen (2008), é responder a necessidade de superação da visão fragmentada nos processos de produção e socialização do conhecimento e um caminho para novas formas de organização do conhecimento.

Para Jupiassu (2006), o grande desafio lançado à educação na atualidade, é a contradição entre os problemas cada vez mais globais e a persistência de um modo de conhecimento que privilegia os saberes fragmentados, parcelados e compartimentados: Ora, um saber em migalhas revela uma inteligência esfacelada (JAPIASSU, 2006, p.1).

Ainda, segundo Japiassu (2006), o espírito interdisciplinar ajuda a refazer esse aprendizado especializado, pois cultiva o desejo do enriquecimento por enfoques novos e o gosto pela combinação das perspectivas, alimentando a vontade de ultrapassar os velhos caminhos e os saberes adquiridos.

A inserção de estudantes precocemente nos serviços pode impulsionar mudanças curriculares, uma vez que promove o encontro, o "borramento" (CECCIM, 2010) dos conhecimentos específicos das profissões, frente à necessidade de criar situações de atuação interdisciplinares.

Para Thiesen (2008), a interdisciplinaridade está impulsionando transformações no pensar e agir humanos em diferentes sentidos. É um movimento que acredita na criatividade das pessoas, na complementaridade dos processos, no diálogo, na atitude crítica e reflexiva, enfim, em uma visão articuladora para romper com o pensamento disciplinar. Portanto, um movimento importante no processo de ensino-aprendizagem, na ressignificação da educação e do trabalho.

O desafio que se coloca para as equipes e gestores é a superação, do modo a operá-la em núcleos específicos, de maneira parcelar e dicotomizadas, e passar a agir, integrando conhecimentos e rompendo a hierarquia entre os saberes e a fragmentação do olhar sobre os usuários e suas necessidades sociais de saúde. Esses relatos favorecidos pela participação no PET-Saúde mostram que mudanças são possíveis e devem ser contínuas e constantemente estimuladas nos processos do cotidiano dos serviços.

5.2.3 Dificuldades no exercício da prática de preceptoria no PET-Saúde

Algumas incompreensões e constrangimentos nessa função foram referidos pelos profissionais. O recebimento da bolsa aparece como um elemento dificultador nas relações com os outros profissionais. Talvez pelo fato da não compreensão do Programa, por parte dos que compõe o conjunto das equipes nas unidades que não receberem o benefício, não se comprometendo

com as atividades. Isto revela falta de compartilhamento e de atuação colaborativa entre os componentes das equipes:

Alguns colegas apoiavam outros não, a gente tinha essa dificuldade, porque era a tal coisa, a gente recebe a bolsa, então o colega achava que você é que era o responsável, tinha que conduzir só mesmo... (E5).

Outro constrangimento era causado pelo fato de ter sido selecionado em detrimento do colega da mesma unidade de saúde, criando sentimento de "culpa" pelo que foi classificado, pela existência de vínculos de amizades e conviverem em mesmo ambiente. Constatou-se, contudo, que essas questões eram resolvidas e superadas com o tempo.

No início, existiu um pouco aquela barreira, por causa da bolsa, que gerava certo constrangimento (E7).

Teve a questão que foi uma seleção, e em toda seleção a gente não tem culpa de ser selecionado, mas acaba se amigo não sendo selecionado, e fica em sentimento de constrangimento, mas depois ele vai ver que até ajuda a ele... mas é uma questão que fica ruim, porque infelizmente onde envolve dinheiro, envolve outras questões... (E9).

Outra dificuldade vivenciada, comum a todos os preceptores, foi a compatibilização de horários entre preceptores e alunos. Por pertencerem a cursos diferentes, a disponibilidade para vivência no cenário de prática eram diferentes.

O preceptor, segundo o Edital, tem que ter disponibilidade de no mínimo oito horas semanais em serviço para estar em atividade com os acadêmicos e por esse motivo acabam exercendo o ofício mais do que o mínimo exigido no programa (BRASIL, 2010c).

O desafio era a questão do horário, porque eu tinha alunos de vários cursos, quando eu peguei uma turma só de enfermagem, era mais fácil, porque vinham juntas, agora quando tinha vários, era mais complicado, porque ficava mais sobrecarregado para o preceptor, porque quando você planejava uma ação para todo mundo um dia, naquele local, outra coisa era várias vezes na semana receber alunos, eu tinha 8 horas, muitas vezes, eu passava mais de 20 horas no PET, porque um podia vir tal hora, outro em outro horário, e eu tinha que dar conta (E3).

Era acertado que a gente tinha um dia para o PET, só que tinha o aluno que não podia vir naquele turno e a gente acabava deixando eles trabalharem, às vezes, na educação em saúde, não só com o grupo, mas com a demanda que estava na Unidade, a gente tentava contornar para não prejudicar o aluno na sua pesquisa e também o andamento da unidade (E9).

Isso pode prejudicar o planejamento de atividades conjuntas e dificultar a atuação interdisciplinar. Mas, graças à criatividade e ao interesse por parte dos preceptores e alunos, sempre encontravam soluções para não prejudicar o aprendizado.

O que é complicado é, na maioria das vezes, o aluno vem diversas vezes, ele não tem um dia específico para o PET, a gente tem o nosso cronograma, e eu acabo muitas vezes na semana recebendo o aluno três ou quatro vezes, vai depender muito do horário deles; às vezes, eles vem de surpresa, e eu quando sou pega de surpresa, eu tenho que tentar encaminhar para a sala de vacina, sala de espera, para eles estarem fazendo, e quando não tem jeito, eles vão ter que ficar na atividade que eu estou fazendo e foge um pouquinho da área que eles estão se propondo a trabalhar (E6).

O maior desafio é o horário, principalmente o pessoal da medicina, e se você trabalha separado, deixa de ser multidisciplinar, a gente trabalhou muito de sábado, com oficinas, gravidez na adolescência para tentar minorar o problema (E13).

Em estudos semelhantes que avaliaram o PET, detectaram-se problemas semelhantes na compatibilização dos horários. Contudo, também se perceberam, gradativamente, maneiras para sanar essa dificuldade (ZEM-MASCARENHAS *et al.*, 2012).

Os preceptores criaram alternativas possíveis para superar a barreira do horário, algumas vezes incompatíveis, como permuta entre os colegas também preceptores. Isso retrata vontade e habilidade para encontrar maneiras para que o aluno pudesse realizar ou acompanhar várias realidades do território.

Pensamos em fazer um intercâmbio com todos os preceptores, aquele que tinha uma atividade, ficava com os alunos do outro, assim a gente foi construindo, a gente misturou e foi legal, se conheceram as três realidades, eram duas enfermeiras e uma médica, cada qual tem sua maneira de ver as coisas, de fazer, e eles tiveram a oportunidade de passar pelos três preceptores (E3).

Essas dificuldades e superações fazem parte do aprendizado para o coletivo, uma vez que consensos devem ser pactuados. Uma escuta das partes, acerca das dificuldades e possibilidades de estarem disponíveis, deve ser discutida, possibilitando chegar a situações comuns para todos os envolvidos.

Os alunos eram fixos meus, se eu não podia naquele dia, eu conversava com as colegas e eles ficavam, eles iam acompanhar a prevenção com a preceptora enfermeira, e vive versa, eu também ficava com os alunos dela (E11).

Com os outros profissionais não tinha interação, não...às vezes, o que a gente conseguia fazer: uma enfermeira tinha um grupo de

gestantes e ela pedia para gente ajudar; ia acontecer um evento, e pediam para gente ajudar, mas no dia a dia era difícil (E13).

A dimensão da demanda é uma questão que aparece como uma dificuldade a ser enfrentada, e influencia no exercício, uma vez que se sentem, algumas vezes, pressionados por ela, em detrimento das ações junto à comunidade e para o devido acompanhamento do aluno:

A demanda sufoca aqui (E5).

A gente está sobrecarregado devido à população que é imensa (E6). Eu acho que a principal angústia da gente é essa demanda exagerada, eu acho que no momento que a gente está com os alunos, a gente não consegue dar toda a atenção que a gente queria, nem fazer uma consulta bem detalhada justamente por conta da demanda, a gente tem uma demanda muito grande, a gente tem que dar conta da demanda, e então atrapalha (E6).

Tulio franco (2013) faz uma interessante discussão sobre a construção imaginária da demanda. Afirma que ela é socialmente construída e está relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado, e as relações entre trabalhadores e sua clientela. Possivelmente, a mudança dos serviços é a chave para a constituição de novos referenciais simbólicos, capazes de descontruir o modelo instituído de produção de procedimentos em detrimento de produção do cuidado (FRANCO, 2013).

Os preceptores têm a chance de conhecer outras possibilidades no trabalho multiprofissional em equipe, se libertando das amarras da demanda sufocante, revisar a prática do modelo baseado no pensamento hegemônico culturalmente construído nos serviços. O PET vem experimentar outras modalidades, através do incentivo de ações de Educação e Promoção em Saúde e do trabalho multiprofissional.

5.3 UM OLHAR AVALIATIVO DO PRECEPTOR NO PET-SAÚDE

O Objetivo deste estudo foi compreender as percepções dos profissionais da ESF no exercício da preceptoria. Contudo, levantaram vários pontos e questionamentos que nos induziram a definir um eixo para apresentalos, por compreendermos que contém importantes considerações.

A EP deve embasar-se num processo pedagógico que faça sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), que contemple

aquisição, atualização de conhecimentos e habilidades. Espera-se que os envolvidos desenvolvam práticas criativas, a partir da problematização do processo de trabalho, buscando vislumbrar a resolutividade das reais necessidades da população (BRASIL, 2009). O PET nas UAPS produz movimentos de deslocamentos nos serviços, que incomodam ou atraem o conjunto dos trabalhadores e gestores.

O PET-Saúde se insere nesse processo através de uma metodologia de trabalho que induz ações voltadas para a pesquisa, intervenção e extensão. Consegue proporcionar aos atores – preceptores/acadêmicos/tutores todo o arcabouço preconizado pela EP.

Através das pesquisas, proporciona conhecimento das necessidades da comunidade; com os projetos de intervenção, planejam suas ações na Unidade, incluindo as de EP para outros profissionais, e nas atividades de extensão, realizam ações de Prevenção e Educação em Saúde, prioritariamente, conforme demostrado. Portanto, considera-se valioso e relevante trazer a percepção sobre pontos que se consideram avaliativos sobre o seu papel na consolidação das possíveis transformações que o Programa potencializa.

5.3.1 Compartilhamento e descontinuidade das ações: "cada um fica no seu canto"

No exercício dessa função, eles referiram que os compartilhamentos existentes entre os 'petianos' e profissionais do local de trabalho e entre 'petianos' de outros locais eram poucos. Avaliaram que as atividades não mobilizaram o todo da unidade e que as ações foram pontuais.

Deveria ter uma padronização, sinto a necessidade de compartilhar como está nas outras unidades. Será que o que estou fazendo é o melhor? Será que em outra unidade não está fazendo melhor? E a gente poderia estar se ajudando, agrupando, dá discussão maior, está faltando um momento de ver como cada um está fazendo na unidade, juntar o que cada um está fazendo e padronizar (E8).

As atividades não mobilizaram a unidade como um todo (E1).

A gente desenvolveu muitas pesquisas, coisas interessantes, mas verdade seja dita, enquanto preceptores, não devolvemos para unidade, não sei os motivos...sinceramente...a gente apresentava tudo para a IES, na regional, mas na unidade mesmo, entre as equipes não (E3).

Tinha as rodas, a gente levava as coisas, mas achava que quem não era do PET, não achava importante (E3).

Os preceptores têm consciência de que as ações não deveriam depender dos alunos e do Projeto, e sim serem atividades regulares e complementadas pelos estudantes, em que eles viriam para fazer parte, e não serem os protagonistas dos processos.

Na época do PET, deu uma organizada, mudou muito; depois....é a tal coisa!!! Eu digo: muito da parte de educação em saúde, na época do PET, era praticamente a equipe do PET que levava nas costas a educação em saúde (E5).

Ele seria o aluno da graduação que faria parte de um programa que já existe, aquele programa não pode estar vinculado ao aluno, ele tem que ser permanente na Unidade (E1).

Contudo, consideravam os alunos a "tábua da salvação", como os que vieram para fazer, para mudar a rotina. Os estudantes são apoio para muitas atividades, plantavam as sementes. Isso reflete a ausência de trabalho colaborativo entre os profissionais, percebido por eles mesmos.

Eu acho que o serviço é muito carente de Educação em Saúde, eu acho que a gente se preocupa muito em fazer o pré-natal, prevenção, atender à pessoa doente, o idoso e não tem tempo para trabalhar a Educação e Promoção da Saúde, com o PET, você tem o tempo e a mão de obra e a gente precisava colocar em prática (E9).

E a gente não realiza mais porque a gente não tem suporte, a gente conta mais com os agentes de saúde, e a gente fica com limitações do dia a dia, cada um fica no seu canto, é muito complicado (E5).

A gente está buscando sempre estar trazendo algumas mudanças, na prática – trazer mais organização, mas na questão dos grupos, foi o que a gente fez de melhor, o pessoal sentem falta – cadê os grupos? Porque sempre tem que ter alguém puxando, mas o PET intensifica esses trabalhos (E12).

Eles plantavam a sementinha, para coisa render [...] essas ações têm que ser uma constante, alimentar (E5).

A condição que os preceptores têm de criar e planejar com os alunos, conquistando certa independência nos processos, e fazer 'o diferente', deixa de existir, ou pelo fato do projeto sair da sua Unidade, ou por ceder lugar a outro colega na seleção.

Relataram que não conseguiam mais desenvolver as atividades ou voltavam a realizá-las sozinhos; os processos se interrompiam ou perdiam a qualidade e voltavam para a rotina assistencial.

O que eles fizeram (os alunos) acabou, porque não tem mais quem faça a sala de espera, os grupos também não foram adiante, cada um voltou para seu canto (E10).

O profissional sentia-se novamente isolado e desestimulado, porque não tinha mais a ajuda dos estudantes para realizar atividades da mesma maneira; aumentavam as dificuldades para realizar as ações educativas, diminuía a disponibilidade de tempo, pois não tinha mais os turnos garantidos para o PET, e o apoio dos acadêmicos. Retornaram ao atendimento rotineiro.

Nem todas as atividades eu consegui continuar, até porque a disponibilidade ficou menor, o apoio de outros profissionais ficou menor, eu não tive como levar o grupo sozinha (E5).

Quem fica, volta para a rotina da cadeira, é meio que caiu na rotina mesmo (E13).

na minha unidade, se perdeu aquele acompanhamento mais perto das gestantes, esse olhar com as garotas de programa, porque lá tem um alto índice de HIV, isso não ficou (E11).

Percebe-se que parte da responsabilidade era dos próprios profissionais que se acomodavam ao cotidiano, eram absorvidos pelo sistema e não encontravam mais forças para buscar o que achavam correto fazer, porque se sentiam lutando contra corrente.

Hoje a gente sabe que pode dar certo e sabe por que apareceu um PET da vida que dizia que a prioridade é isso, educação em saúde, e tem que acontecer. E porque não pode continuar acontecendo. Saiu o PET, mas porque os profissionais não podem continuar se esforçando em pouquinho mais para dar certo, apesar de todas as dificuldades? (E9).

Faltou o abraço da equipe, e a gente faz autocrítica, mas basicamente é essa força que os alunos trazem, essa juventude, o interesse deles de fazer as coisas, aquele brilho, os profissionais que estavam no serviço eram para ter segurado a onda, mas a gente faz autocrítica, se perdeu (E11).

Vejo que a culpa é toda nossa, enquanto profissional, a gente não dá continuidade aos processos de trabalho. Por exemplo: quando eu entrei, eu tinha um grupo de gestantes que era um espetáculo, mas depois, foi se acabando...desestímulo (E13).

Sabem que para mudar têm que sensibilizar, envolver outros atores, enfrentar resistências de mentes que não desejam transformar, porque talvez signifique mais trabalho para esses. Não cultivam as sementes plantadas, e se acomodam.

A gente ainda é muito absorvido pelo sistema, enquanto a gente deveria estar mudando o sistema, aquela questão de ser absorvido pelo sistema, de sempre foi assim, eu não vou mudar sozinho o sistema, mas eu acredito que a gente vai continuar nessa mudança, mas a passos muito lentos, mas só que a velocidade deveria aumentar (E13).

A gente faz menos de 10% do que a gente podia fazer, a gente tem muita dificuldade e a gente se acomoda, a gente tem tanto problema, a gente fica esperando que alguém faça...e quando a gente vê os meninos com as coisas bonitinhas, com todo o gás, e confronta com a realidade...e a gente vê que poderia pensar dessa forma, que dá para fazer com pouco, mas dá para fazer (E3).

Os preceptores demonstraram dificuldades em mobilizar outras equipes, o planejamento mostrava-se individualizado, algumas vezes até

mesmo na existência de outros preceptores. Isso demonstrava a dificuldade de integração e planejamento conjunto, entre trabalhadores de uma mesma unidade de saúde.

Lá na unidade éramos três, duas enfermeiras e eu, uma enfermeira era de outra equipe e eu não tinha muito vínculo, o único vínculo era nas campanhas de vacina e nas aulas teóricas que a gente tinha lá na IES; o planejamento era individual (E1).

A gente fazia projetos para a comunidade que eu trabalhava, então a minha equipe tinha que se inserir de qualquer forma; mas a equipe que não tinha PET, não tinha adesão, não sabia nem o que o PET estava fazendo, a gente tinha roda geral, apresentava tudo, mas ficava por aí, a gente fazia nosso trabalho, os alunos andavam dentro da unidade, fazia tudo, e ficava no escuro (E3).

Para o serviço as atividades pontuais ocorreram, eram muito interessantes, mas foram atividades pontuais, acabou, não ficou, pouca coisa ficou (E13).

Não sei até que ponto o PET está conseguindo atingir os objetivos...sei lá...parece que a gente faz as coisas, mas as coisas não andam como deveria ser! Hoje como preceptora do PET, vejo que ele é uma contribuição, mas, às vezes, eu tenho medo de que fique só na minha equipe enquanto eu estou trabalhando. Eu acho que teria que ser mais amplo, atingir mais equipes, ter mais profissionais envolvidos ao mesmo tempo, quem sabe (E6).

Enxergavam que a Atenção Básica ainda estava muito desorganizada, com processos verticalizados e amarrados.

Nós temos muito que se organizar no nosso processo de trabalho; engraçado, do tempo que eu estou no PSF, entrei em 97, nas primeiras equipes do PSF, eu percebo que não acontece evolução, melhora, vai melhorando e quando pensa que está melhorando volta ao que era antes, eu ainda não me senti fazendo Saúde da Família, realmente como deveria, ter uma equipe, acompanhar de perto, fazer um RX na minha área e ter segurança, eu não vejo isso, nosso trabalho ainda é muito amarrado, verticalizado, apesar de se falar tanto em horizontalidade, nosso trabalho ainda é muito verticalizado, muito, muito, muito. Porque hoje se determina como deve ser, será que a equipe não sabe como deve ser?? (E8).

Então para trabalhar educação em saúde precisa de uma educação formal da população e precisa que os outros profissionais estejam envolvidos, e de uma Atenção Básica organizada, que infelizmente não tem ainda (E1).

Por outro lado, há uma Unidade com a presença de outros processos formativos, como Residência Medicina e Comunidade, Residência Multiprofissional, e o PET, cujos profissionais compreendem e incorporam a função formativa do SUS. Um cenário em que estudantes e profissionais se beneficiam e, principalmente a comunidade, que ganha com um acompanhamento de qualidade e oportunidades de participação e convivência:

Minha unidade tinha residência médica, já tinha outros alunos da enfermagem, de outros cursos, e outra coisa, a maioria dos

profissionais eram diferenciados, só na minha equipe todos os três fazem mestrado, uma enfermeira está no doutorado, outra no mestrado, temos um diferencial de comportamento, não eram aqueles que atendem e tchau...tinham um envolvimento, tudo isso já contribuía para uma organização natural, pelo perfil dos profissionais, então não vimos alterações só por causa do PET, ele veio somar (E14).

Essas questões remetem a pensar sobre o papel desse preceptor na consolidação desses processos. Como isso pode ser potencializado? Essas indagações inquietam. Remetem a constatar as contradições existentes, nos processos desencadeados nos serviços, e o quão difícil é o gerenciamento. Algo que veio para impulsionar ações para o intercâmbio entre trabalhadores, universidade, comunidade, produzir o novo em processos colaborativos e integradores, nem sempre são devidamente aproveitados. Caminhos devem ser percorridos.

5.3.2 Preparação para o exercício da preceptoria

Identificaram como fator avaliativo questões relacionadas à formação para exercer a função de preceptoria. As manifestações são voltadas para dois quesitos primordialmente. Um é sobre a necessidade de maior aprofundamento em metodologia científica e outro sobre a formação pedagógica.

O Programa vislumbra a construção de conhecimentos a partir da realidade vivenciada pelos estudantes e preceptores. Eram estimulados a escrever artigos, inscrever trabalhos em Congressos, acerca do que realizavam.

Os preceptores se ressentiam de um maior investimento na formação para a pesquisa e escrita de artigos e trabalhos para eventos científicos, pois eram responsáveis em apoiar os alunos para isso.

A gente tinha os treinamentos da tutoria para a pesquisa, não era uma coisa muito aprofundada (E2).

Na época a gente pedia um curso de metodologia científica (para os artigos), até começou, mas não terminou (E14).

Eu acho que teria que ter uma disciplina de metodologia, eu até sugeri isso! Porque se trabalhava muito a questão de metodologia: tem que ir pela linha tal ou tal...mas que linha é essa?? Coisas novas, mas na minha época, não existia isso! Eu acho que tinha que ter três meses de preparação só sobre projeto de pesquisa, vamos aprender como escrever um artigo; então acabava cobrando um artigo, mas eu não tinha experiência! (E9).

E eu tive dificuldade na parte de pesquisa, a gente tinha que apresentar trabalhos nos congressos, tinha que estar mostrando, porque o PET exigia isso, e a gente escrevia na marra [...] falta um pouco da questão pedagógica, falta sim; você está pego um profissional do serviço, para conseguir o que a universidade quer, então a gente tem que ser realmente capacitado [...] a gente não é professor, eu vou acompanhar um aluno, ele vai ver o que estou fazendo (E3).

Os preceptores detectaram necessidades formativas que os preparassem para lidar com as peculiaridades do ensino em serviço e com a multiplicidade das formações e experiências de vida. Compreendiam que sua formação especializada era insuficiente para esse exercício. Denotavam que as capacitações oferecidas pela IES poderiam ser incrementadas.

É a gente não sabia bem o que fazer, às vezes, eu era preceptora, mas eu não tinha nenhum curso de preceptoria, a gente sabe o que é ser preceptora, a gente conhece....mas eu acho que a gente tem que ter aulas, uma formação mais pedagógica. Eles investiram mais na parte de metodologia científica. Faltava aquela parte pedagógica que eu tive que a gostaria de uma melhor orientação do que fazer com os alunos na unidade (E8).

Com certeza eu tive dificuldades pedagógicas, a gente nunca estava preparado para ser preceptor, faltou experiência. Foi uma dificuldade tremenda a questão de metodologia científica, a tutora era muito preocupada com isso, dava muito apoio, mas a gente tinha uma limitação de conhecimento (E11).

Analisando experiências do PET em outro Estado, nota-se investimento na formação de preceptores. Nesse local, os autores objetivando o desenvolvimento profissional para instrumentalizar a capacidade reflexiva e a problematização, proporcionam capacitação em metodologias ativas, valorizando um processo no qual os preceptores aprendam, a partir da análise e o exame constante das suas próprias experiências, para atuação no processo de ensino-aprendizagem (CYRINO et al., 2012).

Na presente pesquisa, observou-se que os sujeitos entrevistados requeriam formação para além das funções técnicas que lhe eram atribuídas.

Pra mim, faltou uma preparação pedagógica, não técnica, mas pedagógica (E1).

É a gente não sabia bem o que fazer, às vezes, eu era preceptora, mas eu não tinha nenhum curso de preceptoria, a gente sabe o que é

ser preceptora, a gente conhece....mas eu acho que a gente tem que ter aulas, uma formação mais pedagógica. Eles investiram mais na parte de metodologia científica. Faltava aquela parte pedagógica que eu tive que aprender aos trancos e barrancos (E10).

Precisei ter postura de professor sem ter formação, exercer funções pedagógicas as quais não estava preparada e nem recebi capacitações (E1).

A percepção de "ter que ser professor", sem uma formação específica, mostra que essa recente atribuição delegada aos profissionais, precisa de investimento, tanto por parte dos gestores dos serviços como do Programa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de compreender a percepção dos profissionais que atuavam na Atenção Básica, vinculados ao Programa de Educação Pelo Trabalho no exercício da preceptoria. Identificar quais fatores influenciavam esse exercício, as práticas utilizadas com os estudantes e descortinar os significados a partir da escuta das narrativas.

Obteve-se muito prazer em desenvolvê-la. Foi um aprendizado e um repensar da vida profissional. Considera-se a pesquisa satisfatória, uma vez que alcançou os objetivos, na esperança de contribuir para o fortalecimento do Programa.

Descobriu-se que esses profissionais mostravam grande interesse para exercer essa função. Apresentavam como motivações pessoais, a possibilidade de se reaproximarem da universidade, contribuindo para qualificação profissional, curricular, e abertura de portas para futuros investimentos em Pós-graduação.

Proporcionava movimentos na vida profissional, estimulados a voltar aos estudos, criar e escrever a partir das suas experiências.

Relataram que a estagnação do cotidiano era desmotivante e depositavam nessa experiência a esperança de novos sentidos ao trabalho. Vislumbravam no encontro com estudantes uma oportunidade de sair da rotina e produzir algo novo para o cotidiano. Trazia possibilidades de renovação. Desestabilizar a rotina.

Apresentavam como muito prazeroso construir esse processo junto aos alunos, e sentiam-se complementados, auxiliados, instigados, ricos em aprendizados e trocas de saberes.

Os preceptores se reconheceram como responsáveis em intercambiar o aprendizado entre os alunos, aproximando-os da realidade dos serviços e da comunidade. Construíam coletivamente as atividades, aprendendo a trabalhar em equipe, oportunizando a ampliação dos olhares, para além do seu núcleo de conhecimento.

O preceptor apresentava o desejo de *fazer direito*, de *ensinar direito*, *fazer como dever ser feito*, uma preocupação com o aprendizado do aluno, de colaborar para uma formação para o SUS, revelar que o *SUS é legal*, *bom para se trabalhar*, mostrando o território e a imprevisibilidade própria da Saúde.

Exercitavam a aproximação com a comunidade, através de ações de Prevenção e Educação em Saúde. Realizavam planejamento estratégico e organizavam grupos, projetos de 'sala de espera', palestras em escolas, creches, e outras instituições, partilhavam das ações coletivas de saúde bucal e busca ativa de Câncer de boca.

A partir das necessidades surgidas no dia a dia, ou das demandas dos programas ministeriais, realizavam atividades de conscientização sobre doenças, e de necessidades a partir do diagnóstico local. Atuavam nas campanhas de vacinação, ações na área da mulher, criança, gestantes, idosos e adolescentes. Dessa maneira, iam integrando e interagindo estudantes e usuários.

Algumas dificuldades com relação à aproximação com a comunidade foram relatadas. Delimita-se no levantamento nas práticas desenvolvidas, contudo, esse aspecto não foi suficiente para conhecer as razões de tais dificuldades em profundidade. No entanto, permitiu-se intuir que a dimensão da inclusão e da participação comunitária, ainda, é um tema que precisa ser melhor explorado nos serviços. Nota-se essa aproximação como um movimento de 'fazer para' do que 'construir com' a população, merecendo maiores estudos.

As relações que se entrelaçam nessa função são fundamentais para o bom andamento do Programa. A interação com tutores é vista como importante apoio no desenvolvimento das atividades, porém relatos demonstraram que existia distanciamento do campo por alguns deles. Avaliaram que a presença física, no local de atuação do preceptor, era relevante para o conhecimento da realidade do cotidiano pois deste modo dariam maiores contribuições, com sugestões e acompanhamento nas atividades, tanto de pesquisa como nas intervenções. Havia preponderância no investimento das pesquisas e construção de artigos, e menos no suporte para as atividades práticas e na relação preceptor-aluno.

Nesse sentido, questiona-se sobre como essa produção poderia ser efetiva para proporcionar a divulgação das experiências no espaço da Unidade de Saúde onde o projeto se desenvolve, bem como em outras, com o intuito de problematizar as práticas instituídas e apresentar outras formas de abordagem dos problemas de saúde da comunidade. Quem sabe, deste modo, o projeto alcançaria maior dinâmica interna nos serviços, a fim de produzir movimentos de mudança.

Já a relação com os alunos era muito apreciada. Apresentavam como uma interação que produzia aprendizado, oportunidades de desenvolver ações, que sem eles, não conseguiriam.

Superaram o sentimento de isolamento no trabalho, experimentando movimentos de uma atuação em equipe multiprofissional e atitudes colaborativas entre eles. Encontravam nos estudantes o ânimo perdido, o estímulo de inventar e produzir novos processos. Passavam a sair da sua caixinha, e se abrir para um aprendizado diferenciado, de novos conhecimentos. Potencializavam os grupos já existentes ou proporcionavam a criação de novos, que eram bem aceitos pela população. Com sua disposição e dinâmica, os estudantes, animavam os grupos com propostas criativas e inovadoras aos usuários, que se beneficiavam desses momentos.

Essa relação com estudantes de formações diferenciadas, ao mesmo tempo em que se mostrava um desafio, se transformava em potencialidade, no momento em que percebiam a eficácia do olhar do outro na

resolução de problemas, que muitas vezes nem viam. O trabalho multiprofissional surge, e é enfrentado a partir da superação e quebra de paradigmas. Conseguem enxergar para além do conforto do seu limite de conhecimentos específicos, para possibilidades de lidar com novos olhares.

Sabiam que poderiam contribuir para o aprendizado do aluno. Respeitavam suas diferenças e aprendiam a lidar com elas, inventavam formas de inclusão de todos, quebrando as interfaces profissionais. Caminhavam do desconhecido para possibilidades de ampliação do olhar, dinamizando a rotina da sua vida profissional.

Essas novidades, ainda que potentes, causavam também algumas inseguranças e medos, angústias e dificuldades. O fato de ter que pensar em atividades para além do seu núcleo profissional, colocava em xeque sua criatividade e tinha a necessidade de voltar aos estudos, de se permitir novas atitudes.

Algumas dificuldades se delineavam nesse caminhar. A relação com gestores e outros profissionais da Unidade, nem sempre era facilitadora.

Gestores sem perfil para um gerenciamento dialógico tendiam a não compreender o projeto, e viam os alunos como empecilho, atrapalhando a realização de procedimentos ambulatoriais. Esse programa tem o propósito, justamente, de incomodar a prática tradicional de atenção à saúde, mas nem sempre é compreendido.

As unidades enfrentavam alta demanda por atendimentos, consultas e medicamentos, e parte dos gestores questionavam os preceptores nesse acompanhamento dos alunos. Essa cobrança incomodava-os e causava mal estar na relação.

De modo oposto, encontraram-se relatos em que essa prática geradora de movimentos era estimulada e fortalecida. Os alunos eram disputados pelo conjunto dos trabalhadores do serviço, participando como atores essenciais, em campanhas, acolhimento e todas as outras atividades inerentes ao trabalho na ESF.

O companheirismo entre os petianos na mesma unidade era muito interessante, interagem entre si, faziam intercâmbio dos alunos, na busca de resolver problemas de horários entre preceptores e alunos, fomentando o conhecimento de realidades distintas. Movimento semelhante ocorria em unidades onde já existiam outros processos de formação, como as residências médicas e multiprofissionais e em que a gestão e os profissionais compreendiam a função formativa do SUS, a potencialidade do Programa era forte.

Situações adversas existiam, e havia casos em que os preceptores desenvolviam suas atribuições, com pouca interação, colaboração e participação de outros trabalhadores, exceção feita aos ACS que eram lembrados como cooperadores.

Manifestações de incompreensão e incômodos eram relatados acerca da relação com colegas, e eles mesmos apresentavam algumas respostas. Apareciam questões como não entendimento do programa, desinteresse, pouca divulgação das atividades entre todos. A questão financeira apontava para necessidade de abrir-se um diálogo delicado. Parece que isso resvala no gerenciamento. Fica aqui mais uma interrogação. Até que ponto as gestões locais estão sendo sensibilizadas e provocadas a acolher e colocar na roda e promover a escuta e compartilhamento das experiências?

Essa questão merece ser investigada. Porque não se consegue nos espaços de trabalho, condições de reflexão sobre as práticas profissionais? Mudanças causam resistências, que podem impedir o movimento de ondas transformadoras. Um barco sozinho não segue uma direção. Fica a navegar perdido na imensidão do mar. O sentimento de não conseguir mudar as práticas instituídas e enraizar processos foi manifestado pelos preceptores, plantavam sementes que esperavam florescer.

Avaliavam que havia retorno ao cotidiano da rotina desmotivante, quando o programa saía da Unidade. Os processos murchavam e as atividades eram realizadas com mais dificuldades ou se interrompiam. O tempo diminuía e a ajudava também. Sem o dinamismo dos alunos, as atividades voltavam a ser isoladas e a depender do compromisso individual dos

profissionais. Sentimentos de sentir-se sozinho, não ter pernas para fazer o que se deseja, e precisar de ajuda de outros profissionais, surgem nos discursos. Escuta-se afirmar que práticas colaborativas são pontuais e revelam necessidade de investimentos em longo prazo.

Projetos de educação permanente para trabalhadores da saúde são fundamentais para o estímulo à reflexão das práticas, atitudes e comportamentos, no fortalecimento dos princípios e das diretrizes do SUS.

Sobre essa dimensão, o PET-Saúde contribui muito, ao aproximar a universidade e seus estudantes e tutores, ao universo da realidade concreta dos serviços. A construção de processos e aprendizagem recíprocos, que não é de nenhuma área específica, mas que é de todos, induz à produção de conhecimentos a partir da produção multiprofissional e da realidade do território. Avalia-se como um avanço.

A inserção de alunos na rede de serviços traz para o debate algumas questões de ordem pedagógica. Acredita-se que exista um conjunto de atitudes que precisam ser ativadas, quando se pressupõe um trabalho ao preceptor, de mediação entre a teoria e a prática. Até que ponto esse preceptor consegue pensar proposições com o estudante, para a problematização? Ou mais, até que ponto esse preceptor supera as práticas instituídas e propõe mudanças efetivas para a continuidade das estratégias implementadas com os alunos? Essas lacunas precisam de investimento por parte da coordenação do programa e dos gestores.

Recomendações

O SUS, para sua efetiva resolutividade e efetividade, exige gestores e profissionais capacitados em um agir coletivo, com autonomia para implementar gestões dialógicas, criando ambientes saudáveis e participativos. Para tanto, é substancial que exista, primeiramente, ambiente favorável para isso, por meio de gestões democráticas que exercitem esses princípios, e profissionais que aproveitem seus espaços de inserção, para realizar práticas geradoras produtivas e uma atenção integral.

Os preceptores têm nesse processo uma relevância, pois são fomentadores de processos de aprendizagem e possíveis agentes de transformação e, para tento, deve-se investir na sua formação ético-política para um agir reflexivo e crítico.

Para alcançar mudanças nas práticas, os modos de gestão têm que ser repensados, momentos de escuta e pactuações devem ser incentivados, proporcionando que a roda gire e os encontros aconteçam.

REFERÊNCIAS

AFONSO; D.H.;DA SILVEIRA, L.M.C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ ano 11, suplemento 2012.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** 5(9):150-153. 2001.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** 2. Ed. Ver. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007

Aquino, F. O. T. P. Gestão da educação permanente no município de Fortaleza / Dissertação Mestrado Acadêmico de Saúde Pública - UECE – 2013.

BARRETO et al. Gestão participativa no SUS e a integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.

BASTOS, E.N.E. et al. Desenvolvimento do papel do apoiador institucional em Fortaleza, CE. In: CAMPOS, G.W.S.(Org.); GUERRERO, A.V.P.(Org.). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411p.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [1]: 65-85, 2011.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32(3): 373; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: **SGTES:** políticas e ações / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. Ed., ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.: - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 242 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). ISBN 978-85-334-1639-0. CEARÁ, 2012. Edital 01. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Determina sobre o processo seletivo para Preceptoria PRÓ-PET-SAÚDE 2012-2014, para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. . Relatório do I Seminário Nacional do PRO-SAÚDE e I Encontro Nacional dos coordenadores do PET-SAÚDE. 2009. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes, consultado em 13 de janeiro de 2013. . Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. 2008. ____, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de** 2007. Disponível http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11666.html?el mcal month=7&el mcal year=2011. Acesso em: 18 de out. 2011. . Ministério da Saúde. Portaria nº 648 GM, de 28 de março de 2006, Atenção Básica. 2006. Nacional da Disponível http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm. Acesso em 18 de out. 2011. . Ministério da Saúde. Portaria nº 2101 MS/MEC, de 28 de março de 2005. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm. Acesso em 18 de out. 2011. . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente. 2004. Disponível em: Acesso em 18 de out. 2011. . Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Parecer 776. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos graduação. 1997. Acesso jan. 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arguivos/pdf/CES0776.pdf. . Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9394. Diretrizes e Bases Educação Nacional. 1996. Disponível da em: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/leis/l9394.htm. Acesso em: 13. Jan 2013. . Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República

do

Acesso em: 18 de out. 2011.

Brasil

de

http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

1988.

1988.

Disponível

- 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p. - (Série B. Textos Básicos

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 23, n.2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS. G.W.S. Clinica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2007.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furação**: trabalho médico e o programa saúde da família Campinas; s.n; 2003. 299 p. ilus. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Campinas, 2003.

CARVALHO, Y.M.; CECIM, R.B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. CAMPOS, G.W.S.(Org)...[et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2007.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Municipal Saúde Escola. Edital nº 01/2012 — Processo Seletivo para Preceptoria PRO-SAÚDE 2012-2014. 2012. Disponível em: http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php. Acesso em: 13 jan. 2013.

CECCIM, R.B. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e prática. PINHEIRO, R; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (orgs). CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

CECIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005.

CECIM, R. B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004a.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1410, setout, 2004b.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CYRINO, E.G. et al . Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, Mar. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&Ing=en&nrm=iso. Acesso em access: 18 jan. 2014.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53. DECRETO Nº 13.106 DE 12 DE ABRIL DE 2013, Diário Oficial do Município de Fortaleza; Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria Municipal de Saúde – sms, e dá outras providências.

FEUERWERKER, L.C.M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In. Campos, G.W.S (org); Minayo, M. C.S. (org); Akerman, M. (org); Jr.M.D. (org); Carvalho, Y.M. (org); Educação Médica em Transformação: instrumentos para a Construção de Novas Realidades. Associação Brasileira de Educação Médica, São Paulo, 2004.

ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: Condições de possibilidades para a integração de saberes e a colaboração interprofissional, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Pós-graduação em Saúde Comunitária, Fortaleza, 2012.

FERREIRA, A.B.H., **NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORTALEZA. Secretaria Executiva Regional VI. **Relatório de Gestão 2012**. 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010. Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. 2011. pag. 5 e 119.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006. Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. 2007. pag. 38.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org); DESLANDES, S.F. **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Ed. Vozes. 2012.

GUIZARDI, F.L.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC –ABRASCO; 2006. p. 153-77.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivos. In: PINHEIRO, R.;

BARROS, M.E.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. CEPESC – IMS/ UEFRANCO, 2013 - ARJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

JAPIASSU, H.J. O espírito interdisciplinar. **Cadernos EBAPE**. BR, FGV. Volume IV – n.3, pg. 1 – outubro, 2006.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. 2010. Vol. 15, no 1, p. 1533-1541. Acesso em: 01 fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf.

LEITE, M.T.S. et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde na formação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 1, n. 36, p.111-118, 2012.

MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.); GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411p.

MERHY, E. E.; Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec, http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pd, acesso em novembro de 2013.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005.

______. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, Feb. 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso. access on 17 Apr. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009.

MINAYO, M.C.S. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde – 12º ed – São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social** – Teoria, método e criatividade – (org.). 3° ed. 2012.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. Preceptoria na Formação Médica: o que Dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 303 35 (3): 303-310; 2011.

OLIVEIRA, M.C. Os Modelos de Cuidados e Atividades Multiprofissionais, dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 348 32 (3): 347 – 355; 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista saúde Pública**, 2001; 35(1): 103-9.

http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf, acesso em janeiro de 2014.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physys Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2]: 629-649, 2011.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

PINTO, C.A.G.; COELHO, I.B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.(Org.); GUERRERO, A.V.P.(Org.). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. 2008.

PORTARIA Nº 160/2006; o Secretário de Saúde cria o Sistema Municipal de Saúde Escola- SMSE do Município de Fortaleza, composto pela gestão Municipal,

pelos trabalhadores de saúde, pelas instituições de ensino e pelos usuários do SUS. Diário Oficial do Município de Fortaleza, publicado em 04 de Janeiro de 2007.

RIBEIRO, E.C.O. Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, V. 11 (Supl. 1). 2012.

Strauss, A.; Corbin, J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimento para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed., Porto Alegre, 2008.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, v.13 n.39, set/dez. 2008.

TOLFO, S.R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: 38-46, 2007.

TRAJMAM, A; ASSUNÇÃO,N.; VENTURINI, M.; TOBIAS,D; TOSCHI,W; BRANT, V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 33 (1); 24-32; 2009. Disponível em http://scielo.br/pdf/rbem/v33n1/04.pdf. Acesso em 02 jan. 2014.

TRIVINOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais – Pesquisa Qualittiva em educação. São Paulo, Editora Atlas S.A. 3º edição. 1992.

UNIFOR. Relatório das atividades desenvolvidas pelo Pró-saúde II – UNIFOR. Instrumento de Avaliação Pró-Saúde, PET-Saúde. 2012.

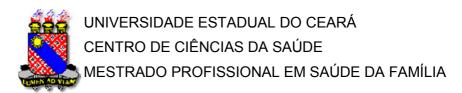
UNIFOR. Relatório das atividades desenvolvidas pelo Pró-saúde II – UNIFOR. Instrumento de Avaliação Pró-Saúde, PET-Saúde. 2011.

UNIFOR. Relatório das atividades desenvolvidas pelo Pró-saúde II – UNIFOR. Instrumento de Avaliação Pró-Saúde, PET-Saúde. 2010.

ZEM-MASCARENHAS e colaboradores - Relato da Experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Revista Brasileira De Educação Médica 36 (1, Supl. 1) : 142-148; 2012. http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a19.pdf acesso em janeiro de 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA



PROJETO DE PESQUISA: PRECEPTORIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

AUTORA: Rosane de Lucca Maerschner

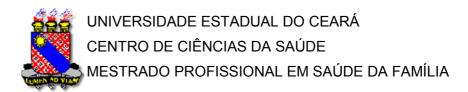
ORIENTADORA: Annatália Meneses de Amorim Gomes	
ROTEIRO DE ENTREVISTA	ENTREVISTA:
1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)	Data:/
1.1. Idade: Anos Naturalidade:	
1.2 Sexo: F () M ()	Início:
1.3. Curso de Graduação:Universidade:	IIIICIO
1.4. Ano de graduação:	
1.5. Pós-graduação: SIM () NÃO () Em que área?	
1.6. Residência: SIM () NÃO () Em que área?	
1.7. Função/Cargo:	
1.8. Vínculo empregatício:	
1.9. Tempo de serviço na saúde: (anos)	
1.10. Tempo de atuação como preceptor na unidade básica?	

2. PERGUNTAS NORTEADORAS

- 2.1 O que o levou a ser preceptor na Estratégia Saúde da Família?
- 2.2. Fale-me sobre a sua experiência como preceptor na Estratégia Saúde da Família.
- 2.3 Que desafios e potencialidades você sente no cotidiano do exercício da preceptoria?
- 2.4 Quais estratégias você utiliza no seu trabalho de preceptoria?

- 2.5 Você percebe modificações na organização do serviço a partir do desenvolvimento do PET?
- 2.6 Como você percebe sua relação com o tutor?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PROJETO DE PESQUISA: PRECEPTORIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

AUTORA: Rosane de Lucca Maerschner

ORIENTADORA: Annatália Meneses de Amorim Gomes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada Preceptoria no Programa de Educação Pelo Trabalho na Perspectiva dos Profissionais de Saúde, que tem por objetivo compreender a percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o significado da experiência vivenciada no exercício dessa função, desse projeto, do Ministério da Saúde. A pesquisa será realizada com profissionais que exercem ou exerceram essa função no PET-Saúde - UNIFOR, desde 2009 até a presente data na Secretaria Executiva Regional VI do Município de Fortaleza-CE. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista semiestruturada sobre o tema acima proposto que poderá ser gravado se o (a) Sr. (a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntaria e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemonos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Este documento consta de duas vias, uma via pertence à pesquisadora e outra ao participante. Se necessário, pode entrar em contato com a mestranda responsável pela pesquisa. Rosane de Lucca Maerschner, contatos: 32713449, 89201786 ou através da coordenação do Mestrado, no número: 31019644.

31019644.							
Eu,	,	tendo	sido	esclarecido	sobre	а	
pesquisa: Preceptoria no Program	na de Educaçã	io pelo	Trab	alho na Pe	rspectiv	'a	
dos profissionais de Saúde, aceito em participar da mesma.							
	Fortaleza,	de			de		
Assinatura do (a) participante:							
Assinatura do (a) pesquisador(a)	<u> </u>						