



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

FRANCIJANE DINIZ DE OLIVEIRA

A Preceptoría na estratégia saúde da família: o olhar dos profissionais de saúde

NATAL/RN

2014

FRANCIJANE DINIZ DE OLIVEIRA

A preceptoria na estratégia saúde da família: o olhar dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação na saúde

Orientador: Prof^o. Dr. Antônio Medeiros Júnior

NATAL/ RN

2014

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Oliveira, Francijane Diniz.

A Preceptoría na estratégia saúde da família: o olhar dos profissionais de saúde / Francijane Diniz Oliveira. - Natal, 2014. 105f: il.

Orientador: Prof^o. Dr. Antônio Medeiros Júnior.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Núcleo de Estudos em Saúde da Família - NESC. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Desenvolvimento de pessoal - Dissertação. 2. Preceptoría Dissertação. 3. Saúde - Ensino Superior - Dissertação. I. Medeiros Júnior, Antônio. II. Título.

RN/UF/BSA01

CDU 61:378

FRANCIJANE DINIZ DE OLIVEIRA

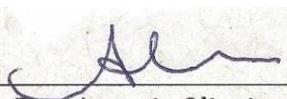
Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, área de concentração: Saúde Família, Linha de Pesquisa Educação na Saúde, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 09/Maio/2014

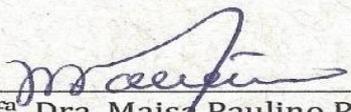
Banca Examinadora:



Prof.^o.Dr. Antonio Medeiros Junior
Orientador



Prof.^ª. Dra. Antonia Oliveira Silva
Universidade Federal da Paraíba- UFPB



Prof.^ª. Dra. Maisa Paulino Rodrigues
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

“Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade

Paulo Freire

A Dona Betinha, exemplo maior de que no
ajudar aos outros, não há melhor retorno do
que um sorriso. Amo você, mamãe!

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Há pensamentos que são orações. Há momentos nos quais, seja qual for a posição do corpo, a alma está de joelhos. (Victor Hugo)

Ao que primeiro leu meus manuscritos, meu amor William;

Aos companheiros de viagem, Adriana, Ligiana e Robevan, obrigada pelas risadas, apoio e, acima de tudo, pela amizade que se construiu nestes dois anos de intensa convivência;

Aos companheiros de mestrado da nucleadora UFRN, pelas contribuições que enriqueceram a mim e a minha prática de trabalho;

À equipe de saúde da Unidade de Saúde José Bonifácio dos Santos, que, com sua generosidade e compromisso, permitiu que me ausentasse do serviço sem que a população fosse prejudicada com isso;

Aos preceptores da Estratégia Saúde da Família que ajudaram a construir este trabalho: gostaria de citá-los um a um, porém, como prometido, não o farei;

Aos professores do programa, com os quais, se construiu uma relação de respeito e troca de experiências e afecções;

Às professoras Maísa e Socorro, pelas ricas contribuições nos tempos da qualificação;

Um agradecimento especial ao meu mestre, Antônio Medeiros Júnior que com sua sabedoria afetou-me e permitiu-me transcender aquilo que meus olhos são capazes de alcançar sensibilizando-me para o mundo;

Meus sinceros agradecimentos.

FRANCIJANE, Diniz de Oliveira. JÚNIOR, Antônio Medeiros. A **preceptoría na estratégia saúde da família**: o olhar dos profissionais de saúde. 2014. Dissertação. Mestrado Profissional em Saúde da Família - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

A proposta de integração ensino-serviço a partir de vivências no mundo do trabalho traz aos profissionais atuantes nos serviços de saúde um desafio, aliar a sua prática assistencial à preparação de novos profissionais em conformidade com o modelo de saúde nacional. Na cidade de Recife-PE, a rede de assistência é conhecida como rede escola, pois disponibiliza para as Instituições de Ensino Superior todos os seus equipamentos de saúde e, em especial, os profissionais que lá trabalham para a prática de preceptoría, transformando essa atividade em um componente importante da rede de serviços. O presente estudo teve como objetivo analisar a experiência da preceptoría junto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no olhar dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, cujos participantes são médicos, odontólogos, enfermeiros que exerceram a preceptoría por no mínimo dois anos nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família vinculadas a duas Instituições de Ensino Superior. Como instrumento de pesquisa, foi utilizada uma entrevista semiestruturada e os dados foram processados mediante o auxílio do software Alceste 4.9. Os resultados apontaram quatro classes semânticas que emergiram do material textual, as quais foram divididas em dois eixos distintos: O Eixo 1, composto pela classe 4, e a Eixo 2, composto pelas classes 3, 2 e 1. A categorização levou em consideração a relação das classes entre si. Observou-se que a classe 4 apresenta a sobrecarga de trabalho como dilema da participação profissional na preceptoría, a perceber pelo jogo de palavras: conseguir, tempo, paciente, dar e complicado. Todavia, observa-se, também, que a preceptoría realiza ações de ensino-aprendizagem positivas, reforçadas através das palavras dizer, explicar e discutir. A classe 2 mostra a preceptoría como troca de experiência - momento positivo que propicia atualização teórica ao preceptor - associando às práticas profissionais executadas pelo binômio preceptor-estudante em serviços de saúde e comunidades. Nessa perspectiva, todos são beneficiados, porque a preceptoría é estruturada em torno dos aspectos dinâmicos do conhecimento, vivenciados em cenários permeados pelas necessidades de saúde das pessoas. Na classe 3, aparecem as potencialidades desta experiência; ela destaca o compromisso pessoal como o principal motivo da atuação enquanto preceptor nesta rede de formação/atenção, fundamentando-se nas palavras motivo, formação, gostar e profissionais. Por fim, porém não menos importante, há a classe 1, que sugere a importância da preceptoría como uma das estratégias para efetivar a Política Nacional de Humanização, a partir da integração ensino-serviço-comunidade, a observar pelas palavras: chega, universidade, fundamental, maneira, parceria, serviço e aluno, além de apontar as perspectivas e os desafios para a melhoria do exercício da preceptoría nos serviços de saúde. A integração ensino-serviço-comunidade pode potencializar as propostas de mudanças relativas ao modelo de atenção praticado nos serviços, mas essa relação ainda é superficial. O preceptor é um ator em ato, trabalha na cena da vida real, e é nesse momento que ele torna-se essencial para a busca de uma formação com o perfil defendido nas propostas de formação de um profissional que seja capaz de aprender a aprender.

PALAVRAS CHAVES: Ensino Superior; Preceptoría; Desenvolvimento de Pessoal.

FRANCIJANE, Diniz de Oliveira; JÚNIOR. Antônio Medeiros. **Preceptorship in family health strategy: the look of health professionals**. 2014. Thesis. Professional Master's in Family Health - Federal University of Rio Grande do Norte, Natal - RN, 2014.

The proposal of teaching-service integration from work experience brings a challenge to the professionals involved in health services: to combine their healthcare practice to the preparation of new professionals in accordance with the national health model. In Recife, the assistance network is known as school network, since it provides all its health equipment for Higher Education Institutions, in special for professionals who work as preceptors, making this activity an important component of the services network. The objective of the present study was to analyze preceptorship experience herein Multidisciplinary Residences in Health in the look of health professionals. This is a qualitative descriptive study, involving physicians, dentists, and nurses that have worked as preceptors for at least two years in multidisciplinary residency linked to two Higher Education Institutions. A semistructured interview was used as research instrument and data were processed by using the software Alceste 4.9. Results indicated four semantic classes which were divided into two axis. Axis 1, composed of class 4, and Axis 2, composed of classes 3, 2 and 1. Categorization considered the relation between classes. It was observed that in class 4 work overload is a dilemma for professional participation in preceptorship. This is noted by the words *manage, time, patient, give, and complicated*. However, it is also observed that the preceptorship involves positive learning and teaching actions, reinforced by the words *say, explain, and discuss*. Class 2 shows the preceptorship as an experience exchange, a positive moment that provides theoretical upgrade to the preceptor, associated to the professional practices performed by the binominal preceptor-student in health services and communities. In this perspective, everyone is benefited since preceptorship is structured according to dynamic aspects of knowledge, experienced in settings permeated by people's health necessities. In class 3, potentialities of this practice are shown, and personal compromise is the main reason of acting as a preceptor in this network of education/attention, demonstrated in the words *reason, formation, to like and professionals*. Last, but not the least, class 1 suggests the importance of preceptorship and one of the strategies to create the National Politics of Humanization, from the teaching-service-community integration, observed in the words: *arrives, university, fundamental, manner, partnership, service, and student*. Besides, it rates perspectives and challenges for the improvement of the preceptorship in health services. Integrating teaching and service can enhance the proposals of changes concerning the healthcare model practiced in services, but this relation is still superficial. The preceptor is an actor in action, playing real life roles, and that is when he becomes essential to seek training with the profile defended in the proposed training of a professional who is capable of learning to learn.

KEYWORDS : Higher Education; Preceptorship; Staff development.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição das instituições de ensino superior em territórios de saúde de Recife.....	51
Tabela 3 - Tempo de experiência na estratégia saúde da família.....	59

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa representativo da divisão político-administrativa de Recife - PE.....	50
Figura 2 - Classificação hierárquica descendente. Recife, 2014	61
Figura 3 - Dendrograma/Análise Lexicográfica acerca de preceptoria.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

ALCESTE - Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CHA - Classificação Hierárquica Ascendente

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CISAM - Centro de Saúde Integrado Amaury de Medeiros

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DGGTES - Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação na Saúde

DS - Distrito Sanitário

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAM - Hospital Agamenon Magalhães

HBL - Hospital Barros Lima

HC - Hospital das Clínicas

HGV - Hospital Getúlio Vargas

HR - Hospital da Restauração

HUOC - Hospital Universitário Oswaldo Cruz

HUP - Hospital Ulisses Pernambucano

IDA - Integração Docente-Assistencial

IMIP - Instituto de Medicina Integrada Professor Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde

PE - Pernambuco

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente

PROMED - Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares no Curso de Medicina

PRÓ-SAUDE - Programa Nacional de Reorientação

PSF - Programa Saúde da Família

REMISF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

UCE - Unidade de Contexto Elementar

UCI - Unidade de Contexto Inicial

UNI - Uma Nova Iniciativa na Formação Profissional em Saúde

UPE - Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	17
CAPÍTULO II - ABORDAGEM TEÓRICA.....	25
2.1 Sistema de Saúde e Formação em Saúde: Contextos e Descontextos	26
2.2 A Preceptoría na Formação em Saúde.....	36
2.2.1 Entendendo o papel do preceptor.....	37
2.2.2 Vivenciando a preceptoría.....	41
CAPÍTULO III - MÉTODOS.....	49
3.1 Tipo de Estudo	50
3.2 Local do Estudo.....	50
3.3 Sujeitos do Estudo	52
3.4 Aspectos Éticos	52
3.5 Coleta de Dados e Preparação do <i>Corpus</i> de análise.....	53
3.6 Análise dos Dados	54
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
4.1 Descrevendo os Sujeitos da Pesquisa.....	57
4.2 Análise Lexicográfica	60
4.2.1 Eixo 1 - Dificuldades do ensino na saúde.....	63
4.2.1.1 Classe 4 - produção x formação: o preceptor no meio do fogo cruzado.....	63
4.2.2 Eixo 2 - Desvendando caminhos para integração ensino - serviço.....	68
4.2.2.1 Classe 2 - preceptoría na ESF = troca de experiência, parceria e atualização em busca de conhecimento.....	68
4.2.2.2 Classe 3 - potencialidades na prática de preceptoría.....	73
4.2.2.3 Classe 1 - preceptoría: um caminho para a integração ensino-serviço	75
CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81

REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE A - Instrumentos de Coleta de Dados.....	97
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
ANEXOS	100
ANEXO A - Carta de Anuência	101
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos	102
ANEXO C - Instrumento para Coleta de Dados para Revisão Integrativa (validado por URSI, 2005)	105

Certas Palavras

*Certas Palavras não podem ser ditas em
qualquer lugar e hora qualquer.*

*Estritamente reservadas para
companheiros de confiança, devem ser
sacramente pronunciadas em um tom
muito especial lá onde a polícia dos
adultos não adivinha nem alcança.*

*Entretanto são palavras simples: definem
partes do corpo, movimentos, actos do
viver que só os grandes se permitem e a
nós é defendido por sentença dos séculos.*

E tudo é proibido. Então, falamos.

Carlos Drummond de Andrade

CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O Sistema Único de Saúde - SUS nasceu em um momento em que o país vivenciava uma extrema concepção neoliberal nas perspectivas de políticas sociais, com propostas de fortalecimento do setor privado, o que, por vezes, fez com que as ações para a sua efetivação, ficassem em segundo plano.

Ao mesmo tempo, ele nasce em um contexto de mudanças sociais e políticas permeadas por profundas transformações nos perfis epidemiológicos, dos padrões de exercício profissional, da inserção no mercado de trabalho na área da saúde e da organização do serviço, sistemas e práticas de saúde. (RIBEIRO, 2012).

Neste contexto, surgem alguns movimentos que foram de encontro às propostas de políticas capitalistas neoliberais, na tentativa de fortalecimento do SUS. Sua concepção já é um grande avanço para as mudanças das características do modelo de atenção à saúde praticado nas esferas dos ambientes de cuidado.

Verificou-se que o cidadão brasileiro obteve grandes conquistas com o SUS. A universalidade do acesso talvez seja aquilo que trouxe impacto mais imediato, porém as práticas exercidas no íntimo dos serviços de saúde permanecem nas concepções e formatos antes praticados. Como mudar essa situação então?

A formação poderia ser a resposta para essa indagação, porém ela é um nó ou, talvez, o grande nó que dificulta a implementação do SUS e de suas diretrizes, uma vez que a organização do sistema educacional brasileiro geralmente é conduzida de uma maneira dicotomizada e recortada da prática a ser exercida. Enquanto o SUS contém a humanização, a universalidade, a equidade e, em especial, a integralidade, a educação na saúde é realizada de maneira recortada, distante da realidade social, sem proporcionar tensionamentos de mudanças nos perfis profissionais e nas práticas dos serviços.

A educação profissional para o SUS foi, por muito tempo, um dos pontos mais negligenciados, possivelmente por não ser prioritário o fortalecimento de um modelo que incorpora a participação social como integrante e substancial nas tomadas de decisões.

(...) Contudo, a rapidez das transformações em curso e a volatilidade da base cognitiva dos perfis profissionais impõem uma formação cada vez mais ampla, requerendo a construção de uma sólida base científica, ética e cultural, e o domínio de ferramentas de avaliação crítica do conhecimento e das transformações

mundiais, atributos necessários para um exercício profissional especializado, instável e mutante. (RIBEIRO, 2012, p. 79).

A formação praticada nas universidades brasileiras tornou-se alvo de reflexões em busca de conduzi-la a provocar tensionamentos sociais com perspectivas de transformações também na prática dos serviços. Todo esse contexto trouxe à tona a necessidade urgente de mudanças nas concepções formativas para o SUS. Com propostas emergentes a todo instante, o destaque, em 2003, foi para o lançamento da Política Nacional de Educação Permanente - PNEPS.

A educação permanente na saúde é conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações de serviços, e entre a docência e a atenção à saúde, sendo esse conceito ampliado na reforma sanitária brasileira para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento humano e institucional e controle social em saúde. (BRASIL, 2009).

A associação da formação em saúde e os processos de mudanças da organização dos serviços e das práticas de saúde são discutidos com vistas a atrelá-los a possibilidades de desenvolvimento e consolidação do SUS desde então.

A Educação Permanente tornou-se o eixo orientador do SUS em cumprimento de seu papel como gestor da formulação de políticas orientadoras da formação em saúde, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão do trabalho em saúde. (BRASIL, 2009).

Ribeiro (2012) traduz a educação permanente - como reflexão no trabalho para o trabalho e atribui a ela o poder de criar profundas tensões às práticas de saúde concebidas apenas em sua dimensão técnica. Dentre os princípios orientadores da PNEPS, está a promoção da integração entre o ensino, o serviço e o trabalho, com o objetivo de promover mudanças nas relações entre estes campos.

Dentre vários aspectos relevantes desse processo, acredita-se que o preceptor seja um ator que deva ser considerado como substancial para o acontecimento das mudanças propostas. Portanto, a preceptoria pode ou não potencializar tais mudanças na educação em saúde, a depender de como se realiza e é praticada.

Trajman (2009) argumenta que a preceptoria é desenvolvida a partir do envolvimento dos profissionais com a atividade de supervisão e orientação de estudantes graduandos e pós-

graduandos em saúde e, como a inserção dos estudantes na rede é um trabalho de mediação entre teoria e prática, a maneira de educar na saúde pode e deve ser estimulada numa perspectiva transformadora.

A preceptoría voltada ao ensino em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho, é indissociável da prática dos serviços e é construída, implícita ou explicitamente, à luz da mesma ótica que organiza esses serviços, transformando-os ou reproduzindo-os.

Nesse momento, esse profissional tem papel fundamental, pois fomenta a possibilidade de educação em serviço, a aproximação de estudantes com a realidade do mundo de trabalho e a orientação deles para um aprendizado dentro das prerrogativas de uma educação permanente voltada para as necessidades de saúde dos cidadãos, exercendo, enfim, a preceptoría.

O profissional da rede SUS Recife atua como preceptor responsável por orientar os estudantes em uma aprendizagem ativa, onde o aluno seja capaz de, após ou durante sua instrução formal, tomar decisões que estejam de acordo com a complexidade da abordagem dos problemas de saúde enfrentados na realidade.

Um contraponto à crescente importância do preceptor nessa realidade traduz-se nas poucas especificidades desse ator em ato. A preceptoría ainda é vista como a atuação de um profissional do serviço que tenha alta qualificação técnica e ética, sem maiores especificidades para tal função. (WUILLAUME, 2000).

Dentro da proposta de educação permanente e reordenação do sistema de saúde, a Estratégia Saúde da Família - ESF traz ao cenário educativo em saúde um novo quadro de preceptores, com possibilidades de contribuir para a construção de conhecimentos socialmente relevantes, a partir de uma perspectiva crítica e democrática dos processos educativos no sistema público de saúde.

Assim, o preceptor não é um personagem que atua ativamente nas discussões a respeito da construção do aprendizado dos estudantes, em especial nas discussões pedagógicas, momento crucial no entendimento das propostas de formação que visam às mudanças das práticas realizadas nos serviços de saúde. O fato de existir pouca participação na criação das parcerias de Integração-Ensino-Serviço abre espaço para vieses na maneira de ser e de fazer preceptoría.

A preceptoria deve ser pensada no contexto da educação permanente em saúde, com vistas a possibilitar ao aluno uma prática profissional que fuja das rotinas engessadas em protocolos. Ela, dentro da Estratégia Saúde da Família, pode resgatar o potencial de formar o profissional reflexivo, que busca vincular sua prática ao compromisso ético, não se prender a rotinas impensadas e possuir sempre o compromisso de questionar se estão fazendo o melhor para seus pacientes, seja individualmente ou em equipe. (RIBEIRO, 2012).

O aprendizado em saúde que prioriza a Atenção Primária pode potencializar mudanças nas práticas e possibilitar mudanças na formação. Isso evidencia o fato de que a ESF é um serviço encontrado dentro dos contextos de vida da sociedade assistida, permeados por vários desafios capazes de estimular o alunato a buscar por novas maneiras de entender e fazer saúde.

Portanto, o preceptor é um personagem também responsável por formar profissionais reflexivos, a depender de suas concepções e práxis. A educação permanente pode nortear a produção de práticas cuidadoras para que o profissional seja capaz de enfrentar as incertezas do dia a dia, fundamentado no prazer de saber e de servir mais qualidade na constituição das redes de atenção à saúde. Dessa maneira, definiu-se como objeto deste estudo a preceptoria exercida junto ao Sistema Único de Saúde.

Em 2012, a cidade de Recife-PE, através da Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação na Saúde - DGGTES, lançou o manual de Integração-Ensino-Serviço da rede de serviços de saúde da cidade de Recife, que é dita rede SUS-Escola de Recife. Ele defende que toda a equipe de saúde é responsável pelo acadêmico no serviço, porém existirá um preceptor de referência, sendo este o responsável por manter o diálogo entre o serviço, a gestão e a instituição de ensino.

O documento ainda ressalta como responsabilidade do preceptor de referência a adequação dos propósitos dos projetos pedagógicos com a rotina do serviço. Todavia, não deixa claro como se dará ou se dá esse processo, deixando lacunas para formas diversas de entendimento, apesar de deixar claro que os serviços de saúde servirão como cenários de aprendizado seguindo as premissas do SUS de ordenação da formação em saúde.

Pode-se dizer que no mínimo é desafiador o processo de formar preceptores com habilidade e competência em propiciar aos estudantes da saúde a aquisição e o domínio de

conhecimentos, habilidades e competências exigidas para o novo perfil dos egressos dos cursos de saúde. (CHEMELLO; MANFROI; MACHADO, 2009).

Embora se reconheça o crescente investimento na instrução do trabalhador do SUS - verificado desde a criação da Norma Operacional Básica, no que se refere aos recursos humanos (NOB/RH/SUS), até a criação da política de educação permanente para o trabalhador do SUS - ainda é frágil a aliança entre os setores da formação e o da saúde, para que mudanças tanto na formação quanto na assistência aconteçam.

No tocante à preparação ou instrução dos profissionais da assistência para a tarefa de oferecer auxílio à construção formativa de outro profissional, muito embora isso seja prerrogativa do SUS e da rede de assistência da cidade de Recife, ainda há grandes fragilidades quando se pensa nessa maneira de instruir na saúde. Desse modo, o estudo justifica-se devido ao papel cada vez mais significativo da participação do preceptor na composição do aprendizado para a área da saúde. Justifica-se, ainda, devido à carência de discussão sobre essa temática, que se faz interessante.

A existência de pouco aporte normativo a respeito da prática de preceptoria na ESF traz à tona a necessidade emergente de estudos sobre a temática. O presente estudo poderá contribuir para o entendimento do papel dos preceptores e ajudar a implementar a Integração - Ensino - Serviço. Atualmente, a integração do ensino com o serviço é defendida como necessária para a efetivação das mudanças na gestão e no trabalho em saúde, tanto para a graduação quanto para a pós-graduação. Dessa forma, torna-se relevante buscar a compreensão de como essa formação vem se realizando na perspectiva dos preceptores.

Com base no que foi salientado anteriormente, levantou-se a seguinte questão para este estudo: Como acontece a preceptoria junto à Residência Multiprofissional em Saúde da Família na cidade de Recife-PE, segundo o olhar dos preceptores?

O despertar para essa temática deu-se porque a pesquisadora está diretamente ligada à prática da preceptoria e ao Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET. Também, devido à atividade de preceptoria tomar uma posição de destaque nas práticas exercidas por profissionais da atenção básica. Esse despertar aconteceu no ano de 2008 quando a autora, ao assumir seu cargo de enfermeira da ESF da cidade de Recife, deparou-se com uma estudante, que necessitou de suas orientações no serviço, fato que cultivou nessa profissional o interesse

e a necessidade de qualificar-se para exercer tal função. Concomitante a isso, em meados de 2009, a Universidade de Pernambuco (UPE) lançou um edital de seleção para exercer a preceptoria através do programa de educação pelo trabalho, ao qual a pesquisadora submeteu-se, o que resultou em uma participação no projeto realizado no decorrer daquele ano. Entretanto, ainda era obscura e temerosa para a pesquisadora a prática da preceptoria; em dados momentos ela sentia-se perdida, pois não conhecia a sua real função enquanto preceptora.

Para responder à questão levantada o presente trabalho traz como objetivo: analisar a experiência da preceptoria junto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no olhar dos profissionais de saúde.

*Sou como você me vê,
posso ser leve como uma brisa,
ou forte como uma ventania,
depende de quando,
e como você me vê passar.*

Clarice Lispector

CAPÍTULO II - ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 Sistemas de Saúde e Formação em Saúde: Contextos e Descontextos

A partir da década de 60, com a divulgação das missões de médicos da Organização Mundial de Saúde na China, denominados médicos de pés descalços, intensificaram-se discussões em relação à eficiência dos modelos de saúde vivenciados na maior parte do mundo; naquele momento, a enfermidade era o eixo central do cuidado. (BRASIL, 2002).

Com essas missões, obteve-se a efervescência de debates sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde, abrindo-se possibilidades de mudanças nesse campo. Outro ponto importante que trouxe à tona esse viés foi o relatório Lalonde (1974), que trazia um sentido mais ampliado sobre os conceitos de saúde.

Percebia-se, no relatório Lalonde - Canadá, a perspectiva do desenvolvimento humano como fator primordial para a saúde. Afirmava-se que o fator assistencial era um dos eixos que menos contribuiu para a promoção de uma saúde melhor, muito embora trouxesse o indivíduo como o principal responsável por seu adoecimento. (FERREIRA; BUSS, 2001).

Esses movimentos deram base para a Conferência Internacional de cuidados primários à saúde, realizada de 06 a 12 de setembro de 1978, no Cazaquistão - antiga União Soviética. Essa conferência teve como produto a importante declaração de Alma-Ata e proporcionou ações estratégicas na construção das políticas públicas de vários países, dentre eles o Brasil. (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Essa proposta implicava uma filosofia que defendia toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e dava ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde. Ela trazia, ainda, a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças e a atuação em equipes multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde. O relatório desse evento definiu que todos deveriam ter acesso à saúde, através de uma rede de atenção primária de qualidade. Foi naquela ocasião que surgiu a frase: “saúde para todos no ano 2000”.

Embasados em suas proposições e definições de saúde, ganharam forças movimentos sociais e políticos por todo o mundo na pretensão do alcance da reorientação dos cuidados de saúde. Somados a isso, fatores econômicos ajudaram a fortalecer esses movimentos, uma vez

que a saúde era vista, até então, como uma mercadoria e não como um direito. (MARTINS, 2008).

Aconteceu no Brasil, no final da década de 1970, uma crise econômica que influenciou negativamente as políticas públicas, dentre elas as do setor saúde. O país trazia uma política excludente voltada para minoria (privatista, médico-centrado e hospitalocêntrica, dita flexneriana), esta responsável por gerar altos custos. (MENDES, 1999).

Nas décadas de 1970/1980, esse contexto impulsionou as lutas da comunidade civil organizada – os profissionais da saúde e os profissionais da assistência social, dentre outros mais – em busca de mudanças nas políticas voltadas para saúde, pois a insatisfação com as iniquidades no acesso aos serviços de saúde possibilitou discussões acerca de um sistema de saúde diferente, que pudesse abranger todos e possuísse uma lógica de cuidado mais equânime. (MENDES, 1999).

Ações que obtiveram grandes alcances populares e políticos, culminando no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (1986), fundamentado no eixo da reformulação das políticas de saúde no Brasil, serviu de alicerce para a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ela teve como resultado os marcos fundamentais para a construção de bases doutrinárias de um novo sistema de saúde.

Fundamentada nesses pilares, em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição Federal do Brasil, trazendo a garantia de saúde para todos os brasileiros em seu Título VII – Da Ordem Social, Capítulo II – Seguridade Social, Seção II – Da Saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Percebe-se no texto constitucional total influência dos eixos internacionais sobre o aspecto da saúde e de sua promoção. Para dar formas aos artigos da Constituição através da lei 8080 de 1990, foi regulamentado o SUS. Com a proposta de cuidado integral, universal e equânime, o SUS é lançado para a sociedade.

O SUS é um modelo organizacional do sistema de saúde no Brasil, constitui-se a partir de um conjunto de ações e serviços nas três esferas do governo – Federal, Estadual e Municipal – podendo ser complementado por contratação de convênios privados para a prestação de cuidado aos usuários do sistema. (VASCONCELOS; PASHE, 2006).

Figueiredo et al. (2007) ressaltam que políticas de saúde dotadas de grandes complexidades constantemente abalam um sistema de saúde como um direito de cidadania. Sobre essas políticas de saúde, alguns fatores são destacados: variadas determinações sobre o estado de saúde da população; multiplicidade de necessidades; diferentes ações e serviços para supri-las; pessoal capacitado e recursos tecnológicos para atendê-las; interesses e pressões comerciais do mercado.

Mendes (2001) revela que com essas dificuldades e contextos, o SUS tem tentado consolidar-se como reorganizador do sistema de saúde brasileiro. Conseguiram-se de imediato grandes avanços, como a queda da segregação entre os incluídos e os excluídos do direito à saúde através de seu princípio de universalidade, pois todos passam a ter direito ao acesso à saúde. Outro ponto destacado por Vasconcelos e Pache (2006) é a forma mais justa de distribuição dos serviços de saúde, oferecendo-se maior oferta para as populações e locais com maior necessidade, dando forma, assim, ao princípio da equidade.

O mundo atual competitivo, individualista e consumista é gerador de novos e complexos problemas e exige percepções renovadas sobre a realidade humana. Para cuidar da saúde desses indivíduos e famílias, deve haver o pensamento de uma proposta que possa buscar possibilidades intersetoriais e multidisciplinares. Então, em 1994, o Ministério da Saúde - MS, reconhecendo a necessidade de direcionamentos e ações para ajudar a implementar as diretrizes e princípios estabelecidos pelo SUS, cria o Programa Saúde da Família – PSF, tendo como base para a promoção da saúde: a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde. (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

O PSF teve sua estruturação a partir do Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS e, em 1998, configurou-se como ESF, pois possuía como principal missão a ordenação do sistema de saúde do Brasil. A ESF tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da Atenção Básica em Saúde, buscando ampliar tais ações para garantia de um sistema mais efetivo (FARIA et al., 2010).

Nessa perspectiva é possível afirmar que:

(...) a reorientação dos serviços de saúde na direção proposta para a promoção da saúde passa pela superação do modelo biomédico centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médico-curativa desenvolvida no estabelecimento essencialmente médico-assistencial. Passa por transformações de financiamentos e organizações dos serviços de saúde, bem como da prática e da formação dos profissionais de saúde. (BUSS, 2000, p. 170).

As ações propostas para a reorientação do modo de fazer saúde estiveram, muitas vezes, voltadas para os aspectos técnico-assistenciais, dando-se pouca visibilidade para as ações de educação na saúde. Acreditava-se que a instrução dos profissionais da saúde não era imprescindível para as transformações acontecerem e que as mudanças administrativas do setor induziriam às mudanças na educação na saúde. (CECCIM; FERLA, 2009).

Contudo, a proposta da ESF traz à tona um grande problema até então submerso: a carência de profissional para trabalhar em conformidade com essa nova realidade. Então afirma-se que o amadurecimento do processo de reformas do setor da saúde e suas avaliações colocaram a formação como “um” ou mesmo “o” grande nó crítico da implementação real da mudança. (CECCIM, 2008, p. 10).

Provavelmente, a educação em saúde no Brasil teve seu início com a abertura das escolas de Anatomia, Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro e em Salvador, pela família real portuguesa em 1808. Todavia, ela era predominante prática e ocorria em laboratórios ou através de instituições que realizavam assistência. A instrução era realizada com profissionais mais experientes e através da prática dedicada, porém o ensino era livre, sem currículo mínimo ou diretrizes curriculares nacionais. Posteriormente foi regulamentada a instrução formal no país nos anos 1940 - as recomendações do relatório Flexner foram introduzidas e festejadas como uma educação científica na saúde. (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Pode-se falar que a primeira ação paradigmática voltada para a avaliação do ensino superior à saúde (ensino médico), foi o Projeto de Avaliação do ensino médico, nos Estados Unidos (1910) por Abraham Flexner, que gerou uma teoria de educação em saúde e uma teoria de avaliação da educação em saúde, e que ainda se mantém hegemônico em muitos centros universitários. (CECCIM, 2008).

No Brasil, as escolas de saúde seguiram as orientações do relatório Flexner para organizar os cursos de graduação da área da saúde, trazendo suas principais características: o

ensino superior pautado em especialidades, a saúde com a pesquisa experimental emergente e o aprofundamento do paradigma biologicista, fatores que foram fortalecidos pelo regime da ditadura militar nos anos 70, que enfatizava o corpo como objeto do trabalho da saúde, dando-se pouca relevância para o diálogo e para as relações de cuidado entre os profissionais e destes com as pessoas, fortalecendo-se as práticas de trabalho voltadas para a doença. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; CARVALHO; CECCIM, 2006).

A educação na saúde considerada científica foi se configurando na perspectiva da saúde enquanto a ausência de doença, com caráter instrumental e com profissionais habilitados em especialidades para seus afazeres ocupacionais, centrados nas evidências da doença e não no processo saúde-doença, utilizando-se, em grande escala, de equipamentos e valorizando a prática profissional baseada em procedimentos. (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Com o início das lutas sociais para a saúde tornarem-se direito universal e como parte integrante da luta contra a ditadura, houve o início, então, do movimento preventivista, que aponta a educação como estratégia para a configuração de mudanças das práticas de saúde e traz a necessidade de repensar os objetivos finais dos cursos de graduação em saúde. (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM; FERLA, 2008).

Em busca de transformação da instrução superior em saúde, os movimentos ocorridos naquele momento batiam de frente com a impermeabilidade das universidades às mudanças, uma vez que elas tomavam os fatores internos das instituições como principais ativadores dessas mudanças, desconsiderando as necessidades do mundo do trabalho. Ao mesmo tempo, essas instituições eram autônomas e não necessitavam assimilar as proposições oferecidas pelo governo para a formação. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em resposta a esse contexto, os debates para as mudanças no ensino superior ganharam força para uma educação com aproximação ao contexto de vida e cultura da população, trazendo como um dos resultados o nascimento das primeiras Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil. (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM; FERLA, 2008).

Acontecendo, no Brasil, grandes transformações no contexto político, e social dentre elas os movimentos da reforma sanitária, a redemocratização do país, a criação de uma nova

constituição, tornou-se imprescindível a educação superior em saúde ser discutida em conformidade com as necessidades desse novo propósito de sociedade brasileira.

Tem-se a possibilidade da integração do ensino com o serviço. Essas discussões trouxeram a chance de transformar a rede de saúde em rede-escola, buscando a produção de conhecimento para além do contexto hospitalar e vislumbrando o atendimento das necessidades de saúde de maneira integral. Nesse momento, há também a expansão das Residências Profissionais em Saúde em várias profissões dessa área. (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Entre os esforços dos professores universitários que buscaram reverter a maneira de formar na saúde para além do contexto biológico destacam-se: as diretrizes à educação em enfermagem (1987-2000) e o movimento para a avaliação do ensino médico (1990-2000), ambos promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn e pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM respectivamente. (CECCIM, 2008).

Tem-se como ações que buscaram mudar os valores conceituais e a práxis da educação para a saúde: os projetos de integração Docente-Assistencial – REDE IDA (1990/2000) e o projeto UNI (Uma nova iniciativa na formação profissional em saúde – 1991/1997). Esses movimentos configuram um dispositivo de conceitualizações e definições de políticas chamado de REDE UNIDA. Desde então, discute o currículo, a avaliação e a análise do ensino superior dos profissionais da saúde. (CECCIM, 2008).

Segundo Ceccim (2008), Albuquerque et al. (2008), esses movimentos tinham a intencionalidade de criar “a reforma sanitária da educação superior para saúde” que constituíam duas lutas ocorridas de maneira dissociadas, que necessitavam de um encontro das áreas da assistência e da formação em saúde. A partir dessas preocupações, foram definidas algumas formas de articulação com o setor de formação de pessoal, em especial com as instituições de ensino superior, com a defesa da articulação de dois setores - o que formava e o que utilizava o recurso formado.

O projeto IDA trouxe ao cenário da formação em saúde reflexões importantes para a consolidação de uma integração ensino-serviço. As principais contribuições do projeto dizem respeito ao trabalho docente-assistencial baseado nas necessidades de saúde, nas realidades demográficas e no perfil de determinada comunidade. Outros pontos importantes levantados

foram: a exigência da participação da comunidade nas construções das práticas de saúde; o incentivo à pesquisa com base nas respostas das necessidades da sociedade e não apenas aos interesses, assim como uma interação do serviço e do ensino que não se restringisse aos momentos dos estágios e/ou das aulas práticas, buscando-se o diálogo e a reflexão com a intenção de novas práticas de saúde. (LIMA, 2009).

O projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na formação profissional em saúde, foi um movimento estabelecido através da iniciativa da fundação Kellogg. Ele trazia, em sua configuração, uma proposta de interação entre a universidade, os profissionais e a comunidade como alicerce para a transformação da educação em saúde e do sistema de saúde, pois até então essa relação era trabalhada bilateralmente com a Rede IDA, a docência-comunidade (Extensão universitária) e a assistência-comunidade (Atenção Primária à Saúde – APS). (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O conceito de parceria, a que se referia substantiva, horizontal e igualitariamente o projeto, não levou em consideração as relações de poderes e saberes existentes dentro desse cenário, o que acarretou discussões e disputas entre os atores envolvidos (academia, serviço e comunidade), dificultando a integração ensino-serviço. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Ganha força nesse momento a discussão de conformação de redes com o intuito de induzir e/ou estabelecer mudanças na perspectiva da integração da educação com o trabalho. A REDE UNIDA é exemplo que se configura como dispositivo de conceitualizações e definições de políticas para a educação na saúde, que passa a discutir currículo, avaliação e análise do ensino superior dos profissionais da saúde e contribui sobremaneira na construção das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de saúde. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Devido às dificuldades encontradas para reorganizar essa rede educativa da saúde e como resultado de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação, Associações de ensino das profissões da saúde e do Conselho Nacional de Saúde, foram lançadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde - DCN pelo ministério da educação em 2001. (BRASIL, 2001).

As DCN foram criadas para nortear o ordenamento de recursos humanos e entrar em conformidade com as premissas do SUS no que tange à educação na saúde, com o propósito da reorientação do modelo de atenção à saúde. As audiências públicas tiveram início em 1997

e, em 2004, todos os cursos do grupo das profissões da saúde nas instâncias de controle social e saúde tiveram suas DCN homologadas. (BRASIL, 2001; CECCIM, 2008).

Para incentivar a implantação e implementação dessas DCN e concretizar o SUS como ordenador da composição de recursos humanos para a saúde, aconteceu a criação do Projeto de incentivo às mudanças curriculares no curso de Medicina – PROMED; esse projeto ocasionou grandes oposições dos estudantes de medicina e foi combatido pelas demais profissões que não aceitavam a forma uniprofissional abordada pelo projeto, desconsiderando as conquistas da REDE UNIDA e de outros movimentos. (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Depois dessa iniciativa, houve várias outras que incentivaram essa mudança também em outros cursos da área da saúde: Aprender-SUS; VERSUS; Programa de Interiorização do Trabalho – PITS; Polos de Educação Permanente do SUS; e, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação Profissional – PRÓ-SAÚDE. (OLIVEIRA, 2008).

O Pró-Saúde traz como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. (BRASIL, 2005.1).

Com bons resultados alcançados por esses projetos, os ministérios da educação e da saúde têm dado continuidade a ações que buscam a reorientação profissional. Exemplo disso é o PET Saúde, que inicialmente teve seu foco voltado para a ESF, mas que, hoje, trabalha para a integração ensino-serviço na Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS. (BRASIL, 2011).

Trazendo todas as propostas de reorientação na área da saúde, onde se pensa um profissional que seja responsável pela continuidade de sua educação e ajude na superação da fragmentação da atenção para operarem elevada competência dentro do sistema de saúde, percebe-se a educação como movimento de mudanças na sociedade.

Concomitante a esses projetos e movimentos, a partir de 2003, intelectuais e militantes do setor saúde e educação estiveram em todas as lutas de reformas desses setores, trazendo propostas para constituição de políticas públicas do ensino na saúde e tentando, com isso, realizar uma intercessão entre essas áreas. Nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde aprova a política voltada para a área, a Política de formação e desenvolvimento para o SUS:

Caminhos para a Educação Permanente para o SUS. A Resolução CNS nº 335, de 25 de novembro de 2003, foi um marco nessa área, trazendo definições de um campo de saberes e práticas e convocando a sociedade brasileira para o desenvolvimento da formação na saúde e para o desenvolvimento da gestão na saúde. (CECCIM, 2008).

No âmbito de Pós-graduação, uma iniciativa no sentido das propostas do SUS como ordenador da construção de recursos humanos foi a regulamentação da Residência Profissional em Saúde através da lei nº 11.129/2005. Essa Residência Profissional, na modalidade *lato sensu*, já existia desde a década de 1970 sem regulamentação específica. A Residência Profissional em saúde foi inspirada no modelo de residência médica com o ensino voltado para o serviço, pois busca desenvolver o aperfeiçoamento profissional por meio de aprendizagem prática, propondo troca de experiências tanto com a comunidade quanto com a equipe multiprofissional. (CECCIM, 2009; DA ROS, 2006).

A Residência Profissional em saúde traz a oferta de vagas para o maior número possível de categorias profissionais, o que acabou por configurar sua posterior denominação para Residência Multiprofissional em Saúde - RMS. A maneira multiprofissional do ensino especializado em serviço é uma das propostas defendidas no interior das instâncias do SUS, uma vez que ela foi pensada como resposta educacional à diretriz constitucional do atendimento integral na composição de ações e serviços em rede. Ela é vista como uma das principais estratégias de desenvolver competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS. No ano de 2013 foram pagas 1515 bolsas para Residências Profissionais e Multiprofissionais de Saúde. (CECCIM, 2009; FEUERWERKER, 2005; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; NASCIMENTO, 2010).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família - REMSF tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos no preparo inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. Apresenta-se como uma possibilidade para construir a mudança da prática assistencial em saúde. (FEUERWERKER, 1998, NASCIMENTO, 2010).

Os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados nas Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como espaço privilegiado. Adotam metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de

modo a garantir o ensino fundamentado na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. (BRASIL, 2009).

Ressalta-se que o programa de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família pode contribuir para a revisão do modelo assistencial, na medida em que tentam formar um novo perfil do profissional de saúde. As RMSF estão orientadas a partir dos princípios e diretrizes do SUS, das realidades e necessidades regionais e eixos que trazem a educação em serviço como a proposta de um conceito ampliado a saúde, que considere o sujeito enquanto ator social, político e cultural. (BRASIL, 2007)

Trata-se de uma educação embasada no cotidiano do trabalho, porém com instrumentos importantes para não replicar a prática pela prática; devem ser desenvolvidas competências nos residentes para que eles possam pensar e repensar suas ações em busca da renovação e de mudanças em tais práticas. Também é objetivo desse modelo desenvolver competências técnicas, humanísticas e éticas, visando firmar os compromissos de vínculos e de corresponsabilidade por meio de inserção do e pelo trabalho. (NASCIMENTO, 2010).

O processo de formação em tal modelo educativo enfoca de acordo com Nascimento (2010) dez áreas de domínio necessário para atingir tais competências profissionais exigidas pelas diretrizes de saúde do SUS para o trabalhador da estratégia saúde da família: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência; é orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional, em ciências básicas da saúde pública/saúde coletiva.

A construção dos projetos pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família devem seguir essas orientações; os cursos nos quais estão inseridos como preceptores os sujeitos deste estudo conduzem suas práticas formativas pautadas na inserção teórico-prática da área da saúde pública através de treinamento em serviço para atuar em unidades de saúde, sob a ótica do modelo de atenção à saúde da família. (IMIP, 2012).

Os dispositivos pedagógicos utilizados por essas residências procuram facilitar a consolidação de práticas participativas e solidárias de atenção integral a saúde. Além da produção de conhecimento, a RMSF tem se constituído em um processo horizontal de atos de cuidados e de gestão do trabalho. (ALBUQUERQUE et al. 2014).

A constituição dos contextos da educação em saúde e do próprio sistema de saúde do país deu-se por meio de muitas lutas e de idas e vindas de avanços e retrocessos, mas sempre buscando, a partir das lutas sociais, contornar os desafios, tentando alcançar os propósitos de uma saúde como direito.

2.2 A Preceptoría na Formação em Saúde

Para a revisão narrativa sobre a preceptoría, realizou-se uma pesquisa por método integrado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se o termo “preceptor” no dia 23 de junho de 2013, com a obtenção de 1252 documentos.

Excluíram-se aqueles que possuíam mais de cinco anos, resultando um total de 527. Em seguida, excluíram-se os documentos de idiomas: alemão, com 7 resultados; francês, com 5 resultados; italiano e holandês, com 1 documento cada. Finalizou-se a pesquisa com um total de 512 documentos, cujos títulos, resumos e palavras chaves foram lidos com a finalidade de relacioná-los com: preceptoría, formação em serviço, modelos de preceptoría, preceptoría na atenção primária, avaliação do modelo de preceptoría e papel do preceptor.

Dessa etapa, restaram 110 resultados que foram lidos na íntegra, buscando aqueles que se faziam constantes com relação ao ensino através do modelo de preceptoría, o que resultou em 30 documentos, sendo 29 artigos e 1 tese de doutorado. A leitura dos documentos foi feita com base em um questionário validado para levantamento de revisão integrativa, buscando-se verificar a relevância do estudo e o rigor metodológico (ANEXO C).

Dos 29 artigos, 20 eram publicações de enfermagem, 08 eram publicações médicas, sendo uma publicação de nutrição, e a tese era de doutorado em medicina. Nenhum artigo que trabalhasse a preceptoría em abordagem multiprofissional foi encontrado, o que traz à tona a escassez de estudos a respeito do tema.

De acordo com suas origens, as publicações estavam distribuídas da seguinte maneira: Brasil com 09 publicações, Canadá com 05, Estados Unidos e Austrália com 04 publicações, Suécia com 03 documentos, Irlanda com 02 e Jordânia, Noruega e Taiwan com 01 documento cada. As publicações em língua portuguesa foram todas de pesquisas da preceptoría no ensino médico.

Em relação à metodologia, 20 apresentavam abordagens qualitativas, com variados métodos de pesquisa e análise, 02 com abordagem quantitativa e 07 revisões de literatura, 01 quali-quantitativa.

Com relação ao local onde foram realizados os estudos, 29 publicações citavam serviços hospitalares secundários e terciários, 01 referiu-se à atenção primária. A leitura desses artigos permitiu-nos construir dois capítulos a respeito da preceptoria na formação em saúde.

2.2.1 Entendendo o papel do preceptor

A preceptoria é entendida como um método de ensino-aprendizagem em que cada aluno é atribuído a um preceptor para que ele possa dotá-lo de experiência prática. As suas práticas profissionais diárias servem de modelo e o desenvolvimento de competências clínicas do alunato é o seu foco primário, sendo ele responsável direto pela avaliação dessas aquisições no período em que o estudante permanece em serviço. (FOLEY, et al., 2012).

Omansky (2010) traz que o preceptor é utilizado como modelo de educação na Inglaterra, Estados Unidos, Suécia e Austrália devido à escassez de docentes na área de enfermagem, transformando o modelo de preceptoria em uma alternativa a essa realidade. Assim, os estudantes são vinculados a um profissional de um serviço e o docente é o responsável por uma supervisão na instalação ou manutenção das práticas de preceptoria, dando suporte sem necessariamente participar do ensino no serviço diariamente.

Omansky (2010) realizou uma revisão integrativa da literatura em busca do entendimento do papel do preceptor na formação discente e de quais são as expectativas desses profissionais que realizam essa prática. Ele percebeu que tais práticas são tidas como uma atividade complexa e de muitos aspectos positivos e negativos. A identificação de seu papel traz uma ambiguidade a sua prática, havendo um grande distanciamento entre o papel previsto e o realizado.

Nos Estados Unidos e no Reino Unido, a preceptoria é mais utilizada para melhorar as habilidades clínicas de recém-contratados. É entendida como a instrução clínica de curto prazo exercida por profissional experiente. (NEWTON et al. 2013; HENDERSON; EATON, 2013; MARAN et al. 2012).

Baxter (2013) complementa que existe uma grande perda, por parte dos serviços de profissionais de enfermagem em seu primeiro ano de trabalho, devido à inexperiência desses profissionais, que acabam por não resistir às pressões existentes no mercado de trabalho. Uma alternativa para essa realidade é a utilização de preceptores nos primeiros meses de trabalhos de recém-contratados.

A prática de preceptoria pode diminuir a redução de recursos humanos, uma vez que faz do recém-graduado mais confiante e com experiência para lidar com as tensões do dia a dia de trabalho. O preceptor deve ser valorizado durante a formação de novos profissionais, pois ele pode, quando bem qualificado, facilitar a socialização, ensinar a técnica, ajudar a desenvolver o pensamento crítico e orientar sobre a prática da clínica. (BAXTER, 2013).

Após avaliar a implantação de um programa de preceptoria para enfermeiros recém-contratados em um hospital de Taiwan, Lee (2009) constatou que a implantação do programa diminuiu os números de demissões no primeiro ano de contrato em 46% em relação ao ano anterior. Outros pontos verificados na pesquisa foram a diminuição de erros em administração de medicamentos, a queda de pacientes com taxas também inferiores às encontradas antes do programa, além da melhora da satisfação dos pacientes no que se refere aos profissionais do serviço.

Walker e Grosjean (2010) buscaram na literatura a definição do papel de preceptor a partir das percepções de graduandos de enfermagem e medicina. O foco inicial seria o de nutrição, como a busca se configurou com pouco aporte teórico para essa profissão, então foram incluídas outras profissões de saúde e, assim como em nossa busca, foi revelado um maior número de publicações em enfermagem e medicina.

Para os estudantes de enfermagem e medicina desse estudo, o preceptor deve ter conhecimentos técnicos, porém deve permitir que os alunos expressem suas opiniões, buscando construir seus conhecimentos e tratando-os como colegas. O bom preceptor, na opinião dos estudantes, deve ter: experiência e conhecimento; conhecimento clínico atual; bom julgamento clínico; ter postura ética; ser profissional, acessível e disponível; realizar avaliações de forma justa e honesta; respeitar sua experiência e opiniões; ter boa comunicação e habilidades de escuta, além de entusiasmo e afabilidade. (WALKER; GROSEJEAN, 2010).

O preceptor ainda tem papel controverso, afirmam Botti e Rego (2011), pois ele exerce múltiplas funções e representações. É possível pensar no preceptor como educador, como bom clínico, como ativador de reflexão do aluno. As características de um bom preceptor identificadas por Wilson (2009) são: experiência, carisma, empatia, atitude de apoio, compromisso, responsabilidade, competência docente, acreditar no que faz e competência técnica.

O preceptor exerce a função, algumas vezes, de conselheiro e de observador quando observa a atividade exercida por seu neófito, com vista a oferecer um feedback e, se necessário, melhorar a prática desse neófito. Nesse momento, o preceptor torna-se também responsável por sua formação moral e ética, lhe possibilitando, através de exemplos na prática, a reflexão sobre condutas e relações com os seus pacientes. (BOTTI; REGO, 2011).

Em seu estudo, Botti, Rego (2011) observam que o papel do preceptor converge para os conceitos de tutor, mentor e supervisor de acordo com a percepção de seus entrevistados (preceptores de residência médica). No entanto, o preceptor tem função primordial de educador, pois é ele que deve identificar os momentos em que a aprendizagem pode ser estimulada, fornecendo possibilidades para o aluno crescer através da clínica. Ele tem como grande desafio oferecer uma educação ética e técnica ao estudante, através de sua prática profissional.

O preceptor deve ser um bom clínico, um educador, um exemplo de conduta moral e ética, um ativador de reflexões, ele deve, a partir de sua prática profissional, possibilitar instrução de novos profissionais com vista à execução competente da clínica. (BOTTI; REGO, 2011).

A função de preceptor, em dados momentos, confunde-se com a de mentor, supervisor e tutor. Em alguns textos encontram-se essas funções como sinônimos, são exemplos disso as pesquisas de Omansky (2010), Maran (2012) e Henderson (2013). Percebendo essa proximidade semântica como possível causadora de confusões nas definições destes papéis, Botti (2009) realizou um estudo em que criou um demonstrativo dos conceitos, atribuições e competências de cada um.

Para Botti (2009), o preceptor é responsável por ensinar a clinicar por meio de instruções formais, com determinados objetivos e metas. Ao integralizar os valores da escola

e do trabalho, o preceptor atua em seu próprio ambiente profissional, com situações clínicas reais, e é o responsável pela avaliação de seu estudante. Para um profissional exercer a função de preceptor, ele deve ter competência pedagógica.

Já o supervisor trabalha em função da boa execução de uma prática, uma vez que ele é responsável por observar o exercício de uma atividade profissional em busca da certeza de que o profissional ou aluno está executando-a bem. Ele é, ainda, responsável por modificá-la caso a prática não se configure da melhor maneira possível. Ele também atua nos ambientes reais de trabalho, porém pode atuar em situações fora do ambiente clínico e avaliar o procedimento. Para executar a função, necessita ter alto grau de perícia técnica e capacidade de proporcionar aos supervisionados a reflexão sobre as ações executadas por eles. (BOTTI, 2009)

O mentor é a pessoa que guia, orienta e aconselha em relação aos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. Ele atua na vida, fora do ambiente clínico de trabalho, não realiza avaliação e configura-se como uma pessoa que tem a capacidade de responsabilizar-se, de servir como um guia, oferecendo suporte para estimular o raciocínio crítico. Ele deve ser capaz de ouvir e estimular justificativas através de questionamentos. (BOTTI, 2009).

Por fim, o tutor é o personagem responsável por guiar e facilitar o processo de ensino e aprendizagem centrado no aprendiz e atuar nas revisões das práticas. Ele trabalha nos ambientes escolares, deve ter capacidade clínica e competência pedagógica para ensinar ao alunato como aprender a aprender e compreender a profissão em sua essência. (BOTTI, 2009).

Definindo cada um dos papéis a partir desses conceitos, ainda se percebe a complexidade do papel de preceptor, pois, em dados momentos, ele configura-se enquanto mentor, de supervisor e, até mesmo, de tutor. O papel do preceptor apresenta-se nas pesquisas de percepção gerando confusão de conceitos o que conduz a questão à execução de práticas diferenciadas. Muitos acreditam que o preceptor é bem mais que apenas um professor da clínica ou da técnica em si. Há o pensamento de que ele é um exemplo de profissão e, também, de vida para os estudantes, atuando, nesse momento, como um mentor. A separação clara no entendimento dos conceitos de cada uma dessas funções não é facilmente percebida,

o que pode gerar comportamentos diferentes para os alunos no processo de ensino-aprendizagem. (BOTTI; REGO, 2011).

O comportamento do preceptor pode afetar diretamente a atuação do discente no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe. Deve estimulá-lo a articular os conhecimentos teóricos apreendidos com a prática vivenciada no serviço. Entretanto, pode dificultar a vida do estudante em sua prática profissional, a depender de suas representações acerca do papel do preceptor e de suas competências pedagógicas. (HENDERSON, 2013).

As habilidades pedagógicas dos preceptores não são muito abordadas na literatura, porém elas podem ajudá-los a entender qual seu real papel na formação em saúde e, por consequência, otimizar o serviço e o ensino. (CARLSON; HANSON; PILHAMM, 2009).

2.2.2 Vivenciando a preceptoría

A experiência vivenciada por preceptores em sua prática pode servir para fortalecer, estruturar e melhorar suas ações em serviço. A preceptoría é utilizada como principal forma de instrução clínica em vários locais do mundo, com objetivos de oferecer a graduandos ou recém-graduados uma melhoria de sua clínica. (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010).

A prática de preceptoría pode trazer benefícios para os estudantes quando fornece a possibilidade de integração de seus conhecimentos teóricos com a realidade que ele enfrentará enquanto profissional, minimizando suas ansiedades, fornecendo confiança, aumento de conhecimento, habilidades e autoestima, (SMEDLEY; PENNEY, 2009; PHILLIPS et al., 2013).

O estudante pode vivenciar situações conflituosas na relação com o preceptor, uma vez que aquele exerce, em muitos momentos, funções semelhantes às de seu preceptor, tendo que atuar em serviços com normas pré-estabelecidas, em meio a equipes com relações prévias – assim um novo membro pode trazer tensões e rejeições. (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010).

Henderson e Eaton (2013) destacam o comportamento do preceptor como algo que afeta diretamente a atuação do acadêmico no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe, em suma, na sua formação profissional. O preceptor pode

ajudar o discente a articular seus conhecimentos teóricos com as práticas vivenciadas no serviço. Para isso, Chen, Hsu e Hisieh (2010) observam que a identificação do preceptor com a função de ensinar é ponto relevante para tais práticas e, portanto, é um dos elementos mais importantes para uma boa preceptoria.

O profissional tem vários estímulos para manter-se na prática de preceptoria. Segundo Luhanda; Dickieson e Mossey (2010), alguns deles são: retribuir o momento em que no passado foi auxiliado por um preceptor; contribuir para a melhoria da profissão através da instrução de profissionais qualificados e comprometidos; incentivar atualizações teóricas; satisfação pessoal; melhoria do serviço.

Uma pesquisa com 41 preceptores de clínica geral, no intuito de descrever o porquê dos profissionais permanecerem na preceptoria apesar das dificuldades e da complexidade do papel, levantou que o estudante traz variedade à prática do preceptor. Isso possibilita uma assistência mais variada na rotina do consultório e estimula o pensamento clínico do preceptor, pois faz esse profissional pensar e questionar-se a respeito da sua prática. O acadêmico, muitas vezes, está com informações mais atuais, o que ajuda o preceptor na sua própria atualização. Outro estímulo levantado pelo estudo faz referência à percepção do preceptor sobre a melhora da clínica do aprendiz, o que traz satisfação pessoal ao profissional por perceber que seu trabalho contribui diretamente para melhorar o ordenamento de um novo profissional. (WALTER et al., 2011).

Para exercer a preceptoria, Hjalmlhult, Haalano e Litlano (2013) mencionam em seu estudo que o profissional deve equilibrar o dia a dia do trabalho com as necessidades educativas dos estudantes e essa é, na maior parte das vezes, uma tarefa que o preceptor executa sem apoio formal. O excesso de trabalho é um dos entraves mais citados para os profissionais manterem-se como preceptores. (CHANG, et al., 2013).

Hjalmlhult, Haalano e Litlano (2013); Mccarthy; Murphy (2010) trazem que, devido a dificuldades para a alocação de preceptores, não é exigida nenhuma instrução específica a essa função, bastando apenas a experiência clínica no serviço/especialidade em que o acadêmico esteja recebendo orientação. Chang (2013) e Jesus, Ribeiro (2012) completam que esse fator gera insegurança e, muitas vezes, a recusa de profissionais em exercer a preceptoria, porque eles não se sentem preparados para assumir a responsabilidade da educação de outro profissional, além de haver o aumento do estresse no trabalho, pois o preceptor em destaque

deve oferecer ao neófito oportunidades de aprendizagem sem prejudicar o atendimento de seus usuários.

O apoio ao profissional para execução da preceptoria é fundamental para o seu sucesso, e pode ser exercido tanto por professores das unidades de ensino quanto por gestores dos serviços. Chang et al., (2013) observam que a falta de apoio é um dos desafios mais frequentes no papel do preceptor.

Em seu estudo a respeito do apoio recebido por preceptores de enfermagem no norte canadense, Luhanga, Dichieson e Mossey (2010) destacam que a falta de comunicação com os professores das universidades é um grande desafio para o cumprimento do papel do preceptor, em especial quando se trata de graduandos de difícil orientação. Hallin, Danielson (2009) referem que o professor acessível é um fator preponderante na decisão do profissional de tornar-se ou não preceptor. Da mesma forma ressaltam a preparação formal para exercer a função, tornando-o mais seguro e receptível para exercer esse papel.

Na Jordânia, realizou-se um projeto experimental para a instrução de preceptores com o objetivo de constituir um grupo de controle e avaliar a eficácia do programa de treinamento para preceptores. O estudo demonstrou diferenças significativas com relação à melhoria da instrução clínica dos participantes, uma vez que os preceptores conheceram qual seria seu papel dentro do processo educativo, permitindo-lhes trabalhar de forma mais objetiva com os acadêmicos. Fica claro que a formação prévia para exercer a preceptoria é fundamental para garantir um ensino da clínica, aumentando a eficácia da aprendizagem em serviço. (AL-HUSSAMI, et al., 2011).

Já na pesquisa de Duffy (2009), preceptores que passaram por curso de preparação disseram que apenas o curso não contempla todas as necessidades da função. Especialmente, quando se considera a avaliação de estudantes e a dificuldade de gerenciamento do tempo dispensado com o estudante sem prejudicar o serviço. Para isso, há a necessidade, além de capacitações, da gestão da jornada de trabalho, da aproximação e do apoio dos outros atores envolvidos no processo.

Preceptores que participaram de capacitações para melhorar suas habilidades pedagógicas tiveram maior satisfação pessoal em trabalhar com o aluno, aumento de sua segurança ao oferecer ensino clínico, além da oferta ao discente do reconhecimento e do

entendimento claro de seu papel dentro do processo ensino-aprendizagem. (JESUS; RIBEIRO, 2012; HALABI, et al., 2012).

A preparação formal para exercer a preceptoria traz impactos para o serviço e para a aprendizagem do acadêmico. A utilização de técnicas pedagógicas pode aperfeiçoar o tempo gasto durante a interação preceptor-estudante, não prejudicando o processo de trabalho do serviço e, com isso, mantendo o número de atendimentos exigidos por gestores. O fato de exercer a preceptoria não minimiza as cobranças para efetivação de sua produtividade. (BAKKER; PITTIMAN, 2010).

O profissional pode garantir o cumprimento das necessidades de atendimento da mesma forma que os profissionais não atuantes da preceptoria. Essas são as principais dificuldades enfrentadas para vivenciar o papel de preceptoria em qualquer lugar do mundo. Os processos de trabalho nos serviços de saúde exigem manutenção de metas assistenciais e resultados eficazes, e isso alguns não conseguem atingir quando estão realizando a atividade de preceptoria, fazendo com que muitos desistam de tal papel. (BAKKER; PITTIMAN, 2010).

Algumas técnicas são utilizadas por preceptores que participaram de qualificação específica para a função, é o que demonstra o estudo de Carlson, Hanson e Pilhamm (2009). Essas técnicas variam do ensino mais centrado no preceptor, onde o profissional profere palestras sobre o que está sendo visto na prática clínica, ao uso de perguntas dialógicas que induzam o estudante a um pensamento mais reflexivo para nortear suas ações.

A prática de ensino com base na reflexão-ação ainda não é realizada de forma satisfatória. No tocante a esse estudo, a gestão do tempo dedicado ao aprendiz pelo preceptor é o ponto crítico para as dificuldades de uma educação que busque o desenvolvimento de habilidades exigidas para o novo profissional de saúde. (CARLSON; HANSON; PILHAMM, 2009).

A participação dos preceptores na construção das estratégias de formação e de avaliação ainda é incipiente e, muitas vezes, desconsiderada - existem dificuldades de inserir o preceptor nessas ações. (LUHANGA; DICKIESON; MOSSEY, 2010).

A demanda exacerbada do serviço é um dos obstáculos mais citados pelos profissionais para trabalhar melhor o ensino em serviço. Esse fator traz frustrações aos profissionais e, quase sempre, prejudica a aprendizagem do aluno, o que pode causar tensionamentos nos preceptores, levando-os a não aceitar a preceptoría por medo de falhar e não possibilitar a formação de um bom profissional. Além da sobrecarga de trabalho, a falta de apoio formal à preceptoría nos serviços de saúde tem sido outra grande dificuldade enfrentada para a implantação do modelo de preceptoría, uma vez que reforça o desinteresse na cooperação com a formação por parte dos profissionais da assistência. (MCCARTHY; MURPHY, 2010; BAKKER; PITTIMAN, 2010; DUFFY, 2009).

Sabe-se que o modelo de preceptoría é amplamente executado como proposta primeira para o ensino na área da saúde em várias partes do mundo, mas o que se evidencia é que ainda é incipiente o apoio à manutenção e melhoria desse modelo. O que se observa é que o preceptor ainda é ator marginal na formação profissional em saúde.

Outro ponto relevante é a avaliação desse modelo. Embora a preceptoría seja executada em muitos países, sua avaliação como forma eficaz de integração ensino-serviço é escassa. Nessa exploração em busca de estudos para a preceptoría, apenas dois deles realizaram pesquisas para avaliar e comparar dois métodos: o modelo de preceptoría e o modelo de professor clínico, onde o professor é contratado pela universidade ou unidade de ensino. (GROXON; MAGINNIS, 2009; NEWTON, et al.,2013).

O professor clínico teve mais possibilidades de oferecer respostas aos estudantes do que o preceptor, pois aquele estava voltado apenas para o aprendiz sem ter que se dividir com a assistência. A inserção e a interação do aluno com o serviço e com a equipe junto ao preceptor foram melhores, pois ele, por fazer parte do serviço, conseguia deixá-lo mais à vontade com o restante da equipe de trabalho. O que apenas corrobora as evidências dos outros estudos com relação à sobrecarga de trabalho quando o profissional divide a jornada de trabalho nas atividades de ensino e assistência concomitantemente. (GROXON; MAGINNIS, 2009; NEWTON, et al.,2013).

A preceptoría foi avaliada por Carlson, Hanson e Pilhamm (2009), que realizaram um estudo etnográfico com imersão no serviço através de observação direta das ações dos preceptores: eles são fontes de inspiração para os alunos, que tendem a imitá-los, inclusive em práticas ruins de trabalho. O estudante, com sua prática clínica no modelo de preceptoría,

adquire a linguagem ocupacional utilizada no serviço, além de diminuir a lacuna entre a teoria e a prática, pois há um esforço dos preceptores para aprimorar a experiência prática, sempre baseada no conhecimento teórico presente naquele, ajudando-o a pensar de maneira clara em como a teoria seria utilizada para uma boa execução da clínica.

Com a construção de conhecimento em saúde cada vez mais voltada para o serviço e com o aumento de vagas nos cursos de saúde, o preceptor passou a ter um protagonismo nessa conjuntura, fazendo parte de um contexto onde a produtividade é o motor dos serviços de saúde. Ser preceptor não é uma decisão fácil porque seu papel, muitas vezes, não é reconhecido. Muitos não são remunerados e não têm tempo específico para reflexão com o estudante, seu trabalho torna-se invisível. (BAKKER; PITTIMAN, 2010; MCCARTHY; MURPHY, 2010).

A instrução de preceptores é substancial para a execução do ensino e da avaliação com eficácia, além da melhoria da comunicação entre os atores envolvidos nesse movimento. Essa formação, mais do que a instrumentação técnico-pedagógica, pode ser emancipadora e mobilizadora de recursos internos e sociais, com vistas para um processo de trabalho como locus no ensino-aprendizagem, permitindo interações entre os atores que podem criar oportunidades pedagógicas permanentes. (JESUS; RIBEIRO, 2012).

*De forma que certo dia
À mesa ao cortar o pão
O operário foi tomado
De uma súbita emoção
Ao constatar assombrado
Que tudo naquela mesa
Garrafa, prato, facção
Era ele que os fazia
Ele, um humilde operário,
Um operário em construção
Olhou em torno: gamela
Banco, enxerga, caldeirão,
Vidro, parede, janela,
Casa, cidade, nação!
Tudo, tudo o que existia
Era ele quem o fazia
Ele, um humilde operário
Um operário que sabia
Exercer a profissão.
Ah! homens de pensamento*

*Não sabereis nunca o quanto
Aquele humilde operário
Soube Naquele momento!
Naquela casa vazia que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia
De que nem se quer suspeitava.
E o operário emocionado
Olhou para a sua própria mão
Sua rude mão de operário,
E olhando bem para ela
Teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo
Coisa que fosse mais bela.*

Rúbem Alves

CAPÍTULO III - MÉTODOS

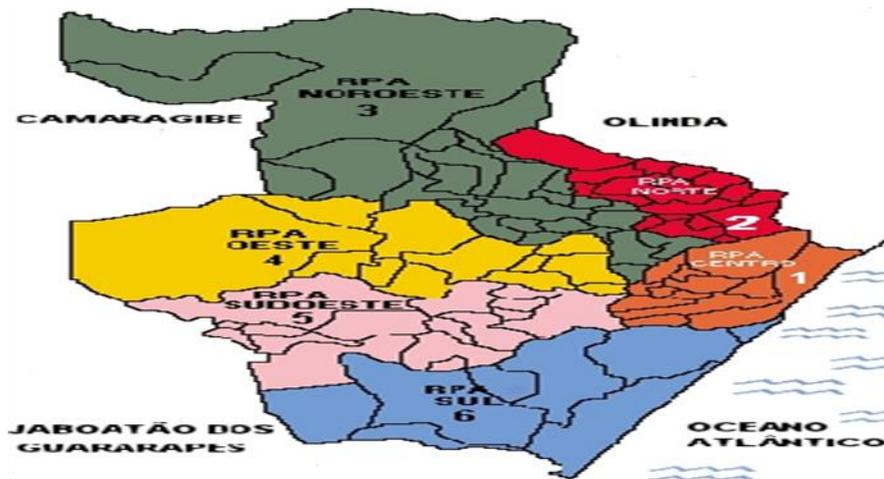
3.1 Tipo de Estudo

O estudo foi de caráter descritivo com abordagem qualitativa, pois buscou avaliar a experiência da preceptoria junto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família sob o olhar dos profissionais de saúde.

3.2 Local do Estudo

O campo de estudo deste trabalho debruçou-se sobre 20 unidades de saúde da família da cidade do Recife, que servem como cenário para a execução da prática de aprendizagem em serviço da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de duas Universidades que oferecem essa modalidade de pós-graduação. A cidade do Recife-PE é composta por seis regiões administrativas. Estas, na saúde, correspondem a cada um dos seis Distritos Sanitários- DS conforme a figura abaixo:

Figura 1 - Mapa representativo da divisão político-administrativa de Recife-PE



Fonte: Secretária de Saúde de Recife, 2013.

A rede de saúde SUS de Recife é composta, principalmente, por Unidades de Saúde da Família. A Secretária Municipal de Saúde dispõe, ainda, de Unidades tradicionais, Polos da Academia da Cidade, Centros de Atenção Psicossocial, Residências terapêuticas, Unidades Especializadas, Farmácia da Família, Policlínicas com e sem Serviço de Pronto Atendimento – SPA, Centros de Especialidades Odontológicas, Albergues Terapêuticos, Hospitais Pediátricos e Maternidades com SPA e sem SPA. Essa rede apresenta dispositivos importantes como o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), o Núcleo de Apoio às Práticas

integrativas (NAPI), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros. Esses equipamentos estão distribuídos por todo o território de saúde da cidade. Do total de equipamentos de saúde (233), a maioria situa-se no DS VI (24%), seguido pelos DS: III (21%), II (15,5%), IV (14,6%), V (14,2%) e I (10,7%). (RECIFE, 2012).

A secretaria de saúde de Recife estabeleceu alguns critérios para a inserção do estudante na atenção básica com o propósito de aperfeiçoar o processo de ensino e aprendizagem. Em 2007, inicializou a territorialização dos campos de prática, que hoje se encontram conforme a tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição das Instituições de Ensino superior em território de saúde de Recife. Recife, 2014.

IES – INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	DISTRITO SANITÁRIO
UFPE	IV, V
UPE	II, III
FVB/IMIP	I*, II*, IV*
UNIVERSO	VI
MAURICIO DE NASSAU	III, V
SÃO MIGUEL	I, II
FACIPE	I, IV

Fonte: Recife (2012)

(*) Nestes Distritos, a IES atua, apenas nas unidades em Cogestão abaixo relacionadas:

DS I: Coelhos I e II, Santo Amaro I e II, Santa Terezinha;

DS II: Chão de Estrelas, Chié I e II;

DS IV: Cosirof, Sino, Macaé, Caranguejo.

Com o crescente incremento de cursos de pós-graduação em saúde em regime de residência, percebeu-se também a necessidade de utilizar-se do critério de territorialização nos cenários de ensino prático desses profissionais.

A territorialização funciona como um organizador do serviço, mas isso não impede a possibilidade de estudantes transitarem por outros DS caso haja necessidade, bastando, para

isso, um acordo prévio junto à Diretoria Geral de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde – DGGTES. (RECIFE, 2012).

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram 08 médicos, 18 enfermeiros e 07 dentistas, que exercem preceptoria em Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. O universo constituía-se de 40 profissionais que atendiam ao critério de inclusão de estarem, no mínimo, há dois anos nessa atividade. Dos 40 iniciais, 03 não se disponibilizaram a participar da pesquisa por questões pessoais, 02 foram substituídos recentemente por profissionais que não se incluíam nos critérios do estudo e 02 encontravam-se em licença no período no qual aconteceu a coleta de dados.

3.4 Aspectos Éticos

A pesquisa buscou o maior benefício possível às pessoas e à coletividade. Nela, foi agraciado o princípio da beneficência: realizada evidenciando-se as vantagens que o estudo trará para a compreensão da preceptoria na cidade do Recife.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) foi apresentado aos sujeitos, contendo os dados da pesquisa e dos pesquisadores. Garantiu-se o sigilo de sua identidade e assegurou-se sua autonomia, deixando claro que eles podiam desistir a qualquer momento do estudo, sem que isso lhes trouxesse qualquer constrangimento, respeitando o princípio da não maleficência, autonomia e beneficência e obedecendo à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (2012), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi garantido o anonimato de cada sujeito participante, sendo eles substituídos por numeração correspondente à sequência da realização da entrevista.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL, recebendo parecer favorável de número 382.749 em 26/07/2013 (APÊNDICE B).

Após a aprovação no comitê de ética, recebeu-se a autorização para o início da coleta de dados do órgão responsável da prefeitura do Recife – DGGTES, através de carta de anuência e de ofício de apresentação aos serviços.

Previamente, os profissionais foram contatados para proceder ao agendamento da coleta de dados, que aconteceu por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), respeitando a preferência pessoal e a disponibilidade de tempo deles, para não ocasionar prejuízo ao serviço.

3.5 Coleta de Dados e Preparação do *Corpus* de análise

A coleta dos dados ocorreu no local de trabalho dos sujeitos, em sala cedida pelos responsáveis da unidade de saúde, em ambiente fechado, com boa luminosidade e acústica favorável para a gravação, sem interferência sonora ou de terceiros no momento do encontro. As 33 entrevistas foram gravadas em aparelho mp3 e, posteriormente, transcritas. Após a leitura flutuante do material textual, preparou-se o *corpus* de análise de acordo com os parâmetros técnicos de formatação próprios do Programa Alceste, ou seja, mediante a separação de cada uma das entrevistas com linhas de comando e códigos identificadores do entrevistado e das variáveis delimitadas no estudo, tal como no exemplo que se segue:

**** *suj_01 *pub *tem_01 *cmf *enf (lê-se: preceptor 01, preceptor para instituição pública, até cinco anos de experiência em preceptor, com formação para preceptor e enfermeiro).

Nessa perspectiva, as demais linhas de comando, também foram constituídas, separando-se cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Assim sendo, contabilizaram-se 33 UCI nesse *corpus*. Esse programa fez uma análise léxica das palavras desse conjunto de textos em quatro etapas processuais, agrupando as raízes semânticas, listando-as a partir de um dicionário de formas reduzidas, definindo-as por classes e considerando a função delas no texto. Ele fez cálculos que levaram à classificação das ocorrências a partir de uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de palavras e obteve-se uma classificação definitiva. Posteriormente, o Alceste produziu dendrogramas para a visualização das classes de palavras hierarquizadas anteriormente. Na quarta etapa, delimitou as principais características de cada classe de palavras e possibilitou uma classificação ascendente delas. As classes obtidas foram constituídas por um grupo de Unidades de Contextos Elementares

(UCE) e organizadas segundo com a classificação e distribuição dos vocábulos. (CAMARGO, 2005).

3.6 Análise dos Dados

De posse do volumoso arquivo de resultados, a análise dos dados baseou-se da revisão de literatura acerca da preceptoria com foco na contextualização histórica, política e social dos sistemas de saúde, nas transformações do mundo do trabalho e na formação profissional em saúde em diferentes partes do mundo. Assim observou-se atentamente a lista de palavras e UCE características de cada classe produzida pelo Alceste, identificando as semelhanças e diferenças encontradas no percurso discursivo e atribuindo significado ao discurso manifesto na comunicação.

Para melhor visualização e compreensão dos resultados deste estudo, os dados foram organizados da seguinte forma:

- Caracterização dos preceptores;
- Análise de Conteúdo/Análise Lexicográfica - O que gerou quatro classes resultantes do processo de análise léxicas, agrupadas em dois eixos nomeados pela pesquisadora.

*Não cobiço e nem disputo os teus olhos
Não estou sequer à espera que me deixe ver através dos teus olhos
Nem sei tampouco se quero ver o que veem e do modo como veem os teus olhos
Nada do que possas ver me levará a ver e a pensar contigo
Se eu não for capaz de aprender a ver pelos meus olhos e a pensar comigo
Não me digas como se caminha e por onde é o caminho
deixa-me simplesmente acompanhar-te quando eu quiser
Se o caminho dos teus passos estiver iluminado
pelas mais cintilantes das estrelas que espreitam as noites e os dias
mesmo que tu me percas e eu te perca
algures na minha caminhada certamente nos reencontraremos
Não me expliques como deverei ser
quando um dia as circunstâncias quiserem que eu me encontre
no espaço e no tempo de condições que tu entendes e dominas
Semeia-te como és e oferece-te simplesmente à colheita de todas as horas
Não me prendas as mãos
não faças delas instrumento dócil de inspirações que ainda não vivi
Deixa-me arriscar o molde talvez incorreto
deixa-me arriscar o barro talvez impróprio
na oficina onde ganham forma e paixão todos os sonhos que antecipam o futuro
E não me obrigues a ler os livros que eu ainda não adivinhei
nem queiras que eu saiba o que ainda não sou capaz de interrogar
Protege-me das incursões obrigatórias que sufocam o prazer da descoberta e com o silêncio
(intimamente sábio) das tuas palavras e dos teus gestos
ajuda-me serenamente a ler e a escrever a minha própria vida.*

(Rubem Alves)

CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Descrevendo os Sujeitos da Pesquisa

Como já mencionado, participaram deste estudo 33 profissionais preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de duas Instituições de Ensino Superior, sendo apenas 01 do sexo masculino. Brito (1999) discute sobre o fato de a mulher ganhar cada vez mais espaço no mercado de trabalho. Nesses últimos anos, o número de mulheres entre os 15 e os 65 anos aumentou, consideravelmente, no mercado de trabalho formal, o que pode ser constatado com o grande número de mulheres participantes da pesquisa. Porém, mesmo com a crescente participação da mulher no mercado de produção, ainda é forte a divisão social do trabalho. No trabalho produtivo e no trabalho doméstico (reprodutivo), encontra-se a mulher como principal responsável pelo segundo, realizando a maioria dela dupla jornada de trabalho. (BRITO, 2012).

A mulher trabalhadora sofre com a divisão social do trabalho, uma vez que a participação no trabalho entre homens e mulheres é desigual no tocante ao reconhecimento e à valorização das tarefas. Cabe à mulher trabalhadora, ainda, a responsabilidade de gerir os trabalhos domésticos e estes, muitas vezes, não são reconhecidos na sociedade como trabalho/ocupação, mas apenas como obrigação da mulher dentro do núcleo familiar.

Essa situação pode trazer conflitos na identificação da mulher em seu papel, visto que pode levar a mulher a uma dupla opressão: a de cidadã, como trabalhadora; e a de gênero feminino, como responsável pelo trabalho da casa, que a distância da produção, da vida social e política. (BRITO, 2012).

Como existe a peculiaridade de todas as participantes deste estudo serem profissionais graduadas, tendo as 32 já cursado uma pós-graduação, percebe-se o acesso a essa modalidade de ensino presente em grandes centros urbanos do país e a busca dessas profissionais por valorização e reconhecimento.

No tocante à capacitação pedagógica a revisão integrativa deste estudo evidenciou a sua importância para a prática da preceptoria. Das participantes deste estudo, apenas quatro preceptores referiram que realizaram alguma instrução para o exercício da preceptoria. Isso se deu em um dos cursos de Residências ofertado por uma Instituição de Ensino na cidade de Recife-PE. A resolução nº 02 de 16 de Abril de 2012 da Comissão Nacional de Residências

Multiprofissionais e de Residências Profissionais em Saúde – CNRMS- deixa a cargo das instituições formadoras a construção dos projetos políticos pedagógicos de tais cursos.

As quatro preceptoras que referiram ter passado por uma instrução docente, foram residentes de um mesmo programa de Residência Multiprofissional; elas participaram de um estágio de docência, onde ficavam responsáveis por estudantes de graduação de semestres iniciantes. Sua atuação como docente dava-se tanto em sala de aula – com aulas teóricas, como em acompanhamento no serviço de estágios supervisionados dessas estudantes, não há explicitado nas competências para a formação e atuação multiprofissional na estratégia em saúde da família a questão docente do profissional em saúde, seja para a sala de aula ou mesmo para a preceptoria. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A Educação Permanente em Saúde vem sendo uma política prioritária desde a década de 1980 em alguns países da América Latina. O SUS traz fortemente em seus princípios a proposta de mudança do sistema de saúde ao buscar uma clínica ampliada e, para isso, os recursos humanos devem ser bem preparados. Com esse objetivo, propõem-se ações como a NOB/RH/SUS, que buscam maior comprometimento das esferas gestoras em fixar o modelo de educação permanente em saúde baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores. (HADDAD, 2008).

Citando as considerações de Haddad (2008), sobre educação permanente como uma proposta pedagógica de construção de uma aprendizagem significativa para os sujeitos sociais envolvidos, colocam-se esses sujeitos em posição ativa no processo. Entretanto, ainda são incipientes as ações de educação permanente para a preceptoria de qualidade.

Vários são os projetos que se desenvolvem em busca desses propósitos e o PET-Saúde recebe destaque quando se pensa na preparação de preceptor. Trazendo como proposta a educação pelo trabalho a partir dos serviços de saúde, os profissionais e estudantes de graduação de profissões diversas trabalham com vistas à Integração Ensino-Serviço-Comunidade, fomentando o papel de preceptor do profissional do serviço.

Na cidade de Recife, pode-se observar a presença de algumas ações no propósito de qualificar a preceptoria por parte das Instituições de Ensino Superior e da Gestão Municipal. A evidência disso está na percepção da atuação de preceptores no Pet-Saúde instalado nos serviços desde 2008 com projetos diversos. Outro ponto a ser revelado dessa parceria é a

disponibilidade de 06 vagas em um curso de especialização em docência superior para a saúde oferecido por uma das instituições de ensino com graduandos e pós-graduandos nos serviços do SUS de Recife.

Essas ações são um início para melhorar/qualificar a atuação do preceptor nessa rede de ensino, porém ainda não se traduz em construção de medidas concretas, visto que 29 preceptores disseram não ter participado de formação alguma para exercer essa tarefa. Outro ponto importante é que todos os preceptores participantes e que realizam preceptoria para IES pública fizeram parte, em algum momento, do PET-saúde e nenhum deles considerou a experiência como formadora/qualificadora para o exercício de preceptoria, possibilitando questionar o alcance desse objetivo pelo PET-saúde.

Questões referentes ao tempo de preceptoria e ao tempo de saúde da família também foram levantadas, por entendermos que o papel de preceptor está diretamente ligado à instrução e experiência profissional.

Tabela 2 - Tempo de experiência na estratégia Saúde da Família. Recife, 2014.

TEMPO DE EXPERIENCIA EM ANOS	NÚMERO DE PRECEPTORES
< 5	8
Entre 5 e 10	12
Entre 10 e 15	10
>15	3

Fonte: própria autora

Observando a tabela acima, percebe-se que a maioria dos preceptores conta com bom tempo de trabalho na ESF, o que, segundo Botti e Rego (2008) pode ser um fator determinante para a escolha do profissional a desenvolver a preceptoria. Assim, o tempo no serviço aliado a uma elevada competência técnica é preponderante para ser preceptor, dado que não há uma legislação ou formalização de tal função.

O tempo de trabalho pode proporcionar às pessoas experiências. Larrosa (2011) diz que a experiência é o que toca e que esta é capaz de transformar e de formar. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto a sua própria transformação. O preceptor deve, a partir de suas experiências, orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar aquilo que sabe para ajudar o aprendiz. O profissional deve ser experiente para ser capaz de ajudar o alunato a estreitar a distância entre a teoria e a prática. (BOTTI; REGO, 2008).

A experiência trazida por Larrosa (2011) torna-se mais importante no momento em que os cenários de ensino estão em constante mudança. O profissional que se deixa tocar por suas vivências do trabalho será capaz de experimentar e oferecer experimentação para o aluno, no intuito dele tornar-se experiente com relação às práticas de saúde voltadas para o atendimento às necessidades de saúde da sociedade.

O período em que os profissionais estão como preceptores da REMISF é bem menor do que o seu tempo de trabalho na ESF - 18 deles executam essa função há menos de 05 anos. Isso pode ser explicado pela REMISF em Recife ser uma pós-graduação consideravelmente recente; outro fator relacionado a essa questão pode ser o fato de todos os profissionais da cidade do Recife que atuam na ESF serem provenientes de concursos públicos ocorridos entre os anos de 2006 e 2012.

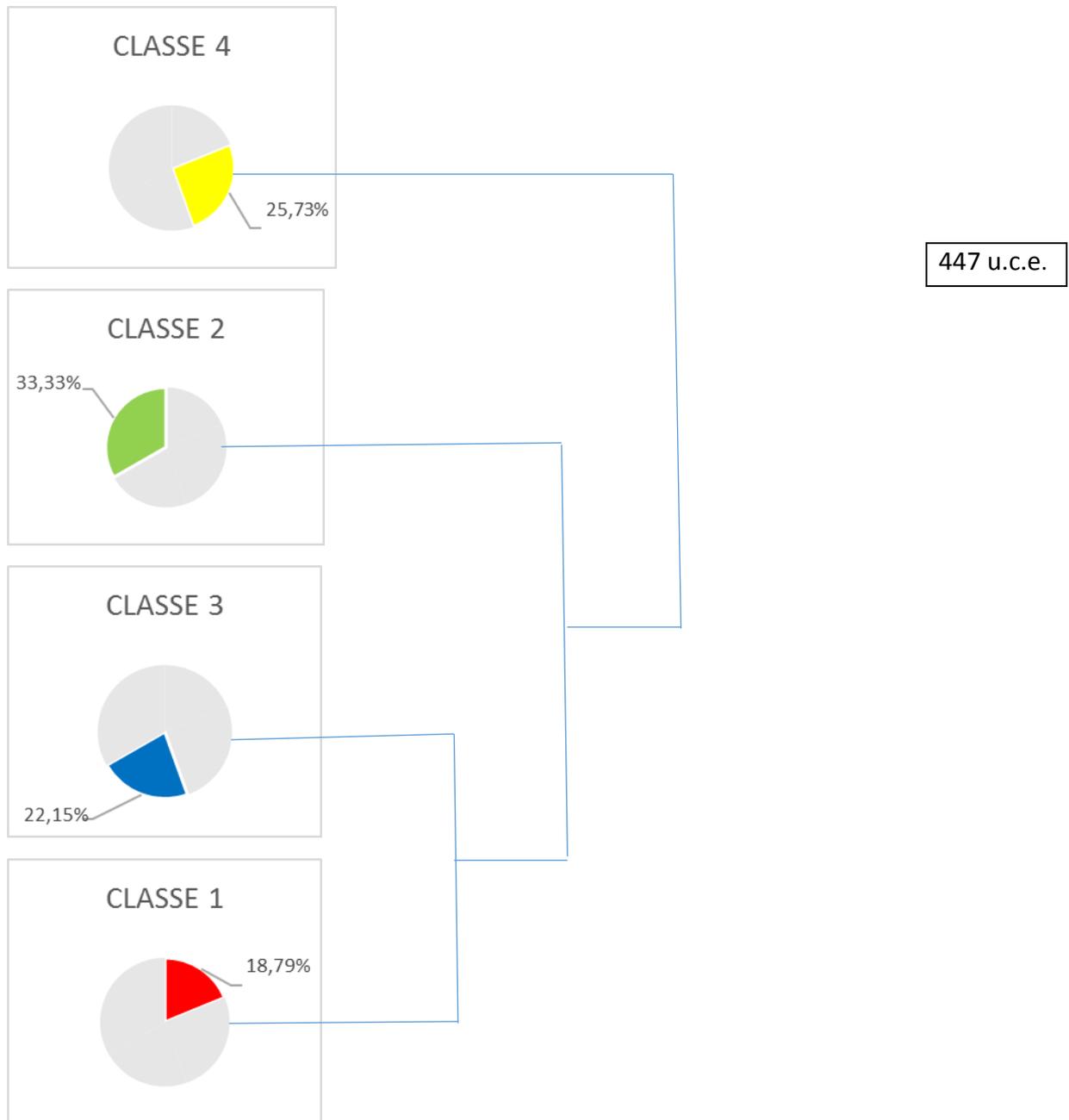
É possível constatar que os preceptores do estudo são mulheres com um tempo de trabalho em saúde da família entre 10 e 15 anos, sem capacitação para exercer suas atividades como preceptoras e com experiência média em preceptoria inferior a cinco anos. Ao caracterizar os preceptores, buscou-se levantar algumas questões que podem influenciar na atuação desses profissionais como preceptores.

4.2 Análise Lexicográfica

O *corpus* apresentou um total de 18045 ocorrências e 2314 palavras diferentes. Houve 384 palavras com possibilidade de análise, 175 delas constituíram instrumentos (artigos, pronomes...) e 46 representaram variáveis. O texto gerado pelo software teve um aproveitamento de 94% do material processado.

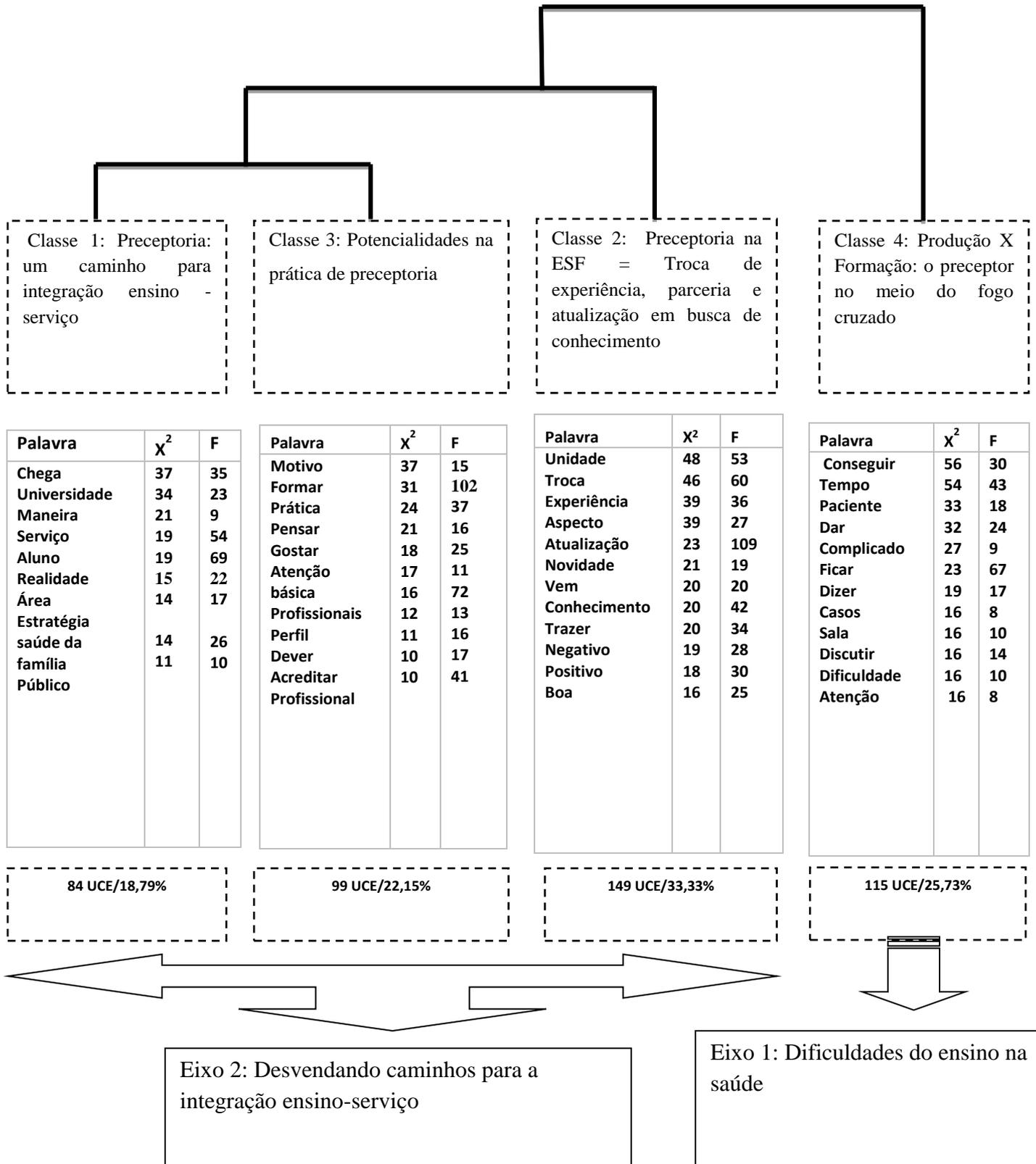
A análise do *corpus* gerou uma classificação hierárquica descendente composta de quatro classes e suas possíveis relações de divergência e convergência entre si; a figura abaixo traz um resumo dessa análise. Primeiramente, o *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Depois, houve uma nova partição, onde um dos subgrupos foi dividido em mais dois subgrupos, resultando nas classes 1 e 3.

Figura 2 – Classificação hierárquica descendente. Recife, 2014



As classes foram nominadas a partir da interpretação do pesquisador sobre o conjunto de dados: *corpus*, classes e UCE, resultado do processamento do *corpus* pelo software Alceste. As classes foram categorizadas a partir da leitura flutuante do *corpus* e suas relações. O dendrograma a seguir demonstra em esquema figurativo o que foi exposto.

FIGURA 3 – Dendrograma/Análise Lexicográfica acerca de preceptoria. Recife, 2014.



4.2.1 Eixo 1: Dificuldades no ensino na saúde

4.2.1.1 Classe 4 - produção x formação: o preceptor no meio do fogo cruzado

Essa classe constituiu-se de 115 UCE (24,21 %). É importante reportar que nela não houve identificação de nenhuma variável, revelando sua construção a partir de todas as falas do conjunto de preceptores. A seguir, as palavras que tiveram maior associação por ordem decrescente de qui-quadrado: *Conseguir, tempo, paciente, dar, complicado, ficar, dizer, casos, não, se.*

Essa classe retrata as relações conflituosas trazidas pelos preceptores no tocante à assistência e ao exercício de preceptoria, ações exercidas concomitantes nos serviços de saúde pesquisados. As palavras acima destacam que o profissional coexiste com as expectativas de ofertar atendimento adequado ao usuário e, ao mesmo tempo, ter condições de oferecer uma orientação satisfatória ao seu aprendiz.

É possível inferir que a preceptoria é um dificultador para o alcance das ações assistenciais exigidas para os profissionais destes serviços, uma vez que a construção delas não leva em consideração a presença de um estudante junto ao profissional de saúde que atua como preceptor. Como demonstrado no capítulo do referencial teórico deste estudo, o estudante no serviço aumenta o tempo de atendimento e de realização de procedimentos, isto é, algo que pode dificultar o alcance de metas que vise números de atendimento como questão principal avaliativa dos serviços prestados. As UCE a seguir são exemplo que corroboram essas interpretações.

.... a preceptoria acontece a partir de **discussão**. É atuação conjunta, mas isso requer **tempo** e nós trabalhamos na ESF, trabalhamos também com números e isso nos deixa um pouco em conflito, porque, às vezes, **não conseguimos dar** a atenção que gostaríamos aos alunos. suj_08 x²
48

...aqui eu tenho que atender, eu tenho que prescrever e o **tempo** fica muito apertado, ficamos sem **dar** a assistência ao aluno... suj_14 x² 28

Observa-se a grande influência dos mecanismos de gestão do trabalho na forma de entender e realizar a preceptoria, aqui evidenciada como negativa, uma vez que não permite ao trabalhador exercer sua plenitude em nenhuma das ações.

A gestão do trabalho na Saúde requer, em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde. Essas estão relacionadas com os processos de gestão, a configuração estrutural do setor e a construção e retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado, a partir de algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas. Para tanto, deve partir de um pressuposto básico que defina uma agenda de trabalho como política de Estado e não de governo, envolvendo as diferentes esferas que caracterizam o Estado Nacional, visando à consolidação ampliada de mudanças mais consistentes tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006 p.32).

A maneira de realizar a preceptoria está ligada diretamente às práticas de trabalho exercidas nos cotidianos dos profissionais. Ao imergir nas falas transcritas, verifica-se a consonância do foco no tocante à sobrecarga de trabalho, tornando-se difícil atuar como preceptor. A tarefa de preceptoria exige um esforço desse profissional além do que lhe é permitido, a preceptoria na perspectiva da produção x formação condiz com a realidade dos serviços de saúde – estes se encontram com uma demanda reprimida, estruturas físicas precárias, relações de trabalho ainda baseadas na verticalidade e avaliação de profissionais ainda embasadas no cumprimento de metas e números.

Contrariamente ao evidenciado no exposto acima, a ESF veio com propostas de oferecer ênfase em práticas não convencionais de assistência, destacando as atividades de prevenção e promoção como forma de reorganização e antecipação da demanda. Também se encontram em destaque: o trabalho em equipes multiprofissionais, a educação em saúde, a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização, regionalização e, finalmente, a importância de ações intersetoriais. (CAMPOS et al., 2006).

O SUS vivenciado nas esferas reais dos trabalhadores está muito distante do almejado nos tempos da Reforma Sanitária Brasileira. Feuerwerker (2005) observa que mais grave que isso é o fato de as fragilidades do sistema colocarem em risco sua legitimidade política e social.

Ela complementa que a relação de disputas da saúde como direito - das maneiras de concebê-la e de construí-la - torna essas fragilidades mais arrebatadoras, uma vez que o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e a maneira de fazer políticas de saúde

traduzem-se nas possibilidades de construção ou destruição no que se refere à legitimidade do SUS política e socialmente.

O papel da preceptoria nos cenários de práticas é fundamental na interlocução entre os interesses institucionais diferenciados, o estímulo a uma postura mais participativa do estudante e a inclusão do usuário do serviço de forma mais ativa na participação na instrução do estudante.

A ESF abriu a possibilidade de ruptura da lógica que presidia a produção dos serviços de saúde desde os tempos dos institutos e do INAMPS e que seguia atravessada na garganta dos reformadores - era a lógica do pagamento ou do repasse financeiro atrelado à produção de serviços. (CAMPOS; BELIZÁRIO, 2001).

Feuerwerker (2013) defende que o SUS procura desconstruir a herança da saúde como produto a ser consumido, porém, com o avanço dos serviços de saúde privados, essa compreensão da saúde vem ganhando força entre os profissionais e entre os usuários. Com isso o direito à saúde é visto como o direito a consumir consultas médicas, procedimentos e medicamentos. As concepções de saúde na perspectiva do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade, o que pode ser também uma das causas da excessiva demanda de atendimentos individuais nos serviços de saúde e na ESF.

Essas construções sociais também afetam o ensino na saúde, pois são elas que orientam diretamente a formação dos profissionais de saúde e estão nas cabeças dos trabalhadores desta área, dificultando a consolidação do SUS. (FEUERWERKER, 2013).

Quando o profissional de saúde traz a demanda do serviço e as questões de metas como dificultadores à prática de preceptoria, tem-se evidente a necessidade de perceber os processos de gestão de trabalho em uma conjuntura diferente da que é demandada por muitos gestores, usuários e profissionais. A saúde vem sendo consumida e utilizada como palanques de campanhas eleitorais e não como propostas reais de busca à saúde como direito.

A forma que o preceptor relaciona-se com o aluno está estreitamente ligada a suas práticas profissionais. Missaka e Ribeiro (2011) defendem que o preceptor tem função importante na formação e na aprendizagem prática dentro dos serviços de saúde, pois aquele exerce função de ensino, embora isso não seja reconhecido.

A falta de reconhecimento aos preceptores permite que o atendimento assistencial seja priorizado em detrimento da experiência dos estudantes nos serviços. Essa não formalização da função do preceptor pode deixar o aluno abandonado dentro do serviço, levá-lo à possibilidade de desaprender e causar ao discente a má prática profissional. Isso também possibilitará ao neófito a desilusão ainda maior com a saúde pública e contribuirá para a manutenção das propostas de grupos que lutam contra o SUS em busca de uma saúde percebida como mercadoria e geradora de lucros. (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

A preceptoria é trazida como causadora de conflitos aos profissionais que atuam na ESF de Recife, pois reconhecem a importância desse momento para a formação, mas sentem-se impossibilitados de ofertar maiores oportunidades a esses estudantes, não por falta de competência ou vontade, mas por exigência de um processo de trabalho que requer do profissional a manutenção de padrões ou números para sua remuneração. Outro ponto evidenciado nessas falas é o não reconhecimento da função de preceptor por parte dos gestores como algo a mais no serviço, ela deve se adequar à possibilidade/destreza do profissional em conseguir executar as funções de assistência e de ensino concomitantemente.

Os preceptores reconhecem que a preceptoria deve ser fundamentada em processos de ensino-aprendizagem ricos em discussão de casos reais do serviço de saúde. Ela fundamenta-se na proposta de ofertar experiências do cotidiano dos serviços, porém os preceptores deste estudo entendem que não conseguem ofertar as melhores possibilidades em virtude da dificuldade em gerenciar o tempo, tendo que dividi-lo em assistência e docência.

“...às vezes, fica um pouco distante dos alunos o dia a dia, o trabalho, o excesso de atividades acaba distanciando-o um pouquinho. Acho que deveria haver um momento dedicado a essa preceptoria para as conversas, para fazer o estudo de **caso**, as trocas. Acho que o **tempo** acaba sendo muito reduzido, fica muito distante da escola, da universidade...” suj_21 x²23

O preceptor é o profissional que atua nos serviços com a assistência e a formação, trabalha a formação a partir da prática clínica. O tempo que atua com um estudante é pequeno, com encontros formais entre este profissional e graduandos e pós-graduandos. (BOTTEI, 2008).

A preceptoria é exercida dentro do ambiente de trabalho dos profissionais, é o que diz Botti em sua definição citada anteriormente. A partir do dendrograma e das falas dos entrevistados, percebe-se que, para eles, o ambiente físico das unidades não permite que aconteça uma melhor integração teoria-prática, fato trazido como ponto negativo na realidade dos preceptores que participaram da pesquisa.

No dendrograma, é possível perceber essas relações através das palavras **complicado, sala e tempo** e através das UCE a seguir:

...nós temos pouco **espaço físico**, nós **não temos salas suficientes**, nós não temos onde nos reunir, nós **não temos tempo**, nós temos que dar conta de uma agenda, a instituição pela qual temos vínculo nos cobra o cumprimento de metas, nós gostaríamos de termos mais **espaço físico**, mais espaço de agenda mesmo para estarmos mais perto, para planejarmos melhor... suj_04 x² 34

O mais difícil para mim é o **espaço físico** uma **sala** pequena para comportar uma estudante, uma residente e eu... suj _ 18 x² 20

Em inquérito levantado por Trajman (2009), o espaço físico foi o ponto mais mencionado pelos entrevistados como sendo um dos principais dificultadores para a formação na atenção básica do Rio de Janeiro, estudo que corrobora as questões levantadas pelos preceptores aqui discutidos.

A formação nos cenários reais de assistência à saúde ainda está muito distante de configurar-se uma real integração entre o ensino, o serviço e a comunidade. A busca desse ideário ainda enfrenta sérias dificuldades e é urgente a discussão sobre a maneira de como se faz essa interação. Os serviços deveriam participar ativamente das construções das agendas e das propostas de ações tanto no âmbito da assistência quanto no da formação.

É aparente que a formação nos serviços da atenção básica – se faz na busca de cumprir normas e regulamentações, porém ainda é concebida de forma pouco planejada, pois a inserção do aluno no cotidiano do serviço não considera as peculiaridades de cada realidade e traz à formação em saúde sérios riscos de manutenção de práticas e replicação do modelo

vigente. Embora pensada para transformar a formação, a integração do ensino com o serviço pode não estar cumprindo seu papel, vivenciar uma prática sem refleti-la não levará a nenhum tipo de mudança.

4.2.2 Eixo 2 - Desvendando caminhos para a integração ensino - serviço

4.2.2.1 Classe 2 - preceptoria na ESF = a troca de experiência, parceria e atualização em busca do conhecimento

Essa classe deteve 149 UCE (31, 37 %) do total de UCE, não houve variável significativa, o que pode evidenciar sua construção a partir de todos os participantes. A seguir, as palavras que tiveram maior associação por ordem decrescente de qui-quadrado: *unidade, troca, experiência, aspecto, atualização, novidade, vem, conhecimento, trazer, negativo, positivo, boa, sempre, horário, existir.*

Essa classe traz a preceptoria entendida positivamente na perspectiva de troca de experiência e atualização. Os profissionais da assistência e os acadêmicos compartilham um acontecimento: o aluno vai para a unidade com o intuito de somar a seu conhecimento teórico a experiência clínica na comunidade, recebendo auxílio do preceptor para isso.

Abaixo, encontram-se as UCE que evidenciam os pontos positivos advindos da prática de preceptoria:

...Existem muitos aspectos positivos na preceptoria: a **troca de conhecimento** o vínculo, a questão multiprofissional em prol de um objetivo comum. suj_03 x² 19

...então, o principal ponto positivo da preceptoria é a **troca de experiência e conhecimento.**” Suj_27 x² 17

...é estimulante em parte, porque você se sente, em relação à residência uma vontade de se **atualizar**, eles trazem algumas novidades. suj_29 x² 15

A comunidade só tem a **ganhar**, eu não vejo aspectos negativos na preceptoria. Com uma equipe que tem uma Residência

Multiprofissional, a comunidade só tem a ganhar, infelizmente não vejo aspectos negativos. suj_09 x² 20.

O trabalho em que a multiprofissional vem desenvolvendo na estratégia saúde da família aumenta essa parceria com outros profissionais, a **atualização** com novos profissionais. suj_26 x² 14

As propostas de mudanças do ensino em saúde voltadas para um profissional crítico-reflexivo tomaram força no país após a reforma sanitária e, com isso, incrementaram a difusão de conceitos e pensamentos em muitos grupos. Um dos focos da modificação curricular na área da saúde é a concepção de profissionais que atendam às necessidades de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário. (ALBUQUERQUE, 2008, CECCIM; FERLA 2009,).

A Integração ensino-serviço é entendida por Albuquerque (2008) como espaços em que se dá o diálogo entre o trabalho e a educação; esses espaços assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante desenvolve acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania nos quais os profissionais do serviço, os docentes, os usuários e o próprio estudante estabelecem seus papéis sociais na confluência de seus saberes, no modo de ser e de ver o mundo.

Esses contextos podem permitir que o preceptor realize a preceptoria interligando-os. Aqui, há a universidade como instituição que busca a construção do conhecimento e o trabalho como forma de construir ações sociais a partir do encontro do conhecimento científico ofertado e almejado por aquela com as conjunturas reais do mundo do trabalho. O que Barreto et al. (2011) defendem como construção social do conhecimento, local do qual retiram-se as bases para a reflexão que justifica a criação de mecanismos coletivos de aprendizagem e desenvolvimento profissional, como é o caso da RMSF.

O cenário de formação no serviço é o espaço em que acontece essa interação, essa parceria defendida pelos preceptores como preceptoria. Muito embora ela possa ser encontrada na literatura como um ato de ensinar, os preceptores desta pesquisa não têm esse olhar acerca de seu papel. Primordialmente, a preceptoria é definida como parceria e troca entre o preceptor, o estudante, a universidade e a comunidade em busca do conhecimento.

A preceptoria representada como parceria, troca de experiência e atualização em busca de conhecimento talvez se dê pela controvérsia a respeito do papel desse ator encontrado na literatura científica. Botti (2008) afirma que são muitas as funções percebidas e oferecidas para o preceptor e, em seu estudo, ao solicitar que os preceptores definissem sua função com apenas uma palavra, ficou evidente essa multiplicidade de concepções de papéis, fato também evidenciado na revisão de literatura deste trabalho, no capítulo Papel do Preceptor.

O preceptor atua como mentor, orientador, guia, pai, amigo e parceiro, porém, em seu estudo, Botti (2008) também verifica o entendimento de preceptor na função de professor, educador e facilitador - funções não evidenciadas no presente estudo. Primordialmente, os participantes deste estudo representam-se como parceiros do estudante, pois, através da troca de conhecimentos e experiências, constitui-se a prática de preceptorar. Nela há uma conotação de construção coletiva de conhecimento, bases da política de educação permanente.

As bases de integração ensino-serviço, na cidade de Recife, estão na educação através de uma relação dialógica, problematizadora e participativa. A proposta defendida pela secretaria de saúde municipal está embasada na premissa de que a formação para a área da saúde deve estar baseada na capacidade de acolher e cuidar das necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho. (RECIFE, 2012).

A preceptoria, no contexto da cidade de Recife (2012), constrói-se na proposta do SUS como ordenador da educação na saúde e advoga os serviços de saúde como campo de ensino - seja de graduação ou de pós-graduação. O artigo 27 da Lei Orgânica de Saúde destaca os serviços de saúde como campo para o ensino e pesquisa, ou seja, como locais de ensino-aprendizagem que mostram a ligação entre a assistência, a gestão e a formação em saúde. (BRASIL, 1990).

Para a secretaria de Gestão de pessoas da cidade de Recife (2012), o preceptor é responsável por uma série de atribuições junto aos estudantes e instituição de formação, são elas: acolher e planejar a inserção do estudante no processo de trabalho da equipe; contextualizar a realidade e a necessidade do serviço diante dos objetivos do estágio; estimular a prática reflexiva na US (clínica, promoção e prevenção); estimular o estudante à condição de sujeito autônomo no processo de aprendizagem, desenvolvendo suas potencialidades; realizar discussão de caso; acompanhar frequência; orientar quanto à postura

técnica; participar do processo de avaliação; comunicar ao DS intercorrências com o aluno; atuar nas atividades de planejamento para cada grupo de atividades e no acolhimento dos estudantes.

Recife (2012) traz como eixos norteadores para a integração ensino-serviço: a educação permanente em saúde, a responsabilidade, a cogestão, a participação, o diálogo e a problematização da realidade.

Em 2003, o Ministério da saúde sofreu uma mudança estrutural com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) - secretaria responsável pela elaboração e acompanhamento de políticas orientadoras da gestão da formação e da qualificação em saúde. Tal secretaria introduziu propostas de ensino e educação permanente pautadas em ações favoráveis ao preparo e desenvolvimento humano, considerou os princípios e diretrizes do SUS de acordo com as necessidades reais da população e buscou respeitar as premissas da humanização. (HADDAD, 2008).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (BRASIL, 2009, p. 09).

Dentre os processos para efetivação dessas políticas, o destaque é dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde da família. Este último promoveu, em grande escala, a busca da integração ensino-serviço e uma maior participação dos profissionais assistentes na construção do conhecimento de novos profissionais. Esses movimentos, claramente, influenciaram a construção do entendimento sobre preceptoria desse grupo.

O PET- saúde na cidade de Recife foi implantado a partir dos projetos das Universidades de Pernambuco e Universidade Federal de Pernambuco. Esse programa foi proposto a partir dos contextos nas mudanças nas graduações em saúde, através da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos programas de incentivo às mudanças no ensino do Ministério da saúde, nestas duas instituições de educação.

No âmbito de pós-graduação, essas instituições realizam pesquisas e extensão nos serviços de saúde, em especial nas unidades de saúde da família. Elas comungam Residência de Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família,

que estão respondendo às convocatórias do Ministério da saúde e da educação, com o objetivo de concretizar mudanças na formação em saúde. (CORDEIRO, 2012).

O PET-saúde da família em Recife se propôs a complementar essas ações, com o reconhecimento dos profissionais que sempre acolheram os estudantes e apoiaram as ações de ensino e serviço. Na UPE, o PET-saúde teve como foco a atenção primária à saúde, o lócus do seu desenvolvimento como atividade de ensino, através de uma pesquisa demandada pela Secretária de Saúde e Gestão de Pessoas de Recife, com atividades de extensão nos anos 2009, 2010 e 2011. (CORDEIRO, 2012).

Como resultado desse processo, existiram, dentre outras, algumas contribuições para o processo de ensino-aprendizagem e para a produção de conhecimento. Sobre isso, Cordeiro (2012) discorre:

1 - o fortalecimento da integração ensino-serviço com a participação de 10 professores/tutores e 60 profissionais/preceptores (19 USF com 34 profissionais do DS II e 17 USF com 26 profissionais do DS III - médicos/dentistas e enfermeiros);

2 - o estímulo à formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país com a participação de 120 alunos bolsistas e 132 voluntários dos vários períodos dos 5 cursos da área de saúde da UPE (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Ciências Biológicas e Educação Física);

3 - o desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, respondendo à reorientação dos cursos de graduação da área da saúde a partir da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde e da consequente qualificação da Atenção Primária em Saúde, através dos vários subprojetos, fruto dos 10 Grupos de Aprendizagem Tutorial – GAT e de 53 subprojetos.

A preceptoria vem sendo construída e entendida dentro das premissas e das propostas de educação permanente em saúde; ela é pensada como parceria para a construção do saber e do fazer na saúde, onde os pares têm valor semelhante, pois um ajuda o outro no caminho da aprendizagem.

4.2.2.2 Classe 3 - potencialidades na prática de preceptoria

Essa classe foi composta por 99 UCE (20, 84 %) do total de UCE, a variável * suj_27 teve contribuição significativa em sua construção. A seguir, as palavras que tiveram maior associação por ordem decrescente de qui-quadrado: *Motivar, formar, prática, pensar, gostar, atenção básica, profissionais, perfil, dever, acreditar, profissional, minha.*

A preceptoria leva motivação para a prática assistencial dos preceptores, os profissionais gostam de estar presentes na instrução dos estudantes. Para manterem-se na preceptoria, eles contam com suas expectativas pessoais com a busca dos estudantes pelo entendimento das propostas do sistema de saúde, acreditando que isso possa trazer a melhoria das ações de saúde.

Uma maior interação entre as instituições de formação e os serviços de saúde certamente contribuirá para problematizar os espaços de ensino e para identificar as necessidades de mudanças, tanto no mundo da universidade quanto no dos serviços de saúde. (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

Essa classe retrata posições tomadas pelos profissionais a respeito da preceptoria. As UCE a seguir mostram a preceptoria como a ação relevante e integrante no processo de trabalho do grupo, uma vez que ele reconhece a importância e a necessidade da formação dos profissionais condizente com as propostas do sistema de saúde. Por isso, é de extrema importância levar motivação e incentivo à prática diária do preceptor.

Eu não tive nenhuma motivação pessoal, mas eu acredito que a preceptoria é bastante importante na formação acadêmica, temos que ter compromisso com esta formação... suj_32 x² 19

Você sabe que ajudou a pessoa em relação a sua vida profissional e, em relação especificamente à residência, eu me sinto gratificada, Aqui na unidade, consideramos a residência algo de extrema importância e, assim, nos identificamos mais com a preceptoria dos residentes e dos graduandos... suj_24 x² 15

Contribuição com a formação de novos profissionais, a identificação das pessoas que vão trabalhar na rede, vão continuar esse trabalho...
 suj_25 x² 14

O Ministério da Saúde reporta-se à preceptoria como sendo:

Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão (BRASIL, 2005, p. 01).

A aproximação do ensino voltado para a realidade social e a compreensão da saúde como processo de cidadania necessitam do envolvimento dos componentes defendidos como quadrilátero da formação (CECCIM; FAUEWERGUER, 2004; BARRETO, et al., 2012).

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social. (CECCIM, FAUEWERGUER, 2004, p.45).

A preceptoria na atenção primária parte da construção de conhecimento incentivado pela busca a respostas. A dúvida sobre a prática é sempre o ponto de partida para a aprendizagem, e a sua resolução é sempre a partir da integração educando-usuário-preceptor em um processo criativo de reflexão e coprodução de saúde e sua compreensão. (BARRETO, et al., 2011).

O grupo percebeu que a preceptoria deve ser realizada por alguém que atue no serviço, por entender que seja essa a melhor pessoa para reconhecer as potencialidades e as dificuldades da rede de saúde em que os estudantes estão inseridos e, com isso, oportunizar momentos de aprendizagens.

... por isso, é **importante** o profissional ser preceptor, eu acho **essencial** o preceptor ser alguém do serviço”. suj_32 x² 19

Barreto et al, (2011) retratam que a APS torna-se um cenário de prática privilegiado para a formação, pois está intimamente inserida no contexto político-social. Nas comunidades, percebe - se a historicidade de cada aspecto da vida humana, desde o simples ato de alimentar-se até as práticas cotidianas de saúde. O preceptor torna-se capaz de constatar a realidade e imprimir sentidos, contemplando, com isso, um dos papéis do SUS e das instituições de ensino.

As resoluções encontradas consideram a mais ampla gama de fatores presentes no complexo contexto comunitário. É importante que o preceptor ressalte estas questões inerentes a todos os atos de saúde, desde as atividades de educação popular à prescrição dos medicamentos, tornando-as alvo de estudo pelos educandos. É importante desenvolver pesquisas científicas que contemplem esta inserção. (BARRETO, et al., 2011, p. 582).

O preceptor da APS, para Barreto et al. (2011), tem por compromisso a articulação do Trabalho Morto com o Trabalho Vivo e, com essa conexão, dá margem ao ambiente de ensino e à produção de conhecimento. Para isso, ele deve manter suas responsabilidades territoriais e epidemiológicas em conjunto com a preceptoria e a pesquisa e garantir a inserção adequada do educando nas responsabilidades do serviço, dando-lhe um caráter “participa-ativo” e “colabora-ativo”, por meio de uma agenda de atividades compatíveis com seus objetivos de aprendizagem.

A proposta de Integração ensino-serviço é defendida pela lei 8080, que dá origem ao SUS e tem a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS. A preceptoria com base em um processo de ensino-aprendizagem e que busca a reflexão a partir da realidade tornou-se inerente às atividades do profissional da ESF.

4.2.2.3 Classe 1- preceptoria: um caminho para a integração ensino-serviço.

Essa classe deteve 84 UCE (17, 78 %) do total de UCE retidas com 21 palavras selecionadas. A seguir, as palavras que tiveram maior associação por ordem decrescente de qui-quadrado: *chegar, universidade, maneira, serviço, aluno, começar, realidade, área, estratégia saúde da família, público, dia a dia.*

Para a constituição da classe, as variáveis associadas foram *suj _21 e *suj _31. Ela reflete sobre a preceptoria como acontecimento pertencente ao processo da integração do ensino com o serviço.

Os profissionais demonstram a importância da preceptoria no processo de mudança na formação em saúde com vistas a uma educação mais condizente com as necessidades de saúde da sociedade. Entendem a integração do ensino com o serviço, através do modelo de preceptoria, como proposta adequada para a instrução dos profissionais em saúde.

Esse dimensionamento da preceptoria talvez se dê pelas constantes discussões a respeito do modelo de saúde e do sistema educativo vivenciado por esses profissionais. A educação na saúde é uma discussão pertencente às esferas sociais, permeando os contextos de vida, em especial dos participantes deste estudo que vivenciam muitos processos a partir de experiências pessoais, além das discussões nas esferas institucionais às quais eles pertencem.

A instrução na saúde há muito faz parte de discussões nas esferas institucionais. Ceccim (2008) defende que as primeiras considerações a respeito dela deram - se com a avaliação Flexner nas escolas médicas americanas, o que trouxe um paradigma para ela no mundo, permeando o imaginário social a respeito dos modos de se fazer saúde até hoje.

Com a comprovada impossibilidade de manter-se o modelo de saúde nas perspectivas tomadas a partir do relatório de Flexner e em busca de mudanças com o propósito de contrapô-lo, iniciaram-se movimentos de reforma - no Brasil aconteceu a Reforma Sanitária, que buscava transformações sociais e políticas para o país, além de democratizar os serviços de saúde com propostas ousadas e ambiciosas.

O ensino formal está intimamente ligado aos modos de fazer saúde, foi o que demonstrou a influência do relatório Flexner nos contextos dos serviços de saúde. Então, com os movimentos sociais, o que se pretendia no interior das esferas de discussões era contornar os problemas estabelecidos com o modelo educativo na saúde e, conseqüentemente, o pensamento social sobre o que era a saúde.

Apesar disso, Ceccim (2008) traz à tona a reflexão de que, mesmo com os avanços, ainda não há, efetivamente, o encontro entre as acumulações de lutas da área da saúde e da área da educação. Ele nos revela que estas acumulações estão claras. Na saúde, estão evidenciadas pela invenção da saúde coletiva no campo intelectual e pela participação popular na formulação de políticas de saúde no campo de intervenção social. Na educação, essa acumulação faz-se aparente no campo de produção intelectual educacional, pela criação de

uma “pedagogia universitária” e, no campo da ação pedagógica, pela formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação.

No tocante a Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, a sua regulamentação traz para os preceptores noções institucionais em direção a um modelo de educação na saúde que acontece na busca da efetivação das diretrizes e princípios do SUS.

Os eixos que norteiam as diretrizes das Residências Multiprofissionais e Profissional em Saúde apresentam como objetivos a formação de um profissional que esteja sensível aos contextos sociais e busca a concretização de uma política de educação que atue nas desigualdades sociais, com o intuito de permear e progredir nas conquistas das lutas políticas e sociais.

Esses movimentos de luta estão presentes e influenciam a preceptoria na ESF. O preceptor entende que esta preceptoria vai muito além do ensino da clínica e/ou prática profissional, ele também se sente responsável por fazer o estudante perceber o sistema de saúde nos moldes almejados pela Reforma Sanitária. Entretanto, como já mencionado, ainda é uma tarefa que não se concretiza.

A preceptoria vem sendo construída nas propostas de mudanças e de lutas tanto da educação quanto da saúde, porém o que se questiona é: o preceptor é capaz de juntar, de “calcificar” esses dois movimentos?

A preceptoria acontece no serviço e é defendida como sendo valiosíssima para que esse aluno entenda as propostas de saúde com o foco na qualidade de vida e compreenda que a doença está intimamente relacionada às condições de vida da pessoa - o que se traduz na assimilação das premissas defendidas nos documentos oficiais das Instituições de Ensino Superior e das Residências Multiprofissional em Saúde.

As mudanças na formação buscam a educação de profissionais de saúde capazes de *aprender a aprender* e isso engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer* (grifos nossos), garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidade. A preceptoria

na ESF pode ter papel importante na composição de profissionais com essas competências. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

São exemplos as UCE a seguir:

Eu tenho todo o interesse de repassar o que foi dado por meus mestres, hoje nós temos uma qualidade um pouco diferente, porque temos que caminhar de acordo com a grade curricular de uma **universidade**.
 suj_21 x² 23

Quando ele **chega** no início, ele terá a vivência, ele irá com os agentes de saúde, ele irá com o professor à comunidade, ele irá conhecer o **dia a dia** do serviço, para ele entender que a doença está muito ligada à qualidade de vida. suj_ 33 x² 22.

É valiosíssima e tem que acontecer, nós notamos que ele **chega** de uma maneira e sai de outra... suj_29 x² 20

A preceptoria na ESF é importante uma vez que proporciona ao acadêmico a aproximação com o serviço cada vez mais cedo. O aluno chega às práticas para ser estimulado o seu conhecimento a partir dos princípios do sistema de saúde, esse “iniciar mais cedo” é percebido como algo positivo.

O ensino em saúde no contexto real dos serviços também permite aos estudantes a vivência das profundas desigualdades sociais da população brasileira. A estratégia saúde da família está inserida nas comunidades dos grandes centros urbanos, nas localidades mais distantes, nos estados e cidades mais pobres do Brasil, contexto que pode permitir aos futuros profissionais o entendimento sobre a serventia da saúde.

. Quando se trata da formação em serviço, observa-se a necessidade de as universidades melhor conhecerem as reais condições dos serviços e da comunidade e, a partir disso, construir junto aos outros participantes, propostas de ensino - aprendizado que se acomodem às necessidades sociais de saúde, e não o contrário como ainda acontece; isso pode melhor ser explicitado na expressão retirada do *corpus* a seguir.

A nossa rotina de trabalho foge muito da estabelecida pela **universidade**, então eu me programei junto a esse **aluno** e fiz uma planilha para que nós pudéssemos trabalhar com maior harmonia. A princípio, o monitor não recebeu muito bem, porque achava que fugíamos da **grade curricular**. Na realidade, quando o aluno **chegou** ao **serviço**, eu fiz a minha própria **grade curricular**, porque da **universidade** ele **traz uma grade** que não é condizente com o nosso **dia a dia**. suj_21 x² 18

As Instituições de ensino normalmente se mantêm afastadas da realidade do serviço. Os acadêmicos chegam com uma programação pré-estabelecida, sendo o preceptor responsável por adequar o serviço aos objetivos de aprendizagem daquele, o que nem sempre é possível.

Estamos “carecas” de dizer que nos tornamos docentes porque temos uma profissão e titulação pós-graduada (em especial na pesquisa), não porque temos formação docente ou por dispormos de teorias da educação ou do ensino-aprendizagem. Essa é uma demanda, não dos trabalhadores da saúde, mas dos trabalhadores da educação. O trabalhador e pesquisador da educação não é tocado e mobilizado pela mesma ordem linguística e afetiva que o trabalhador da saúde. A isenção científico-acadêmica, no caso da Educação, rebaixa as conquistas de cidadania do setor da saúde, enquanto a identificação com o trabalho, no caso da saúde, anula a formulação intelectual de uma Educação e Ensino da Saúde. Das duas situações emerge um valor instrumental de uma pela outra, invertendo-se a interdisciplinaridade sonhada no movimento de 23 anos de luta pela mudança na Educação dos Profissionais de Saúde em prejuízo de novos contornos e potencialidades para as políticas públicas de Educação e Ensino da Saúde abrindo-se mão de apresentar novos contornos e potencialidades à cidadania. (CECCIM, 2008. p. 15).

Já existe um movimento por parte de algumas instituições em prol da busca de uma efetiva integração ensino-serviço, ofertando a aproximação do professor aos profissionais, comunidade e serviço, permitindo a intervenção deste mediante as necessidades de aprendizagem do aluno e o que o serviço oferece, podendo trazer um equilíbrio para essa parceria.

Algumas **universidades** vinham com os professores - o que nos facilita muito, porque em alguns momentos, pela nossa demanda de trabalho, não podemos ficar diretamente com o **aluno**...o professor via nossa

dificuldade e ia “em cima” do que era prioridade para o **aluno** e para o **serviço**. suj_33 x²23

O ensino no serviço poderia considerar tanto as questões de aprendizagem como a organização da demanda e do trabalho dos profissionais. As unidades educativas adentrariam nos serviços e compreenderiam a maneira como se fazem as ações de saúde *in locus*. Já os profissionais de saúde que atuam como preceptores organizariam seus processos de trabalho na perspectiva de incluir o estudante e de propor-lhe ações para uma educação condizente com as necessidades de aprendizagem do alunato. Sendo assim, possivelmente fluiria, a partir do processo de planejamento e execução de ações integradas, o sentimento de pertencimento de ambos os envolvidos no processo.

Ceccim, Fauwerguer (2004); Ceccim, Ferla (2009) defendem que a instrução dos profissionais de saúde é um projeto educativo que extrapola a educação para além de um domínio técnico-científico da profissão e estende-se aos aspectos estruturantes de relações e de práticas de todos os componentes de interesse e relevância social.

A preceptoria é um ato que ocorre nos serviços com o intuito de ofertar oportunidades de entendimento da realidade social e do mundo do trabalho para os estudantes. O preceptor entende que, para haver um serviço público de saúde condizente com as necessidades sociais, o acadêmico deve experienciar essa realidade e entende que o processo de mudanças da educação na saúde é benéfico para o alcance desses objetivos.

Contudo, acredita-se que deve haver uma oferta maior de apoio a essa prática. Isso deve ocorrer, especialmente, pelas instituições de ensino, na medida em que o fato de ter um professor junto a ele no momento da prática formativa ajuda a otimizar o processo de ensino-aprendizagem nos serviços.

Os preceptores não diferenciam a preceptoria exercida na pós-graduação e graduação, em nenhum momento inferiu-se essa diferença. Eles, em dados momentos, referem-se ao pós-graduando e em outros ao graduando. Com isso, pode-se afirmar que a preceptoria na ESF é parte das ações dos profissionais, independentemente do nível do educando ou de sua necessidade de aprendizagem.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma análise lexicográfica acerca da preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família sob o olhar dos preceptores. Ele trouxe as principais temáticas mostradas nos sistemas de classes. Observa-se que a classe 4 parte da sobrecarga de trabalho como dilema na participação do profissional na tarefa de preceptor, a perceber pelo jogo de palavras: conseguir, tempo, paciente, dar e complicado. Todavia, observa-se, também, que a preceptoria envolve ações de ensino-aprendizagem, percebidas através das palavras dizer, explicar e discutir. A classe 2 parte da preceptoria como troca de experiência, momento positivo que traz atualização teórica ao preceptor e evidencia o profissional, o acadêmico e a comunidade, tendo ganhos com a prática dessa atividade, estando a preceptoria estruturada em torno do conhecimento. A classe 3 traz as fragilidades e potencialidades dessa prática, e coloca o compromisso pessoal como o principal motivo da atuação enquanto preceptor nessa rede de formação/atenção, evidenciado pelas palavras motivo, formação, gostar e profissionais. Por fim, porém não menos importante, há a classe 1, que evidencia a importância da preceptoria na possibilidade de contribuir para efetivar a integração ensino-serviço, a observar pelas palavras: chega, universidade, fundamental, maneira, parceria, serviço e aluno, além de apontar possibilidades e desafios para a melhora da preceptoria.

Produção x Formação: O preceptor no meio do fogo cruzado mostrou as dificuldades em fazer parte do ensino dos profissionais de saúde devido à maneira como os serviços estão organizados. O preceptor demonstra, através dessa classe, as fragilidades ainda existentes na rede de atenção: demanda reprimida, ações de saúde ainda muito voltadas para o atendimento individual, distanciamento da gestão e deficiência de recursos materiais necessários para ofertar orientação condizente com as propostas da formação. Tudo isso traz sentimentos em relação a preceptoria que envolvem complicações para conseguir, para dar atenção e para ficar mais tempo com o estudante devido às dificuldades em discutir, em explicar e em dizer a ele sobre as condutas seguidas, pressupostos indispensáveis para o preceptor. A prática torna-se, assim, algo mecânico, pois o aluno apenas observa o que o preceptor realiza, devido à falta de tempo e de espaço institucional e físico para exercício da preceptoria nos moldes defendidos pela própria Secretaria de Gestão de Pessoas e educação na saúde da Cidade de Recife.

Em a preceptoria na ESF = troca, parceria e atualização em busca de conhecimento, essa proposta de ensino clínico está entendida pelo ato de trocar, de experimentar. Ela deve ser feita com base em parcerias, fundamentada nos modelos de saúde defendidos nas leis,

diretrizes e políticas do sistema de saúde. A construção e a produção de novos conhecimentos, pode ser o resultado dessas trocas e experimentações.

O profissional baseia-se no seu compromisso com o serviço, com o futuro do sistema de saúde, com a população e com o estudante, uma vez que ele não se sente valorizado para essa prática, foi o que demonstrou a classe 3. O preceptor defende que, ao realizar a preceptoria, ele pode conduzir os neófitos a uma prática de saúde mais aproximada com a realidade social, com maior criticidade.

Preceptoria: um caminho para integração ensino-serviço representa a necessidade de aproximação entre gestão, formação e serviço, sendo o distanciamento desses atores reconhecido pelo preceptor como uma desvalorização e um desinteresse na efetivação da integração ensino-serviço. Nessa classe, também se percebe que o preceptor alcança e entende as novas propostas de educação na saúde, defende como possível caminho para a efetivação de uma formação crítica e reflexiva o ato de o estudante ter acesso à realidade social dos seus futuros pacientes/usuários cada vez mais cedo, o que pode levá-lo a uma atuação mais questionadora; é nesse momento que o preceptor pode e deve intervir na construção do saber e do fazer.

A preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem como objetivo a busca de conhecimento a partir dos contextos de trabalho do sistema de saúde brasileiro. Ela está pautada em compromisso, e oportuniza aos envolvidos, possibilidades de aprendizagem, através de trocas, parcerias e atualizações.

A preceptoria na residência é vivenciada nos serviços de saúde da cidade de Recife como algo inerente às atividades do profissional dentro da estratégia saúde da família. Essa vinculação/identificação com a preceptoria advém da maneira como esses profissionais colocam-se frente às práticas de saúde. A busca por um sistema de saúde que seja capaz de contribuir para minimizar as iniquidades sociais é o fio condutor da prática de preceptoria deste grupo.

Contudo, ainda é uma prática exercida de maneira isolada, não há efetivamente o envolvimento da gestão e da universidade. A preceptoria, embora defendida institucionalmente, ainda é realizada de forma tal que cada componente permanece em suas respectivas ilhas.

A principal dificuldade encontrada para a preceptoria diz respeito ao processo de trabalho das unidades de saúde de Recife, onde a demanda excessiva de atendimento é, na maioria das vezes, a principal dificuldade de uma experimentação para uma preceptoria que seja capaz de contribuir para uma educação construtiva. O preceptor acredita que possa influenciar nas futuras práticas de saúde do aprendiz e que, devido ao processo de trabalho vivenciado nos serviços atualmente, essa construção é prejudicada.

A preceptoria é defendida como uma ação que pode contribuir para as mudanças nas práticas em saúde, mas cujos serviços não estão preparados para que essa prática seja exercida o mais plenamente possível. O estudo demonstrou que o contexto vivenciado na cidade de Recife não se diferencia dos nacionais, e que as instituições de ensino superior tentam transformações na formação dos seus egressos, mas estas ainda estão acontecendo de maneira superficial e tímida.

Outro ponto relevante levantado neste estudo diz respeito ao sentimento de invisibilidade quanto à prática de preceptoria e a falta de reconhecimentos por parte dos gestores e das instituições de ensino superior.

Os contextos de transformações e lutas vivenciados nos últimos anos no país trouxeram aos preceptores possibilidades de mudanças em suas práticas e, com isso, também poderão contribuir para transformar as práticas de futuros profissionais. O trabalho evidenciou que, mais do que conhecimento técnico e clínico, o profissional descrito enseja a busca por mudança no modelo de atenção à saúde, ou seja, tenta-se um perfil que ultrapasse a instrução para a prática clínica no ambiente de trabalho, o que configuraria a função real de um preceptor na atenção primária. Todavia, ainda é algo que não se verifica no cotidiano, devido às fragilidades evidenciadas em torno do processo de ensino-aprendizagem no modelo de preceptoria.

O preceptor deve buscar incrementar a construção educativa desse estudante com conhecimentos técnico-científicos aliados à inserção social da prática profissional. Então, cabe a esse profissional junto com o aluno aprender a aprender, ser transformador das práticas de saúde e buscar a consonância da realidade de sua prática a realidade vivenciada na sociedade que trabalha, sem alienações tecnicistas ou vislumbamentos utópicos.

Este trabalho pode contribuir para levantar maiores discussões acerca do papel e das funções do preceptor na cidade de Recife e as questões dos processos de trabalhos aqui identificadas, merecem ser destacadas no tocante à possibilidade de melhorias na organização da preceptoria e na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população.

REFERÊNCIAS

AL- HUSSAMI, Mahumoud. et al. Evaluating the effectiveness of a clinical preceptorship program for registered nurses Jordan. **The Journal of continuing Education Nursing**, [S.I.], v. 42, n. 12, p. 569-576, 2011. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

ALBUQUERQUE, Paulete Cavalcante et al. **Residência multiprofissional em saúde da família:** gestando processos pedagógicos em ato. Disponível em: <www.sispnh.com.br/anais/trabalho>. Acesso em: 21 jul. 2014.

BAKKER, Elizabeth R.; PITTIMAN, Oralia. Becoming a super-preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. **Journal of the American Academy of Nurse Pract.**, [S.I.], v. 22, p. 144-149, 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BARBEIRO, Fernanda Morena Santos dos; MIRANDA, Letícia Valadão; SOUZA, Sônia Regina. Enfermeiro preceptor de enfermagem: a interação do cenário de prática. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, [S.I.], v. 2, n. 3, p. 1080-1087, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 agos. 2014.

BARRETO, Vitor Hugo Lima et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BAXTER, Pamela Elizabeth. Providing orientation programs to new graduate nurses. **Journal for Nurses Development**, [S.I.], v. 26, n. 14, p. 12-17, 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BOTTI, Sergio Henrique Oliveira de. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes:** um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 104f. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

BOTTI, Sergio Henrique Oliveira de; REGO, Sergio Tavares de Almeida. Docente Clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BRASIL. Lei nº 8080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 2, Cap. 2, art. 196.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27 ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

BRASIL. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 1133/2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 131, 03 out. 2001. Seção 1 E.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde**. As cartas de promoção da saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Promoção da saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL (1). Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2101**. Institui o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró – Saúde - para os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia. 2005 Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2012.

BRASIL (2). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3ª ed. rev. e atual. após a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005** . Fixa normas para a implementação e a execução do programa de bolsas para a educação pelo trabalho. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde** (Pró - Saúde): objetivos, implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília, DF. 2007. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente**

em saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 421, de 03/03/2010.** Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde: PET saúde e dá outras providências, 2010. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/103143-421.html>>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Portal da Saúde. **Coordenação PET-Saúde.** Atualizada em 18 de maio de 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>>. Acesso em: 16 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução 466/12. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dar outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção I. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>>. Acesso em: 16 out. 2014.

BRITO, Jussara Cruz. **Saúde, trabalho e modos sexuados de viver.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 180p.

BRITO, Jussara Cruz et al. Saúde subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Revista brasileira de saúde ocupacional.** São Paulo, v. 126, n. 37, p. 316-329, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 out. 2014.

BUS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista ciência & saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

CAMARGO, Brigido Vizeu. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brigido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Editora universitária da UFPB, 603 p. 2005.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soray Almeida. O programa saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunicação – Saúde - Educação,** v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. Os desafios atuais para educação permanente no SUS. In: BRASIL. **Cadernos RH saúde,** Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 41-55, [s. n.], 2006.

CARLSON, Elizabeth; HANSON, Christine Wann-Hansson; PILHAMMAR Ewa. Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by preceptors in nursing education.

Nurse Education Today, [S.I.], v. 29, p. 522-526, [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CARLSON, Elizabeth; HANSON, Christine Wann-Hansson; PILHAMMAR Ewa. This is nursing: nursing roles as mediated by precepting nursing during clinical practice. **Nurse Education Today**. [S.I.], v. 30, p. 763-767, [s.n.], 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; FAGUNDES, Norma Carapiá. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 98-105. abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz, 2006, p. 149-182

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Ligar gente, lançar sentido: a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface – Comunicação - Saúde - Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p.36, jan./mar, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov./fev. 2008-2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em saúde. **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes>>. Acesso em: 20 set. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Carmargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Carmargo Macruz. Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

CHANG, Ann et al. Preceptors perceptions of their role in a pediatric acute care setting. **The Journal of Education in Nursing**. [S.I.], v. 44, n. 5, p. 211-217, 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CHEMELLO, Diego; MANFROI, Waldomiro Carlos; MACHADO, Carmen Lúcia Bezerra. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo de preceptoria em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

CHEN, Ya-Lin; HSU, Li-Ling; HISIEH, Suh-Ing. Clinical nurse preceptor teaching competencies: relationship to locus of control and self directed nurses. **Journal for Nurses Staff Development**. [S.I.], v. 26, n. 4, p. 12-17, 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

CORDEIRO, Joselma Cavalcante. Programa de Educação pelo trabalho na saúde. PET-saúde (2011-2012). **Editorial. Revista de Ciências Médicas**, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.revistacienciamedicaspe.com.br/>>. Acesso em: 21 abri. 2014.

GROXON, Lyn; MAGINNIS, Cathy. Evaluation of clinical teaching models for nurse practice. **Nurse education in practice**, [S.I.], v. 9, p. 236, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

DA ROS, Marco Aurélio et al. Residência multiprofissional em saúde da família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, mar. 2006. p. 109-118.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

DUFFY, Anita. Guiding students through reflective practice. The preceptor's experiences: a qualitative descriptive study. **Nurse Education in Practice**, [S.I.], v. 9, p. 166-175, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM/Coopmed, 2010. 68 p.

FERREIRA, Mario Junior; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudanças na educação médica do Brasil. **Interface – Saúde - Comunicação**, Botucatu, v. 2, n. 3, ago. 1998, p. 51-71. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. No olho do furacão: contribuições ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface – Saúde - Comunicação**, Botucatu, v. 13, n. 18, p. 213 - 237, jan./mar. 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Saúde - Comunicação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface – Saúde- Comunicação**, Botucatu, v. 17, n. 47, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 agos. 2014

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva**. 1. ed. São Caetano: Yendis, 2007.

FOLLEY, Vicki Earle et al. Preceptorship: using an ethical lens to reflect on the unsafe student. **Journal of Professional Nursing**, [S.I.], v. 28, n.1, p. 27-33, jan./fev. 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HADDAD, Ana Estela et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 98-114, 2008.

HALABI, O. Jehad et al. The development of a preceptor training program on clinical nurse education a in Jordan in collaboration with Sweden. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, [S.I.], v. 43, n. 3, p. 1-11, set. 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HALLIN, Karin; DANIELSON, Ella. Bring a personal preceptor for nursing students: Record nurses ‘experiences before and after introduction of preceptor model. **Journal of Advanced Nursing**, [S.I.], v. 65, n. 1, p. 161-174, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HENDERSON, Amanda; EATON, Emma. Assisting nurses to facilitate student and new graduate reading in practice settings: what’s support’s to nurses at the bedside need? **Nurse Education in Practice**, [S.I.], v. 13, p. 197-201, set. 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

HJALMHULT, Esther; HAALAND, Gerd Unstad; LITLAND, Astrid Synnove. Importance of public health nurses precepting students in clinical practice: a qualitative study. **Nurse Education Today**, [S.I.], v. 33, p. 431-445, 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **Programa de Ensino do IMIP**. 2011. 168p.

JESUS, Josyane Cardoso Marciel; RIBEIRO, Victoria Maria Brand. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de**

Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ministry of Health and Welfare, Ottawa, Canadá, 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html>. Acesso em: 20 out. 2012.

LARROSA, Jorge Bondía. Experiência e alteridade na educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 11, n. 2, p. 04 - 27, jul./dez. 2011. Disponível em: <www.online.unisc.br >. Acesso em: 12 fev. 2014.

LEE, Tso-Ying et al. Effects of a preceptorship program on turnover, rate, cost, quality and professional development. **Journal and Professional Development Journal of Clinical Nursing**, [S.I.], v. 18, p. 1217-1225, 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

LIMA, Jamile Oliveira. **Uma articulação ensino - serviço no SUS - BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde**. 2009. 129 fls. Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

LUHANGA, Florence Loyce; DICKIESON, Patti; MOSSEY, Sharolyn D. Preceptor Preparation: an investment in the future generation of nurses. **International Journal Nurses Education Scholarship**, [S.I.], v. 7, n. 8, p. 1-21. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MARAN, Di Marks-Maran et al. A preceptorship program for newly qualified nurses: a study of preceptor perceptions. **Nurse Education Today**, [S.I.], p. 1-10, 2012. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MARTINS, Milton de Arruda. Editorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 05-06, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

MCCARTHY, Bridie; MURPHY, Siobhan. Preceptor`s experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an first context. **Journal of Nursing Management**, [S.I.], v. 18, p. 234-244, 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 278 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**, Tomo 2. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 167 p.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, set. 2011.

NASCIMENTO, Debora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Gonçalves de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, out./dez. 2010.

NEWTON, Jennifer M. et al. Student centeredness in clinical training: the influence of the clinic teacher. **Journal of Advanced Nursing**, [S.I.], v. 68, n. 10, p. 2331-2340, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

OLIVEIRA, Neilton Araújo et al. Mudanças curriculares no curso médico ensino brasileiro: um debate crucial num Contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-366, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

OMANSKY, Gayle L. Staff nurse experience's as preceptors and mentors: an integrative review. **Journal of Nursing Management**, [S.I.], v. 18, p. 697-705, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Cazaquistão. 1978. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm> Acesso em: 20 nov. 2012.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Preceptoría de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 094-106, mai. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

PHILLIPS, Sonia et al. A preceptorship program for health visitors and school nurses: a pilot study. **Community Pract.**, [S.I.], v. 86, n. 1, p. 18+, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BRASIL. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 41-55, [s.n.], 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

RECIFE (PE). Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Rede SUS - escola Recife: **Manual de práticas de integração ensino - serviço em saúde no município de Recife - PE**. Recife: DGGTES - SMS, 2012. 57 p.

REINERT, Max. ALCESTE, **une méthodologie d'analyse des donées textuelles et une application**: Aurelia de G. de Nerval. Bull Methodol Sociol. 1990. p. 24-54.

RIBEIRO, Eliana C. O exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. In: **50º Congresso: Avanço Tecnológico em Saúde e Educação**, v. 11. (sup. 1), 2012. Disponível em: revista.hupe.org. Acesso em: 20 Mar. 2014.

SMEDLEY, Alison. PENNEY, Dawn Penny. A partnership approach the preparation preceptors. **Nursing education perspectives**. [S.I], v. 30, n. 1, jan/fev. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

TRAJMAN, Anete et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Federico. O Sistema Único de Saúde. In: GASTÃO, Wagner de Sousa Campos, et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, SP: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WALKER, Sharon; GROSEJEAN, Garnet. Desired Skills and attributes for dietitian preceptors. **Reveu Canadienne de la Pratique et de la Recherche en Diététique**. [S.I], v. 71, n. 3, p. 134-138, set. 2010. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

WALTERS, Lucie et al. Demonstrating the value of longitudinal integrated placements to general practice preceptors. **Medical Education**. [S.I], v. 45, p. 455-463, 2011. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

WILSON, Lynda Lei et al. Supporting and retaining preceptors for NNP programs. **Journal of Perinatal e Neonatal Nursing**. [S.I], v. 23, n. 3, p. 284-292, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

WUILLAUME, Susana Marciel. **O Processo de ensino - aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise**. 2000. 166 fls. Tese (Doutor) - Departamento de Pós-graduação de Saúde da Mulher e da Criança, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumentos de Coleta de Dados



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
 Programa de Pós Graduação
 Mestrado Profissional em Saúde da Família



**PRECEPTORIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS
 PROFISSIONAIS**

Entrevista n° _____

▶ Profissão: _____

▶ Tempo de Trabalho na ESF _____ anos;

▶ Tempo que exerce preceptoria _____ anos;

▶ Tempo que exerce preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família _____ anos;

▶ Formação específica para exercer preceptoria () sim () não Se sim, quem ofereceu? E quando aconteceu, antes ou após ter início a preceptoria?

1 - O que você pensa da formação nos serviços do SUS?

2 - O que você pensa dos profissionais do serviço do SUS exercerem a preceptoria?

3 - O que a/o motivou ao exercício da preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

4 - Para você o que é a preceptoria?

5 - Como você acredita que deva ser desenvolvida a preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

6 - Fale um pouco da sua vivência enquanto preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: **PRECEPTORIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. Desenvolvida pela mestranda Francijane Diniz de Oliveira, aluna do curso de mestrado profissional em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a pesquisa tem a orientação do Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior, membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e professor do departamento de odontologia da UFRN.

Sua participação será voluntária, o que lhe deixa o direito de desistir a qualquer momento desta pesquisa, fato que não lhe trará nenhum dano, pois a retirada só seu consentimento basta.

Tal pesquisa tem como objetivo: **Analisar a experiência da preceptoria sob o olhar dos profissionais de saúde junto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.**

. O estudo se justifica pela crescente importância da atuação do preceptor na formação de profissionais da área da saúde e pela implicação que essa atuação traz para mudanças de paradigmas e/ou manutenção de práticas hegemônicas. Para isso este estudo baseia-se nos princípios das representações sociais.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido/a aos seguintes procedimentos: Entrevista onde serão abordados temas referentes aos objetivos da pesquisa e a Técnica de associação livre de palavras.

A presente pesquisa oferece riscos e desconfortos mínimos aos participantes, pois não envolve procedimentos de qualquer natureza. Entretanto, caso sentir-se, a qualquer momento, prejudicado/a por este estudo (física ou moralmente), você poderá se retirar dele e ainda ser indenizado/a se comprovar legalmente tal prejuízo. Os benefícios do estudo são de ordem social, pois ele trará à tona possibilidades de modificações nas estratégias de ensino em serviço com vistas ao fortalecimento do SUS.

Reitera-se que todas as informações obtidas serão sigilosas, e que seu nome não será identificado em nenhum momento da pesquisa. Se houver algum gasto seu decorrente da pesquisa, ele será ressarcido caso solicite. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de modo a não identificar os participantes.

Você ficará com uma cópia destes consentimentos e, para toda dúvida que existir a respeito desta pesquisa, a pesquisadora Francijane Diniz de Oliveira estará disponível para contato através do e-mail: francijanediniz@gmail.com; e do telefone (81) 99018089, no endereço: rua Gervásio Campelo 78, apartamento 202, bairro do Prado – Recife- Pernambuco, CEP: 50720-180 e através do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do hospital Universitário Onofre Lopes – UOL.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos da pesquisa, como ela será realizada e quais são os riscos e benefícios a que me submeto; concordo em participar como voluntário/a deste estudo que tem seu título:

PRECEPTORIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

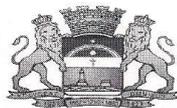
Pesquisador (assinatura)

Participante da pesquisa (Assinatura)

Recife, ____ de ____ de ____

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Anuência



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Francijane Diniz de Oliveira**, pesquisadora do mestrado profissional em Saúde da Família – MPSF da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, a desenvolver pesquisa na USF Coelhos I e II, USF Santo Amaro I e II, USF Ilha de Santa Terezinha do Distrito Sanitário I, na USF Chão de Estrelas, USF Chié I e II, USF Alto do Capitão, USF Alto do Pascoal, USF Alto do Maracanã, USF Clube dos Delegados, USF Jaqueira do Distrito Sanitário II, USF Morro da Conceição, USF Córrego do Eucalipto, USF Córrego do Jenipapo, USF Macaxeira do Distrito Sanitário III, USF Cosirof, USF Vietnã, USF Caranguejo do Distrito Sanitário IV e USF Cafesópolis do Distrito Sanitário VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“O trabalho de preceptoria na Estratégia Saúde da Família: Um estudo de representações sociais”** sendo orientada por Antônio Medeiros Júnior.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 06 de junho de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 87.655-5

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho de preceptoria na Estratégia Saúde da Família: um estudo de representações sociais

Pesquisador: Francijane Diniz de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15658213.6.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 382.749

Data da Relatoria: 26/07/2013

Apresentação do Projeto:

O referido projeto trata-se de uma pesquisa de mestrado profissional em saúde da família, apresenta uma proposta de pesquisa relevante, bem estruturada e fundamentadas através de revisão de literatura bem consolidada. Possui hipóteses norteadoras significativas e objetivos bem direcionados à problemática tema e metodologia apropriada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

¿ Apreender representações sociais de profissionais de saúde da família sobre a preceptoria exercida na residência multiprofissional em saúde da família da cidade do Recife.

Objetivos Específicos

¿ Analisar a preceptoria exercida junto a residências multiprofissionais em saúde da família na cidade do Recife;

¿ Apreender os significados e contradições no exercício da preceptoria na Estratégia Saúde da

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 362.749

Família do Recife;

¿ Identificar semelhanças e diferenças em relação à compreensão, crenças e valores presentes no exercício da preceptoria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possíveis constrangimento frente as instituições de ensino que prestam preceptoria.

Benefícios:

A pesquisa buscará o maior benefício possível às pessoas e à coletividade, onde será agraciado o princípio da beneficência, a mesma será realizada evidenciando as vantagens que o estudo trará para o entendimento da prática de preceptoria na cidade do Recife.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa apresenta relevância acadêmica, o estudo proporcionará uma análise e compreensão do exercício da preceptoria pelos profissionais da estratégia Saúde da Família da cidade de Recife.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão em conformidade com os parâmetros solicitados pelo CEP HUOL e coerência à submissão na plataforma brasil.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa está em conformidade com este CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
 Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
 UF: RN Município: NATAL
 Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 382.749

NATAL, 03 de Setembro de 2013

Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

ANEXO C - Instrumento para a coleta de dados para a revisão integrativa (validado por URSI, 2005)

A. Identificação	
Título do artigo _____	
Título do periódico _____	
Autores _____	
Nome _____	
Local de trabalho _____	
Graduação _____	
País _____	
Idioma _____	
Ano de publicação _____	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital _____	
Universidade _____	
Centro de pesquisa _____	
Instituição única _____	
Pesquisa multicêntrica _____	
Outras instituições _____	
Não identifica o local _____	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem _____	
Publicação médica _____	
Publicação de outra área da saúde. Qual? _____	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho (n) <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () _____ Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () _____ 5.4 Instrumento de medida: sim () não () _____ 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses _____	