

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE:
FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS

MARIA DAS GRAÇAS GARCIA E SOUZA

**FORMAÇÃO E TRABALHO DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVESITÁRIO:
INTERDISCIPLINARIDADE OU “CADA UM NO SEU QUADRADO”?**

NITERÓI, RJ

2019

MARIA DAS GRAÇAS GARCIA E SOUZA

**FORMAÇÃO E TRABALHO DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVESITÁRIO:
INTERDISCIPLINARIDADE OU “CADA UM NO SEU QUADRADO”?**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa/Mestrado Profissional da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte do requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientador:
Prof. Dr. Benedito Carlos Cordeiro

Niterói, RJ
2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

S 729 Souza, Maria das Graças Garcia e.
Formação e trabalho do preceptor na Residência
Multiprofissional em Saúde de um hospital universitário:
interdisciplinaridade ou “cada um no seu quadrado”? /
Maria das Graças Garcia e Souza. – Niterói: [s.n.], 2019.
178 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde)
- Universidade Federal Fluminense, 2019.
Orientador: Prof. Benedito Carlos Cordeiro.

1. Internato e Residência. 2. Preceptoria. 3. Saúde. 4.
Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Educação
Continuada. I. Título.

CDD: 614

Bibliotecário responsável: Renata Mara de Almeida CRB-7: 6328

MARIA DAS GRAÇAS GARCIA E SOUZA

**FORMAÇÃO E TRABALHO DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVESITÁRIO:
INTERDISCIPLINARIDADE OU “CADA UM NO SEU QUADRADO”?**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa/Mestrado Profissional da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte do requisito para obtenção do título de mestre.
Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Orientador Prof. Dr. Benedito Carlos Cordeiro – UFF

Primeiro examinador: Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti – UNIRIO

Segundo examinador: Prof.(a) Dr.(a) Magda de Souza Chagas – UFF

Segundo examinador Suplente: Prof.(a) Dr.(a) Ana Clementina Vieira de Almeida –
UFF

Niterói, RJ
2019

AGRADECIMENTOS

Gente olha pro céu
Gente quer saber o um
Gente é o lugar
De se perguntar o um
Das estrelas se perguntarem
se tantas são
Cada estrela se espanta
à própria explosão
Gente é muito bom
Gente deve ser o bom
Tem de se cuidar
De se respeitar o bom
Está certo dizer que estrelas
estão no olhar

De alguém que o amor te elegeu
pra amar

Mariana filha, Gabriel filho, Chico, Nicéa mãe (*in memoriam*)

Tereza mãe do coração, Família Garcia e Souza, Família Cruz

Cláudio Irmão e amigo, Dinha maninha, Márcia comadre e amiga, Daniela, Luciene

Miguel,

Renata Féo, Édila, Eliane, Isabel, Regina e Juliana (amigas)

Gente viva, brilhando estrelas
na noite

Gente quer comer

Gente que ser feliz

Gente quer respirar ar pelo nariz

Não, meu nego, não traia nunca
essa força não

Essa força que mora em seu
coração

Gente lavando roupa
amassando pão

Gente pobre arrancando a vida
com a mão

No coração da mata gente quer
prosseguir

Quer durar, quer crescer,
gente quer luzir

Orientador e Prof. Dr. Benedito Carlos, Profs. Ana Clementina,
Magda Souza, Sérgio Botti; Secretária Roberta; Jéssika Castro
Corpo docente MPES, Coordenação e Turma 2017.2;

Gente é pra brilhar,
não pra morrer de fome
Gente deste planeta do céu
de anil

Gente, não entendo gente nada
nos viu

Gente espelho de estrelas,
reflexo do esplendor

Se as estrelas são tantas,
só mesmo o amor

Preceptores, tutores e residentes da REMUS/HUAP;

Turma do HUAP; Amigos do SINTUFF;

Assistentes Sociais e Chefia HUAP;

Companheiros das “lutas sociais”; Bolsista Caroline Senna

Chefia e Assistentes Sociais do HMDLJ/Itaboraí

Usuários e familiares do SUS

Gente espelho da vida,
doce mistério (*de Deus*)

(Adaptação da Música “Gente” de Caetano Veloso)

Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo
(Paulo Freire)

RESUMO

Objeto de estudo: a formação e o trabalho do preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF sob as perspectivas da interdisciplinaridade e da Educação Permanente. Os **referenciais teóricos** principais trabalhados na pesquisa são a pedagogia crítico-reflexiva de Paulo Freire e o Materialismo Histórico Dialético de Marx. **Objetivo Geral:** analisar a formação e a prática do preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde do HUAP/UFF. **Metodologia:** A pesquisa é qualitativa, de natureza descritiva, iniciando no segundo semestre de 2017. Foi planejada em três momentos que movimentaram as atividades e procedimentos investigativos e sistematizadores: análise bibliográfica e revisão de literatura, pesquisa de campo e sistematização dos dados. O cenário foi o HUAP/UFF, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 2.523.040. Os participantes da pesquisa foram 12 preceptores das categorias profissionais de enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais. Para a coleta de dados foram aplicadas, nos meses de maio e junho de 2018, entrevistas semiestruturadas e com perguntas abertas. O tratamento e análise dos dados coletados foram realizados pela técnica da Análise de Conteúdo, utilizando as três etapas fundamentais da mesma: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. **Resultados:** Após a sistematização e tabulação dos dados obteve-se o perfil dos entrevistados e construíram-se 06 categorias temáticas após a Análise de Conteúdo de Bardin: “O papel do preceptor: facilitador, orientador ou supervisor?”; “Formação do preceptor”; “Trabalho do preceptor”; “O processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde”; “Trabalho em equipe, interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade: complexidade no campo da REMUS” e “Educação continuada é uma coisa e Permanente é outra”. **Considerações finais:** Pensar a relação entre a formação e o fazer dos preceptores no cotidiano remete à necessidade de uma *práxis* interdisciplinar, tendo na Educação Permanente uma ferramenta indispensável para a sua formação e de seu trabalho como educador, fortalecendo as instituições em seu compromisso social. A *práxis* não significa, então, apenas a objetividade do trabalho, mas também a sua subjetividade, a do preceptor, inserida nesta prática. Sendo assim, ela não transforma somente coisas, mas o próprio preceptor; é, por si só, transformadora. A *práxis* do preceptor envolve ensinar, e o ensino transforma. A realidade do ensino e da prática do preceptor é dinâmica e mutável. Ensinar exige a convicção de que a mudança é difícil, mas é possível. E é a partir desse saber fundamental que os preceptores poderão programar a sua ação político-pedagógica. **Produto:** propor diretrizes para a construção interdisciplinar de rodas de conversa nos moldes da Educação Permanente.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em saúde; preceptor; formação; trabalho; interdisciplinaridade; Educação Permanente.

ABSTRACT

Object of study: the training and work practice of preceptors in the *Multiprofessional Health Residency* of the Universitário Antônio Pedro/UFF Hospital (HUAP/UFF), under the perspective of *interdisciplinarity* and Permanent Education. The main **Theoretical references** employed in the research are Paulo Freire's critical-reflexive pedagogy and Marx's Dialectical Historical Materialism. **General Objective:** to analyze the training and work practices of preceptors in the *Multiprofessional Health Residency* of HUAP/UFF. **Specific Objectives:** to describe the understanding preceptors have on their own training and practice; to indicate the way in which interdisciplinary work is organized in the preceptorship practice; to suggest guidelines to the interdisciplinary construction of "circles of conversation" according to the Permanent Education model. **Methodology:** the research is qualitative and descriptive, started from the second semester of 2017. It was planned in three moments that stirred the activities, and systematic and investigative procedure: bibliographic analysis and literature review, field research and data systematization. It was held in the HUAP/UFF, according to the approval n°. 2.523.040 by the Research and Ethics Committee. The participants are 12 preceptors of the following professional categories: nurses, pharmacists, nutritionists and social workers. As part of the data collecting phase, semi-structured interviews with open questions were applied during the months of May and June 2018. The collected data was processed and analyzed according to the Content Analysis technique, following its three steps: pre-analysis, material exploration and results processing. **Results:** after data systematization and tabulation, we profiled the interviewed professionals and built 06 thematic categories, based to Bardin's Content Analysis: "The preceptor role: facilitator, tutor or supervisor?"; "The preceptor formative training"; "The preceptor work"; "The working process at REMUS"; "Teamwork, *interprofessionality*, *interdisciplinarity* and *multidisciplinarity*: complexity at the field of REMUS"; "Continued education is one thing, and Permanent education is another thing". **Final considerations:** To think about the relationship between formative training and the making of preceptors evokes the need of an *interdisciplinary* praxis, Permanent Education being an essential tool to their practice and training, strengthening institutions in its social commitment. Praxis does not mean then only the objectiveness of labour, but its subjectiveness also, that of the preceptor itself: it is transformative by its own nature. The praxis of the preceptor involves education, and education transforms. The reality of the preceptors' education and practice is dynamic and changeable. Teaching demands the conviction that change is hard, but possible. And it is from this fundamental knowledge that preceptors will be able to program their political-pedagogical action. **Product:** to propose guidelines to the interdisciplinary making of an educational technology of "circles of conversation" according to Permanent Education models.

Key-words: multiprofessional residency in health; preceptor; training; work; interdisciplinary; Permanent Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes	53
Quadro 2 – Unidades de registro sobre a questão 1 das entrevistas	56
Quadro 3 – Categorias iniciais questão 1	57
Quadro 4 – Categorias finais questão 1	57
Quadro 5 – Unidades de registro sobre a questão 2	58
Quadro 6 – Categorias iniciais questão 2	61
Quadro 7 – Categorias final questão 2	62
Quadro 8 – Unidades de registro sobre a questão 3	62
Quadro 9 – Categorias iniciais questão 3	64
Quadro 10 – Categoria final questão 3	65
Quadro 11 – Unidades de registro sobre a questão 4	66
Quadro 12 – Categorias iniciais questão 4	68
Quadro 13 – Categorias final questão 4	69
Quadro 14 – Unidades de registro sobre a questão 5	70
Quadro 15 – Categorias iniciais questão 5	73
Quadro 16 – Categoria final questão 5	74
Quadro 17 – Campos práticos da área de concentração Terapia Intensiva	91
Quadro 18 – Campos práticos da área de concentração Oncologia	91
Quadro 19 – Campos práticos da área de concentração SAMUCA	92
Quadro 20 – Campos práticos da Área de concentração do Idoso	93
Quadro 21 – Diferença entre EP e EC	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COREMUS - Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde

EC - Educação Continuada

EAAAC - Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HUAP - Hospital Universitário Antônio Pedro

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MEC - Ministério da Educação

MHD - Materialismo Histórico Dialético

MP - Metodologia da Problematização

MPES - Mestrado Profissional de ensino na Saúde

MS - Ministério da Saúde

PIBIC - Programa institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNEPS - Política nacional de Educação em Saúde

PRMS - Programa Residência Multiprofissional em Saúde

REMUS - Residência Multiprofissional em Saúde

RIL - Revisão Integrativa de Literatura

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SAMUCA - Saúde da mulher, da Criança e do Adolescente

UFF - Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 Objeto de estudo	20
1.2 Questão norteadora	20
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivos gerais	20
1.3.2 Objetivos específicos	21
2 REVISAO DE LITERATURA	22
3 PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1 Tipo de pesquisa	43
3.2 Cenário da pesquisa	44
3.3 Participantes	45
3.3.1 Limitações da pesquisa	46
3.3.2 Critérios de elegibilidade	47
3.4 Aspectos ético-legais	48
3.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados	49
3.5.1 Entrevistas	49
3.5.2 Tratamento e análise dos dados	49
4 RESULTADOS	53
4.1 Caracterização dos participantes	53
4.2 Resultados da Análise de Conteúdo	55
5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	75
5.1 A análise e discussão das categorias emergidas a partir do conteúdo das falas dos preceptores: debatendo com os referenciais da literatura e político-pedagógicos	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
7 PRODUTO	144
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	170
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	172

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
ANTÔNIO PEDRO	173
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	174

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES): formação docente interdisciplinar no Sistema Único de Saúde (SUS), na linha de pesquisa de Educação Permanente em Saúde (EPS), é resultado das constantes reflexões e inquietações do trabalho desenvolvido enquanto Assistente Social e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) vinculado à Universidade Federal Fluminense (UFF).

Através da prática cotidiana que envolve o trabalho da Residência, gerou-se uma reflexão recorrente sobre o papel do preceptor. Qual o papel do preceptor? No desenvolver do seu trabalho basta uma atuação na dimensão técnico-operativa? Quais as competências para o exercício da preceptoria? Existe uma formação pedagógica para os preceptores? Como construir práticas pedagógicas no exercício da preceptoria, como um caminho a ser trilhado no Sistema Único de Saúde (SUS), que abarquem, principalmente, o trabalho e a formação permanentes e interdisciplinares? Diante dessas reflexões, enquanto participante do processo e das demandas e críticas trazidas pelos residentes e pelos próprios preceptores, observou-se um problema que carecia de debate mais aprofundado.

O PRMS teve início no HUAP/UFF em 2010, seguindo os moldes do Ministério da Educação (MEC). A Residência Multiprofissional em Saúde (REMUS) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) foram instituídas pela Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005a) e sua operacionalização é compartilhada entre o MEC e o Ministério da Saúde (MS). A REMUS constitui modalidade de ensino de pós-graduação, voltada para a educação em serviços e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde.

Dentre os profissionais envolvidos no Programa pela condução dos residentes, temos o preceptor. De acordo com a Portaria nº 1.111 do MS, de 05 de julho de 2005, Art. 6º a preceptoria é considerada uma função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde (BRASIL, 2005b). No que se refere às atribuições do preceptor pela proposta de criação e regimento interno da

Comissão de Residência Multiprofissional (COREMUS) do HUAP, bem como às atribuições específicas da preceptoria de Serviço Social, verifica-se a ausência de atividades de formação e trabalho interdisciplinares, fato comprovado também na prática multiprofissional com a equipe cotidianamente. A abordagem nesses documentos se deu somente no direcionamento das “tarefas” a cumprir e trâmites burocráticos, como escalas, horários. Isso causou estranhamento ao início da Residência, pois se implantou o Programa e os preceptores e residentes começaram a trabalhar sem capacitação para tal função e em setores onde historicamente não havia um trabalho interdisciplinar. Como na fala de uma das residentes: “cada um no seu quadrado”.

Visualiza-se a multiprofissionalidade (Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Nutrição e Serviço Social) nos campos de atuação, porém cada qual no seu segmento, “dividindo” a saúde, o paciente, sem a concepção do todo. Daí a dificuldade mesma da interdisciplinaridade, desafiando para um novo olhar, exigindo diálogo e desafios de mudar o que está posto. Ao se centrar no trabalho do preceptor para além da conotação tecnicista e dimensão técnico-operativa, busca-se a desconstrução de práticas arraigadas, através de uma educação problematizadora e permanente construída pelo coletivo de preceptores.

Gadotti (2000) referindo-se ao Método Paulo Freire cita que ele vai além do campo da Pedagogia Escolar e que seu pensamento é também transdisciplinar. Para ele, o conhecimento só é válido se compartilhado. Daí a importância deste instrumental para a pesquisa no campo da preceptoria: utilizar de uma Metodologia da Problematização (MP) para buscar estratégias envolvendo a opinião, o saber e a participação de todos; um diálogo para uma compreensão e ações integradas para um melhor trabalho nas Enfermarias, na REMUS e na instituição. Dessa forma, haverá conhecimentos construídos: aprendizagem não fragmentada, integração do conhecimento e o trabalho coletivo para a transformação social.

As discussões acadêmicas e de pesquisa misturam-se às vivências do ambiente de trabalho proporcionando entendimento crítico e também concreto sobre o objeto. À luz do Materialismo Histórico-dialético enveredou-se a compreender e explicitar o objeto de estudo investigado tal qual ele é na realidade concreta. Seguindo essa linha, propôs-se um caminhar na pesquisa de superação do nível

empírico ao nível concreto do real, superação essa que só é possível, nesse método de pesquisa, através da análise e da abstração do pensamento da pesquisadora.

Marx centrou atenção no materialismo que considera a atividade humana objetiva – o trabalho – como elemento central de análise para os fenômenos humanos, propondo, assim, o materialismo da práxis (MARX; ENGELS, 2007). O materialismo por ele apresentado colocou em destaque o trabalho social dos indivíduos e as propriedades que ele adquire historicamente, de sorte que o materialismo dialético se apresenta, em seu pensamento, como possibilidade para a compreensão da realidade que dele resulta (MARTINS, L.M; LAVOURA, T.M, 2018, P.232). Assume-se então a centralidade do trabalho, não só como tema ou necessidade, mas por balizar a experiência da pesquisadora e dos seus pares, preceptores, constituindo-a em práxis.

Por sua vez, a prática de trabalho da pesquisadora no SUS, por dar-se em um Hospital Universitário (HU), sempre foi diretamente relacionada aos temas de educação e formação profissional. Sua atuação como preceptora multiprofissional a coloca em contato direto com outros preceptores e residentes em saúde de diversas áreas e, portanto, com estas questões.

Carlos Brandão (1995), em sua obra lançada em 1981, época em que os movimentos sociais e populares estavam em efervescência, lutando por direitos sociais básicos, como a educação e saúde, e pela democratização do país após os “anos de chumbo” da Ditadura Militar, questiona “O que é Educação?”. Conhecendo o autor e o momento histórico e fazendo uma ponte com a atualidade, onde são frequentes os ataques ao patrono nacional da educação, Paulo Freire, às ideias de Marx e à Universidade, é relevante trazer as discussões balizadas nesses referenciais teóricos, por entender que o trabalho do preceptor está inserido na lógica de uma sociedade capitalista.

Atualmente, a existência de projetos contra-hegemônicos de educação do trabalhador desvela as possibilidades de resistência (reação e criação) geradas no embate entre capital e trabalho, e entre emancipação e adaptação (como forma resultante da alienação). Assim, é válido “pensar e reconstruir a educação profissional nas REMUS, como um espaço de formação em processo de construção,

nas dimensões que une aprendizagens problematizadoras, trabalho, política e autonomia”. (SCHMALLER et al, 2012, p.352).

Dadas as considerações acima e suas problematizações, elaboramos a seguinte **questão norteadora**: a formação e o trabalho do preceptor na REMUS do HUAP/UFF ocorrem de forma interdisciplinar e através da Educação Permanente (EPS)?

Segundo Minayo (2010), o trabalho inicial e preparatório da pesquisa de um tema complexo é fundamental para esclarecer exatamente o que vamos perguntar. Deve-se envolver e problematizar as disciplinas e a complexidade e contribuição que o estudo fornecerá no plano teórico e prático, através dos roteiros (questionários, entrevistas, guias para pesquisa qualitativa e discussão de documentos): “vale lembrar que devemos investir na produção de um conhecimento novo, ou seja, que não seja a mera repetição do que já existe: isso deve ser tratado na pergunta norteadora de toda investigação” (p.440). Começou-se a moldar então o objeto de estudo, apontando para a necessidade de pesquisar o universo complexo do preceptor, através do viés interdisciplinar e da EPS, figura central nos aspectos formativos e da prática nas instituições de saúde, fortalecendo o compromisso de cidadania com o SUS e seus usuários.

Ainda na obra de Brandão (1995, online), que versa sobre a Educação, chama a atenção para a reflexão a citação de Guimarães Rosa contida em sua obra “Grande Sertão Veredas”:

Pergunto coisas ao buriti; e o que ele responde é: a coragem minha. Buriti quer todo o azul, e não se aparta de sua água – carece de espelho. Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende. (João Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas)

O que é buriti? Qual a sua relação com o texto “Educação? Educações: aprender com o índio”. Segundo o dicionário tupi-guarani, significa, dentre outros, palmeira, palmeira-dos brejos, palmeira-de-espelho, árvore alta de alimento ou da vida. Na linguagem indígena o buriti significa a árvore da vida, porque ela é capaz de fornecer tudo para se viver: da casca à polpa, tudo se aproveita (alimentos, materiais para construção de casas, etc.). O buriti não se aparta de sua água, por mais que ele ganhe altura e queira todo azul do céu, necessita das suas raízes, precisa do

espelho das águas em que nasce. Assim como o educador que não se separa de suas experiências e aprende que “mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende”; é o que ocorre com o preceptor.

A partir dessas reflexões, compreendeu-se melhor a importância do ensino e da educação para a experiência de ser preceptor, possibilitando novos conhecimentos e “educações”, já que concluiu-se que não existe uma só Educação. Existem várias Educações. E a EP é uma delas, trazendo diferentes vivências e situações de troca em que o saber é adquirido.

O Hoje pede a coragem do Burity! Que venham os novos desafios, pois como bem expõe o autor: “ao educador, portanto, o chamado à reflexão, para que a educação seja, primeiramente, reconhecida como processo multiforme que não se esgota em sua expressão ‘escolar’” (BRANDÃO, 1995, online). As educações, no plural, foram compreendidas pelo viés de sua finalidade, de modo que contribuem mais livre e conscientemente, de forma solidária e horizontal, para transformar pessoas e mundo em alguma coisa melhor. Os preceptores podem se transformar e acreditar na transformação do mundo do trabalho em algo melhor!

Nessa caminhada, justificou-se o estudo pelo interesse pessoal e profissional em buscar aprofundamento em uma área de conhecimento em que a pesquisadora encontra-se implicada, desde o início de sua atuação como preceptora, trabalhando a partir da pesquisa para o mestrado com discussões sobre a educação, que contribuirão para a formação e prática profissional. Outra justificativa é que o uso da MP e da EPS resulta em uma aprendizagem significativa, mais autônoma e estimula o pensamento crítico por parte dos preceptores que dela se beneficiam, formando profissionais críticos, dialógicos, emancipados, conscientes de seus direitos e deveres, e acima disso, sujeitos ativos e transformadores de seus cenários reais.

As produções encontradas através das análises bibliográficas e de literatura centram a discussão nos “afazeres”, competências e técnicas do preceptor, o que se acredita importante na formação e no fazer dos mesmos, porém, vão além, como esclarecem Autônomo et al:

As características e requisitos do preceptor e suas atividades são diversas e de diferentes ordens: técnica, docente, ética e moral. E é assunto muito controverso na literatura científica e nos documentos oficiais, o que favorece

práticas diferenciadas, requerendo também conhecimentos no campo da educação (2015, pp. 320-323).

Dessa forma, visou-se contribuir para ampliar o conhecimento sobre a educação e para refletir sobre a necessidade de formação pedagógica, uma prática que deveria ser desenvolvida no cotidiano dos profissionais e na preceptoria, seja em educação em saúde para os usuários ou como educação na saúde voltada para a formação e o trabalho. Apontou-se na direção de uma proposta formativa, construída coletivamente, a partir da interdisciplinaridade e da EP. Voltada para o mundo do trabalho, a EP caracteriza a junção entre saúde e educação. Com o desenvolvimento da pesquisa e posterior implementação das reuniões interdisciplinares (rodas de conversa) espera-se causar impacto sobre o processo de trabalho, proporcionando maior qualidade de interação dos preceptores e qualidade do ensino para os residentes e dos serviços e ações de saúde ofertadas à população.

Outro interesse deste estudo é contribuir para a divulgação do conhecimento sobre a preceptoria e incentivar novas pesquisas relacionadas ao tema, dando visibilidade ao seu trabalho na atuação interdisciplinar nas áreas do ensino e da saúde. Ressalta-se aqui a escassez de estudos e escritos sobre o exercício da preceptoria e o trabalho na REMUS em hospitais de ensino e de formação interdisciplinar. A maioria das produções versa sobre a preceptoria na Rede de Atenção Básica, com abordagem no programa Estratégia Saúde da Família (ESF).

A pesquisa¹ “A Educação Permanente de Preceptores na Residência Multiprofissional em Saúde do HUAP/UFF” serviu de estímulo para o debate e a reflexão com os preceptores sobre o tema e o processo de construção do produto, a atualização sobre o que existe de mais recente acerca desta temática através da Revisão Integrativa de Literatura (RIL) e o envio para publicação de artigo e produções científicas², além de apresentação de trabalhos em eventos³. A relevância desses desdobramentos da pesquisa vai ao encontro da problemática do objeto de estudo e dos objetivos ao alcançar, pois possibilita o contato com novos

¹ A pesquisa foi selecionada pelo PIBIC/CNPQ/UFF, contemplando uma bolsista de iniciação científica.

² Revista Rede Unida. Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida v.4, suplemento 2 (2018) e UFAL (Artigo aceito, em fase de edição para publicação).

³ A saber: Simpósios ISC/UFF; SAE/EEAAC/UFF; ABRASCO/Fiocruz; Congresso Rede Unida; Encontro Nacional de Residências/UERJ;

conhecimentos e a troca de saberes com preceptores de outras instituições. Estas experiências enriqueceram o contexto da formação necessária para se trabalhar como preceptor na REMUS do HUAP.

Para percorrer este caminho, esta dissertação foi organizada em sete capítulos, sendo que no **capítulo um**, Considerações Iniciais, foram apresentados os argumentos que influenciaram a escolha do tema, com sua justificativa e relevância, colocando em foco a preceptorial a partir da experiência profissional. A partir dos questionamentos e problematizações do objeto de estudo, definiu-se a questão norteadora, delimitando o objetivo geral e objetivos específicos à luz dos referenciais teóricos.

O **capítulo dois** faz um estudo realizado através de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), investigando a produção do conhecimento sobre a formação e o trabalho do preceptor no ensino e na saúde. O levantamento foi realizado nos artigos disponíveis dos últimos 05 anos, nas bases de dados virtuais bibliográficas LILACS, MEDLINE, PUBMED E SCIELO. A partir desse estudo foi gerado um artigo para a Revista Debates em Educação da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

O percurso metodológico foi descrito detalhadamente no **capítulo três**, contendo as principais etapas para a realização da pesquisa e a fundamentação teórico-metodológica que a justificou. Os itens desse capítulo elencam: o tipo de pesquisa, cenário, os participantes da pesquisa, critérios de elegibilidade, aspectos ético-legais, técnicas e instrumentos de coleta de dados e tratamento e análise dos dados.

O **quarto capítulo** apresenta os resultados das entrevistas realizadas com os preceptores por meio da análise de conteúdo de Bardin (1977), utilizando-se as três fases fundamentais da mesma: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A partir da leitura dos dados coletados, emergiram seis categorias temáticas, objetos da vivência do preceptor na REMUS da unidade hospitalar, captadas nas falas dos preceptores entrevistados.

A análise e discussão dos resultados encontram-se no **quinto capítulo**, tecendo uma relação com a vivência da pesquisadora no campo, as revisões bibliográficas e de literatura da pesquisa, balizadas nos referenciais político-pedagógicos (Freire e Marx). Imbuindo-se do movimento dialético, atentou-se para

não apresentar a análise dos dados e sua discussão, resultantes das verbalizações produzidas pelos preceptores de forma separada e distante da fundamentação teórica.

No **sexto capítulo**, têm-se as considerações finais, sintetizando os achados e principais idéias desenvolvidas, as contribuições do estudo, demonstrando os seus limites e as possibilidades e proposições para novos estudos.

Por fim, o produto é apresentado no **capítulo sete**, traçando as diretrizes para a efetivação de “Reuniões interdisciplinares no formato de rodas de conversa”, construindo como subproduto a elaboração de uma aula para preceptores sobre a EPS.

1.1 OBJETO DE ESTUDO:

A formação e o trabalho do preceptor na REMUS do HUAP/UFF sob as perspectivas da interdisciplinaridade e da Educação Permanente (EP).

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

A formação e o trabalho do preceptor na REMUS do HUAP/UFF ocorrem de forma interdisciplinar e através da Educação Permanente (EP)?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivos gerais

Analisar a formação e a prática do preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde do HUAP/UFF.

1.3.2 Objetivos específicos:

- a) Descrever a compreensão que os preceptores possuem sobre a sua formação e atuação;
- b) Apontar como se configura o trabalho interdisciplinar na prática da Preceptoria;
- c) Propor diretrizes para a construção interdisciplinar de rodas de conversas nos moldes da Educação Permanente.

2 FORMAÇÃO E TRABALHO DO PRECEPTOR NO ENSINO E NA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA (Artigo dentro das normas da Revista Debates em Educação – UFAL)

RESUMO

O objetivo é revisar estudos sobre a formação e o trabalho do preceptor, identificar seus conceitos e aplicar o conhecimento gerado à pesquisa acadêmica e à prática dos revisores. Através de Revisão Integrativa de Literatura foram selecionados artigos disponíveis dos últimos cinco anos, nas bases de dados virtuais bibliográficas LILACS, MEDLINE, PubMed e SciELO. Obteve-se um resultado de oito artigos, surgindo os principais eixos temáticos para a discussão: Formação e trabalho do preceptor; A preceptoria na perspectiva da interdisciplinaridade e da integralidade e A educação permanente como estratégia para o exercício da preceptoria. Os estudos convergem para a importância e o reconhecimento dos preceptores e enfatizam o seu perfil prático, porém não descolado de uma formação pedagógica.

Palavras-chave: Preceptor. Residência Multiprofissional em Saúde. Interdisciplinaridade. Hospitais de Ensino. Saúde.

TRAINING AND WORK OF THE PRECEPTOR IN EDUCATION AND HEALTH: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

This article objective is to review studies on the training and work of preceptors, identifying its concepts and applying the knowledge created to the academic research and the work practice of the reviewers. Through Integrative Review of the Literature, we selected articles from the last five years, available on LILACS, MEDLINE, PUBMED and SCIELO bibliographic databases. We obtained a result of 08 articles, bringing about the main issues that follow: "The preceptor training and work"; "Preceptorship under the perspective of Interdisciplinarity and Integrality" and "Permanent Education as a strategy for the preceptorship exercise". The studies converge towards the importance and recognition of the preceptors and emphasize their practical profile, however, not detached from a pedagogical training.

Keywords: Preceptorship. Multiprofessional Residency in Health. Interdisciplinarity. Teaching Hospitals. Health.

1. INTRODUÇÃO

A preceptoría ganhou evidência a partir da criação das Residências em Saúde. Por meio da Lei nº 11.129/2005 foi instituída a Residência Multiprofissional em Saúde (REMUS), que se constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação voltada para a educação em serviço e, com exceção da medicina, destinada aos profissionais que integram a área de saúde. Entre os profissionais envolvidos nos Programas de REMUS, tem-se o preceptor, responsável pela condução dos residentes (BRASIL, 2005a). A preceptoría é considerada uma 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 (BRASIL, 2005b).

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) refere que os programas de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) precisam abranger aspectos em relação à dimensão pedagógica (BRASIL, 2012). Assim, a REMUS deve ser conduzida por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem condizentes com linhas de cuidado na atenção à saúde, com metodologias e dispositivos, de modo a garantir a formação integral, multiprofissional e interdisciplinar.

A função de preceptoría, então, consiste em ser responsável por executar as atividades nos cenários de prática da REMUS, acompanhando os residentes em matéria de saúde, colaborando na sua formação e processo de trabalho. Entende-se que, ao se assumir o papel de preceptor, precisa-se estar de acordo não só com as atividades rotineiras, mas também com os princípios do SUS. As competências do preceptor, suas intervenções e seu processo de trabalho não estão bem definidas, mesmo em documentos oficiais. Baseado nas orientações dos documentos do Ministério da Educação (MEC), o preceptor é um dos responsáveis pela integração prático-teórica dos residentes: os ensinará, supervisionará, orientará e conduzirá no campo da prática (BRASIL, 2012).

Através da prática cotidiana de preceptoría, que envolve o trabalho na REMUS, gerou-se uma constante reflexão sobre o papel do preceptor. As demandas por mudanças no perfil dos profissionais de saúde, a desconstrução da dicotomia

teoria-prática para a formação destes profissionais, bem como a concepção do SUS como um caminho a ser trilhado para a construção de práticas pedagógicas no exercício da preceptoría apontam para a relevância do preceptor. Uma de suas habilidades seria a de “aprender fazendo”, que pressupõe o distanciamento da dicotomia teoria-prática na produção do conhecimento e assume que ele ocorre de forma dinâmica no processo ação-reflexão-ação (FREIRE, 2016).

É necessário, então, ampliar a discussão sobre o processo de trabalho dos preceptores vivenciado nos espaços do ensino e da saúde, buscando subsídios nas produções teóricas que esclareçam sobre o trabalho multiprofissional desenvolvido, bem como a definição de preceptoría e a formação desses profissionais. Quando se discute a preceptoría, com base no que se passa de fato nos diversos ambientes de trabalho e formação, gera-se a possibilidade de compreender melhor o que é essa prática e o quanto ela se aproxima ou se distancia da conceituação que fazemos (CORREA et al., 2015).

Considerando os apontamentos e problematizações até aqui expostos e de acordo com a temática em tela, direciona-se este estudo a partir da seguinte questão norteadora: quais são os conhecimentos produzidos sobre a definição de preceptoría, a formação e o trabalho dos preceptores no ensino e na saúde?

O intuito é promover reflexão, analisando e problematizando o papel e o trabalho do preceptor, compreendendo como se dá a preceptoría no âmbito do ensino e da saúde, descortinando seus conceitos, formação e trabalho. Nesse contexto, este estudo de revisão tem por objetivo: analisar a preceptoría nos campos do ensino e da saúde, buscando identificar seus conceitos, formação e trabalho, aplicando o conhecimento gerado na pesquisa acadêmica e na prática dos revisores, autores deste manuscrito.

Outro interesse deste estudo é contribuir para a divulgação do conhecimento sobre a preceptoría e incentivar novas pesquisas relacionadas ao tema, dando visibilidade ao seu trabalho na atuação interdisciplinar nas áreas do ensino e da saúde. Ressalta-se aqui a escassez de estudos e escritos sobre o exercício da preceptoría e o trabalho na REMUS nos hospitais de ensino e de formação interdisciplinar.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo sobre a temática preceptoria, realizado por meio de revisão integrativa em artigos contidos em base de dados online, nos meses de abril e maio de 2018. A relevância da escolha desse tipo de revisão, além de produzir, sistematizar, analisar e sintetizar o conhecimento, é a de apontar elementos para as intervenções no cuidado em saúde, suscitando indagações, como no caso aqui exposto - sobre a formação e o fazer dos preceptores, problematizando o ensino e o trabalho em saúde; e também a inclusão de dados da literatura teórica e empírica, incorporando conceitos, teorias e evidências. Para tal, é necessário que a revisão traduza um passo a passo que seja claro e rigorosamente descrito, tendo sido necessário passar por etapas distintas no desenvolvimento da pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A identificação do tema e a construção da questão de pesquisa constituem-se a primeira etapa da revisão integrativa. Ainda considerando esta etapa, lançou-se mão da questão norteadora para auxiliar a identificação dos descritores e iniciar a busca nas bases de dados eletrônicas. Para tal, retirou-se dessa questão as palavras-chave e passou-se a identificá-las nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), assim como as suas variáveis em língua inglesa no Medical Subject Headings (MeSH).

Na segunda fase (busca e amostragem), foram estabelecidos os critérios de elegibilidade dos estudos. Incluíram-se artigos científicos publicados no período 2013-2018, nos idiomas português ou inglês, que tratem da preceptoria no ensino e na saúde, disponibilizados na íntegra e que, pela leitura do resumo, manifeste incluir os assuntos a serem desenvolvidos na pesquisa e que tenha enfoque na abordagem multiprofissional, contemplando como cenário de prática, preferencialmente, hospitais universitários ou campos de ensino. Foram descartadas as produções em formato de teses, dissertações ou resenhas; os textos duplicados; os estudos que não atendem à temática e aos objetivos da pesquisa ou que cuja abordagem tenha por foco apenas os cenários em que atua uma única categoria profissional de preceptor ou que tenha como população-alvo, exclusivamente, residentes e/ou tutores.

3. RESULTADOS

Atendendo ao objetivo de estudo, que é compreender como se dá a preceptoria no ensino e na saúde, buscando analisar seus conceitos, formação e trabalho, realizou-se um levantamento de artigos científicos, disponíveis nas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); PubMed, via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Em todas as bases foram utilizados os descritores relacionados, aplicando o operador booleano “and”, tendo como resultado inicial o descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Artigos encontrados e selecionados nas bases de dados, Brasil, 2018.

Biblioteca	Base de dados	Encontrados	Pré-Selecionados ¹	Descartados pela revisão	Selecionados ²
BVS	LILACS	03	02	Ø	02
BVS	MEDLINE	149	21	20	01
PORTAL CAPES	PUBMED	47	09	08	01
SCIELO	SCIELO	211	16	12	04
TOTAL		410	48	40	08

¹Pela leitura dos títulos e resumos; ²Seleção após leitura na íntegra

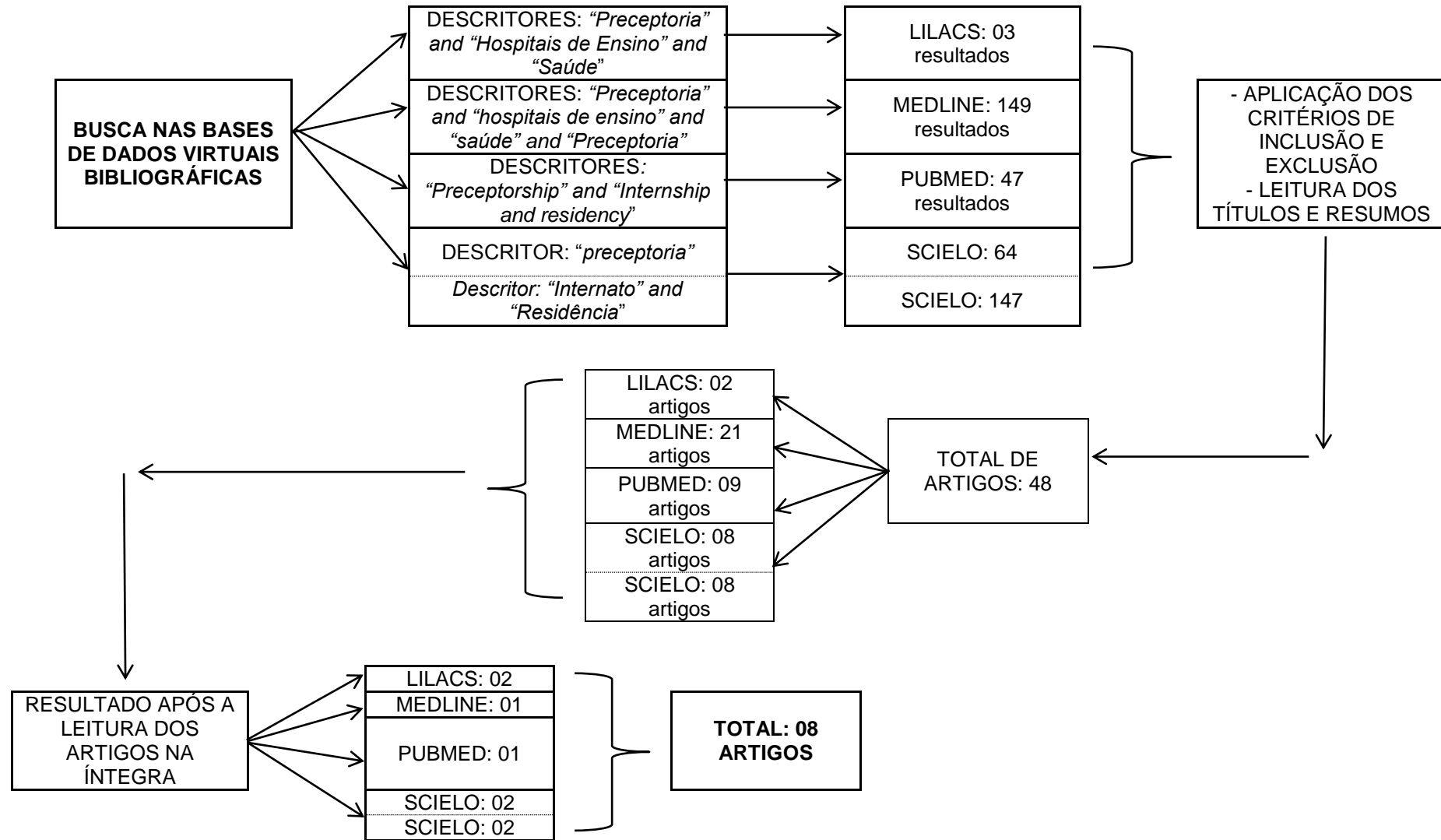
Através da BVS, usando os descritores “preceptoria” and “internato e residência”, utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão e a leitura dos artigos, chegou-se a três produções que atendiam ao propósito do estudo, sendo duas indexadas na LILACS e uma na MEDLINE. No Portal CAPES, por sua vez, retornaram 47 publicações da PUBMED, empregando, conforme exigência de busca nessa base, os descritores em inglês “*preceptorship*” and “*Internship and Residency*”. A partir do uso dos critérios de inclusão e exclusão emergiram nove artigos, dos quais oito foram descartados após leitura integral, finalizando a seleção com apenas uma produção coerente com a temática estudada.

Por fim, na SciELO, a combinação dos descritores utilizados nas bases de dados anteriores culminou com a seguinte resposta: “não foram encontrados documentos para a sua pesquisa”. Foi então realizada a busca pelos descritores, separadamente, dos temas principais da pesquisa. Lançando o descritor

“Preceptoria” obteve-se um total de 64 resultados, e com o descritor “Internato e Residência” retornaram 147. Após emprego das etapas de filtragem e leitura na íntegra, encerrou-se a busca na SciELO, selecionando-se quatro artigos.

O caminho percorrido nesta revisão está descrito no fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de busca por artigos: caminho metodológico percorrido para a seleção. Brasil, 2018



Terminada a busca em todas as bases descritas anteriormente, obteve-se um resultado de oito produções com perfil de acordo com o tema e o objetivo desta revisão integrativa. Por fim, conforme exposto no quadro abaixo, os referidos artigos foram selecionados e sistematizados; após leitura, fichamento e análise crítica, a produção textual foi organizada seguindo a metodologia das etapas de uma revisão integrativa.

Quadro 2: Artigos selecionados para a revisão integrativa. Brasil, 2018

Base de dados		Periódico	Ano	Título	Objetivo	Metodologia /tipo de pesquisa	Principais resultados e conclusão
P1	LILACS	Rev. Gaúcha de Enfermagem	2013	A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão	Refletir sobre o exercício da preceptoria como prática educativa na formação e qualificação do profissional em saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS).	Trata-se de uma reflexão teórica, com apoio na literatura sobre a temática. Abordagem Qualitativa.	No contexto das residências em saúde precisamos pensar a preceptoria, repensando a prática e o ensino. É necessária uma maior aproximação entre o campo da prática e da teoria, em que todos (técnicos, preceptores, tutores ou docentes) constituam uma equipe integrada na formação do profissional para o SUS.
P2	LILACS	Rev. Gaúcha de Enfermagem	2014	Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros	Compreender a preceptoria em enfermagem nos campos de práticas e sua articulação com a integralidade do cuidado.	Pesquisa de campo qualitativa, realizada em Fortaleza, Ceará, Brasil, de abril a junho de 2012. Foram entrevistados 20 preceptores nos campos de prática de três instituições de ensino superior, em três hospitais da rede pública estadual.	Os resultados apresentaram a integração ensino-serviço em situações de risco mediante o biologicismo e a lacuna entre instituições de ensino e os serviços de saúde, porém, como caminho de construção para as transformações necessárias, a consolidação do SUS.
P3	MEDLINE	The Journal of Continuing	2013	Competencies for preceptorship in the	O estudo tenta identificar	Estudo descritivo exploratório com a	Quarenta e três competências foram identificadas e classificadas em nove

		Education in Nursing ·		Brazilian health care system	competências para a preceptoria no sistema de saúde brasileiro.	técnica Delphi. Os participantes foram profissionais da saúde do sul do Brasil que estavam trabalhando em nove áreas profissionais. Os participantes serviram como preceptores em um programa educativo promovido pelos Ministérios da Educação e Saúde.	domínios: educação, valores profissionais, ciências básicas de saúde pública, gestão, cuidados em saúde, trabalho em equipe, comunicação, orientação comunitária, e desenvolvimento profissional. Os achados mostraram que os preceptores estavam comprometidos com a educação dos futuros cuidados de saúde profissional. O desenvolvimento de habilidades pedagógicas foi enfatizado, assim como a necessidade de educação anterior à preceptoria. Estas competências constituem uma referência para a educação profissional continuada.
P4	PUBMED	BMC Nursing	2015	Perceptions of preceptorship in clinical practice after completion of a continuous professional development course- a qualitative study part II	Avaliar as experiências dos preceptores de preceptoria-prática clínica após a conclusão de um curso de desenvolvimento profissional contínuo de crédito em nível avançado em uma universidade da Suécia.	Trata-se de um estudo qualitativo-interpretativo de pequena escala, com dados de entrevistas em grupos focais e relatos escritos de revistas reflexivas. Os dados foram analisados através do processo de investigação naturalística.	Os resultados mostram que os participantes, que completaram o Curso de Desenvolvimento Profissional Contínuo (CPD), desenvolveram habilidades e competências que eles acreditavam ser necessárias para impulsionar o desenvolvimento pedagógico em seus respectivos locais de trabalho. Um programa bem estruturado, baseado nas necessidades dos preceptores e desenvolvido em parceria entre os contextos educacionais e clínicos parecem ser bem-sucedidos em termos do aumento percebido de suas competências pelos preceptores, habilidades e <i>status</i> profissional.
P5	SCIELO	Pró-posições	2015	Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica	Analisar a construção coletiva de um discurso pedagógico realizado por preceptores do	Análise dos discursos produzidos coletivamente por preceptores que se formaram pedagogicamente à	Constatou-se que ao mesmo tempo em que a produção discursiva coletiva é um exercício pedagógico enriquecedor, também é um processo desafiador que demanda paciência e dedicação das partes envolvidas para se alcançar o

					campo da saúde que passaram por um processo de formação pedagógica.	luz da Análise Crítica do Discurso (ACD).	objetivo proposto.
P6	SCIELO	Rev. Gaúcha de Enfermagem	2014	Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso	Identificar a percepção dos profissionais integrantes de uma Residência Multiprofissional sobre a Educação Permanente em Saúde.	Abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizada com 16 profissionais integrantes de uma residência multiprofissional. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, análise documental e observação sistemática, e analisadas de acordo com análise de conteúdo temática.	Constatou-se que os integrantes da residência multiprofissional percebem que a educação permanente permeia sua formação, possibilitando a reflexão sobre suas práticas e o agir multiprofissional como produtor de ações de saúde.
P7	SCIELO	Texto & Contexto	2016	Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde	Compreender como a educação permanente em saúde é desenvolvida no cotidiano dos profissionais de uma residência multiprofissional em saúde, de um hospital de ensino no Sul do Brasil.	Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, com 16 profissionais.	Os resultados mostram a residência multiprofissional como instituidora de espaços coletivos, uma vez que possibilita encontros entre sujeitos que desenvolvem suas ações fundamentadas em uma formação pedagógica e pautadas na educação permanente. Conclui-se que os integrantes da residência têm a possibilidade de pensar outros modos de produzir saúde, incentivando a busca pelas transformações das práticas profissionais para produzir novas ações em saúde.

P8	SCIELO	Reben	2015	Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos	Analisar os projetos político-pedagógicos (PPP) de programas de residência multiprofissional em saúde (PRMS) do estado de São Paulo e identificar os cenários altamente favoráveis a educação interprofissional (EIP).	Estudo descritivo, exploratório, que utilizou a análise documental.	A análise revelou um cenário heterogêneo no que diz respeito a currículos, organização didático-pedagógica, objetivos educacionais, matrizes pedagógicas e sistemas de avaliação utilizados. A análise empreendida mostrou-se adequada para avaliar a EIP nos cenários educacionais e para identificar o cenário altamente favorável a EIP, por meio dos elementos didáticos, pedagógicos, políticos e organizacionais dos PRMS.
----	--------	-------	------	--	--	---	--

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos foram dispostos no Quadro 2 utilizando-se a letra “P”, em alusão a letra inicial de nossa temática, qual seja: preceptoria. A leitura e análise das publicações permitiu sua sistematização, trazendo os principais eixos temáticos para a discussão: “Formação e trabalho do preceptor” (RIBEIRO; PRADO, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2014; RODRIGUES; WITT, 2013; CARLSON; BENGTTSSON, 2015; CORREA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016; MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015); “A preceptoria na perspectiva da Interdisciplinaridade e da Integralidade” (RIBEIRO; PRADO, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2014; RODRIGUES; WITT, 2013; CORREA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016; MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015) e “A Educação Permanente como estratégia para o exercício da preceptoria” (RIBEIRO; PRADO, 2014; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016; MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

4.1. Formação e trabalho do preceptor no ensino e na saúde

Os preceptores exercem a 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. A preceptoria em saúde é uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e de formação profissional em saúde, no momento do exercício clínico, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não, com o objetivo de construir e transmitir conhecimentos relativos a cada área de atuação e da saúde como um todo, e de auxiliar na formação ética e moral dos alunos e residentes, estimulando-os a atuar no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania (CORREA *et al.*, 2015).

A breve descrição acima sobre a preceptoria traz uma conceituação, mais do que propriamente um “raio-x” fiel da realidade. Ao discutir a preceptoria com base no que se passa de fato no *lócus* de trabalho e formação, pode-se entender o que significa essa prática. Um desses *lócus* são os programas de REMUS (RIBEIRO; PRADO, 2014; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016; MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015). Ainda analisando a prática dos preceptores, Ribeiro

e Prado (2014, p.163) a compreendem como sendo desenvolvida por meio das atividades de educação no trabalho e ações de ensino, nas quais se evidencia uma relação didática estabelecida pela interação com o residente e com o conhecimento, compondo um processo educativo.

Um componente essencial abordado por todos os autores nos artigos supracitados é a prática educativa, tida como uma ação na qual o preceptor conduz o processo ensino-aprendizagem, transformando as atividades no âmbito do trabalho, fazendo a integração ensino-serviço. Alguns autores apontam para a relevância do preceptor e destacam a importância de sua formação e capacitação contínua, defendendo uma educação pedagógica para os mesmos, mencionando as habilidades, competências, atitudes e o aspecto relacional (RODRIGUES *et al.*, 2014; RODRIGUES; WITT, 2013; CARLSON; BENGTSSON, 2015).

Concorda-se que essas competências vão além do domínio técnico científico, de qualificação específica, do treinamento de procedimentos e técnicas e através de uma transmissão vertical e mecânica de conhecimentos. Remetendo para um dos referenciais teóricos que embasam o estudo, a pedagogia crítica de Paulo Freire, pode-se afirmar que muitas dessas competências se dão nos moldes da chamada pedagogia bancária. É preciso, então, que o preceptor “beba na fonte” de um saber indispensável desde o início de sua experiência formadora, como apontado por Freire em seu livro *Pedagogia da Autonomia*. Segundo ele, é preciso assumir-se como sujeito da produção do saber, convencido de que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2016).

Autores de um dos oito artigos analisados (RIBEIRO; PRADO, 2014), ao citarem Paulo Freire, discorrem que para a formação e trabalho do preceptor é preciso que se tenha uma “*expertise pedagógica*”, mediando os aspectos teóricos e práticos, levantando problemas e instigando a busca de soluções. Ele precisa, ao tornar o conhecimento acessível ao residente ou aluno, promover uma *práxis* em saúde, mobilizando um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo. Ao propor uma formação pedagógica que o prepare para o exercício da preceptoria, proporcionará uma maior apropriação de saberes para o ensino e aprimoramento do seu papel de educador no âmbito do trabalho.

Sendo assim, os resultados apontam para a relevância do preceptor, não só da sua formação, mas também do “trabalho em si”. O papel de destaque dado aos

preceptores é questionado quando se aponta para o “mundo do trabalho” (ANTUNES, 2002) a que estão submetidos. Esses profissionais enfrentam vários desafios em seu cotidiano, como a falta de tempo para preceptorar em razão da sobrecarga de trabalho, e o não reconhecimento institucional e de seus pares pelo trabalho extra desenvolvido na preceptoria, levando a sentimentos de insatisfação, *burn-out* e estresse laboral (CORREA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; CARLSON; BENGTTSSON, 2015).

Aponta-se que a centralidade do trabalho no modo de produção capitalista não está descolada do modo de produção do trabalho na saúde e, conseqüentemente, da prática do preceptor. As exigências de que estejam mais capacitados e mais produtivos nas instituições estão presentes nesse contexto atual, em que predominam as políticas neoliberais de mercado (ROSDOLSKY, 2001).

A partir disso, os serviços estabelecem formas de controle para estes profissionais, vinculando ao trabalho a busca permanente pela produtividade. Estabelece-se, com isso, uma lógica de produção de profissionais atrelada ao sistema neoliberal, disseminando, dessa maneira, uma concepção de modelo direcionada à perpetuação do modelo assistencial hegemônico de saúde (SILVA *et al.*, 2014).

4.2. A preceptoria na perspectiva da interdisciplinaridade e da integralidade: consolidando o SUS

Como mencionado, ao se assumir o papel de preceptor, precisa-se estar de acordo não só com as atividades rotineiras e premissas da profissão, mas também com os princípios do SUS. E é no contexto dessa política de saúde que a formação e trabalho interdisciplinar e de forma integral são incentivados. Visualizam-se as REMUS como espaços propícios ao ensino, formação e trabalho no SUS e o preceptor é um sujeito central para ações que contemplem e ponham em destaque a interdisciplinaridade e a integralidade.

Trabalhar em consonância com a filosofia do SUS ainda é considerado um nó crítico nos processos de formação e trabalho do preceptor. Ainda é predominante a atuação na dimensão técnico-operativa e que ratificam práticas engessadas, exigindo uma reflexão sobre a necessidade de práticas pedagógicas no exercício da

preceptoria como um caminho a ser trilhado no SUS, que abarquem, principalmente, o trabalho e a formação interdisciplinar.

A Resolução nº 02, de 13 de abril de 2012 da CNRMS refere que os programas de formação de profissionais para o SUS precisam abranger aspectos em relação à dimensão pedagógica (BRASIL, 2012). A REMUS deve ser conduzida por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem condizentes com linhas de cuidado na atenção à saúde, com metodologias e dispositivos, de modo a garantir a formação integral, multiprofissional e interdisciplinar.

Entretanto, relatos apontaram que o princípio da integralidade tem sido negligenciado e que a formação com vistas ao que preconiza o SUS não seria possível, de forma que a educação e a integração ensino-serviço se tornaram desacreditadas, fazendo perpetuar as formas hegemônicas de cuidar da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2014). Visualiza-se a multiprofissionalidade dos profissionais e preceptores desde o ensino e no trabalho, porém cada um no seu segmento, “dividindo” a saúde, sem a concepção do todo. Por esse motivo, ocorre um distanciamento da interdisciplinaridade e da integralidade das ações.

O SUS se constitui em um movimento contra-hegemônico na atual conjuntura neoliberal, tanto no contexto brasileiro quanto internacional. Existem reflexões teóricas importantes sobre a necessidade de os profissionais de saúde possuírem um “pensar-fazer”, que extrapole um trabalho técnico hierarquizado, com interação social entre os profissionais com maior horizontalidade, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. É nessa perspectiva que o Programa de Residência se constitui, tendo, como foco, a formação de profissionais que superem a visão paradigmática, centrada apenas nos objetos de intervenção de cada profissão. Busca, dessa forma, a implementação da integralidade e a atuação interdisciplinar no campo do pensar-fazer comum a todas as áreas profissionais, desenvolvendo o cruzamento dos diferentes saberes e práticas (SILVA *et al.*, 2014).

4.3. A educação permanente como estratégia para o exercício da preceptoria

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é compreendida como uma estratégia que almeja promover transformações nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, estimulando que o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde (EPS) é a aprendizagem no trabalho e se baseia na aprendizagem significativa, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Pode-se entendê-la como aprendizagem-trabalho (ocorre no cotidiano das pessoas e organizações), que se efetiva a partir da problematização do processo de trabalho e da atuação dos trabalhadores e que tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

É nesse cenário que surge a figura do preceptor. O preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática ao conhecimento científico. Ele precisa dominar a prática clínica, bem como os aspectos pedagógicos relacionados a ela, transformando o cenário profissional em ambiente educacional (RIBEIRO; PRADO, 2014).

O impacto no trabalho da equipe, através da EPS, se dará mediante estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem condizentes com metodologias e dispositivos, de modo a garantir a formação integral, visando também a interdisciplinaridade.

Acredita-se que o trabalho em equipe interdisciplinar e de forma integrada seja determinante para a condução da preceptoria junto aos seus pares e para um melhor cuidado aos usuários. Compreende-se que é necessário discutir as questões no coletivo, de forma horizontal, num princípio de roda, como aponta a EPS.

Assim, as preceptorias constituem-se como espaços intercessores para o desenvolvimento da EPS, pois possibilitam pensar no coletivo, desconstruir a rotina mecanizada e propor atividades que ampliem a visão do mundo da saúde, com produção de conhecimento que apresente uma reflexão crítica e considere as experiências vividas por todos os participantes da EPS: usuários, integrantes das residências multiprofissionais e equipe de saúde dos serviços (SILVA *et al.*, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o número de artigos sobre a temática preceptoria tenha aumentado nos últimos anos, ainda é necessário ampliar a discussão sobre a formação e o trabalho dos preceptores. Buscou-se, por meio deste estudo, dar visibilidade ao trabalho do preceptor e, sobretudo, ao aspecto interdisciplinar de sua atuação nos campos do ensino e da saúde. Assim, torna-se um interesse a socialização do conhecimento gerado para incentivar novas pesquisas sobre o tema.

Não foi possível apreender, a rigor, os conceitos de preceptor e preceptoria, pois as descrições apontadas no material pesquisado trouxeram, preponderantemente, o significado real da formação e do trabalho desses profissionais. Contudo, conforme a síntese obtida pela análise dos artigos em tela, os resultados apresentados apontam para a relevância do sujeito preceptor e destacam a importância da sua formação, mas também a sua prática e o “trabalho em si”. A prática da preceptoria exige competências que vão além do domínio técnico-científico, da qualificação específica por área profissional, do treinamento de procedimentos e de uma educação continuada nos moldes do que Freire (2016) denomina educação bancária. As competências do preceptor, suas intervenções e seu processo de trabalho são de grande complexidade tanto no aporte teórico como na sua prática, já que ele é apontado como um dos responsáveis pela integração teórico-prática dos alunos nos campos do ensino e da saúde.

As demandas por mudanças no perfil dos profissionais de saúde, a desconstrução da dicotomia teoria-prática para a formação destes profissionais, bem como a concepção do SUS como um caminho a ser trilhado para a construção de práticas pedagógicas no exercício da preceptoria, apontam para a relevância do preceptor. Uma de suas habilidades seria a de “aprender fazendo”.

As semelhanças nos estudos apontados convergem para destacar a valorização e o reconhecimento dos preceptores, enfatizando a importância de considerar a profissionalização da profissão e de seu perfil “prático” (entretanto, não descolada de uma formação pedagógica). Essa formação tem como significação “um processo dialético de ensino-aprendizagem”.

Muitos dos conhecimentos produzidos acerca da preceptoria focam nas suas habilidades e competências, entretanto, pontua-se que a formação e a atuação dos preceptores não podem se desenvolver endogenamente e exclusivamente a partir

de sua intencionalidade, mas também a partir do entendimento e da centralidade da categoria trabalho, reconhecido em sua particularidade sócio-histórica. Entende-se que o trabalho e a formação do preceptor também são resultados das questões inerentes ao “mundo do trabalho” em nossa sociedade (capitalista).

Segundo a análise da literatura, a função de destaque dada aos preceptores é posta em xeque a partir do momento que vem à tona que esses profissionais sofrem de estresse e sobrecarga de trabalho. A possibilidade de ausência de formação e preparação/qualificação para o desempenho da função de preceptor e as adversidades do mundo do trabalho aliadas à inexistência de um plano de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar de preceptoria trazem a reflexão sobre a importância de formação em serviço e da educação permanente.

O estudo destaca a importância do preceptor e da educação permanente como uma ferramenta para a sua formação e seu trabalho, ao mesmo tempo em que demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas nos seus espaços de trabalho. Os preceptores são protagonistas na condução e construção da educação permanente e, nesse processo, fortalecem as instituições formadoras em seu compromisso social de construção de práticas de saúde comprometidas com a qualidade e exercício da cidadania e com a consolidação do SUS.

Pensar a relação entre o ensino e o trabalho no campo da saúde e no dia a dia dos preceptores nos remete à práxis proposta por Freire (2016), visando à transformação do que “já está posto” em seus *lócus* de atuação. Nas redes interdisciplinares de que se dispõe, a curiosidade faz-se necessária. Nestas, os preceptores poderão “agir com curiosidade”. Daí a relação de uma *práxis* que põe à tona as potencialidades dos protagonistas do ensino-aprendizagem, ou seja, os preceptores são protagonistas nesse processo e um não pode existir sem o outro.

A práxis não significa, então, apenas a “objetividade do trabalho”, mas também a sua subjetividade, a do homem, inserida nesta prática. Sendo assim, ela não transforma somente coisas, mas o próprio homem; é, por si só, transformadora. A práxis do preceptor envolve ensinar, e o ensino transforma. A realidade do ensino e da prática do preceptor é dinâmica e mutável. Ensinar exige a convicção de que a mudança é difícil, mas é possível. E é a partir desse saber fundamental que os preceptores poderão programar a sua ação político-pedagógica.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8ª ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2002.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005a. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005b. Institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 nov. 2005. Seção 1, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): MS, 2004.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

CARLSON, E.; BENGTSSON, M. Perceptions of preceptorship in clinical practice after completion of a continuous professional development course-a qualitative study Part II. BioMed Central Nursing, v. 14, n. 41, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521316/>. Acesso: 22 jan. 2019.

CORREA, G. T.; CARBONE, T. R. J.; ROSA, M. F. A. P. et al. Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica. Pro-Posições, v. 26, n. 3, p. 167-184, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v26n3/0103-7307-pp-26-03-0167.pdf>. Acesso: 22 jan. 2019.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. 54ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.

Texto & Contexto – Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso: 22 jan. 2019.

MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0586.pdf>. Acesso: 22 jan. 2019.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43731>. Acesso: 22 jan. 2019.

RODRIGUES, A. M. M.; FREITAS, C. H. A.; GUERREIRO, M. G. S. et al. Preceptoría na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 2, p. 106-112, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43946>. Acesso: 22 jan. 2019.

RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Competencies for Preceptorship in the Brazilian Health Care System. The Journal of Continuing Education in Nursing, v. 44, n. 11, p. 507-515, 2013.

ROSDOLSKY, R. Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx. Rio de Janeiro: EDUERJ: Contraponto, 2001.

SILVA, C. T.; TERRA, M. G.; CAMPONOGARA, S. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 2, p. 49-54, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00049.pdf. Acesso: 22 jan. 2019.

SILVA, C. T.; TERRA, M. G.; KRUSE, M. H. L. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 1, e2760014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>. Acesso: 22 jan. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acesso: 22 jan.

2019.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa é qualitativa, de natureza descritiva, que teve o materialismo histórico dialético como base e método de análise. Optou-se por esse método, pois auxilia a não só ver a aparência dos fenômenos, mas sua essência, permitindo maior aproximação com o objeto e dele extrair as categorias e suas diversas expressões; apreendê-lo num movimento histórico e dialético. Segundo Netto:

Para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se ‘aplicam’ a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito da pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para enquadrar o seu objeto de investigação (2009, p.16).

Não se analisou o que se pensava do trabalho do preceptor, mas objetivou-se trazer a tona a lógica e dinâmica reais, ou seja, a “reprodução ideal do seu movimento real” (NETTO, 2009, p. 6). E para operar esta reprodução, segundo Netto, Marx

[...] tratou de ser fiel ao objeto: é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações (p.16).

A contribuição da pesquisadora Minayo foi contemplada, permitindo assim, discutir as ações e reações dos preceptores e compreender o objeto de estudo a partir das perspectivas dos participantes, dos diferentes significados atribuído às experiências vividas pelos preceptores no contexto da REMU. E é na construção da prática de ensino junto aos residentes que se passa a compreender no cotidiano que a forma de se justificar em uma pesquisa é aquela que articula a relevância “acadêmica, intelectual e prática do objeto investigado à experiência do pesquisador” (MINAYO, 1998, p. 31).

Tratou-se a pesquisa como uma atividade cotidiana, um questionamento constante e crítico, um diálogo permanente com a realidade prática e teórica do objeto de estudo. Com a finalidade de viabilizar o desenvolvimento desta pesquisa,

foi importante o planejamento de três momentos que movimentaram as atividades e procedimentos investigativos e sistematizadores da mesma, como algo dinâmico e concomitante: análise bibliográfica e revisão de literatura, pesquisa de campo e sistematização dos dados.

Procedeu-se “com o cuidado de manter a indissociável conexão que existe em Marx entre elaboração teórica e formulação metodológica” (NETTO, 2009, p.17), já que as exposições e achados metodológicos da pesquisa foram trabalhados imbuídos do materialismo histórico-dialético (MHD),

Como um ponto de chegada e um ponto de partida. É um ponto de chegada, na medida em que resulta de todo o trato teórico anterior e, pois, contém uma adequação da posição (perspectiva) do pesquisador às exigências do objeto; é um ponto de partida, porque assinala um novo tratamento do objeto [...]. Este novo tratamento teórico, por sua vez, incide numa depuração ainda maior da formulação metodológica – e, ambos, tratamento teórico e formulação metodológica, que constituem uma unidade, sugerirão límpidos [...]. A indissociável conexão que mencionamos impede uma abordagem que, na obra de Marx, autonomize o método em face da teoria: não é possível, senão ao preço de uma adulteração do pensamento marxiano, analisar o método sem a necessária referência teórica e, igualmente, a teoria social de Marx torna-se ininteligível sem a consideração de seu método (NETTO, 2009, p.17).

Neste processo, os instrumentos e técnicas⁴ utilizados na pesquisa, desde a revisão e análise bibliográfica e de literatura, até a observação, a coleta de dados e sua discussão, foram meios de que se calçou a pesquisadora para “apoderar-se” do objeto, mas não são confundidos com o método. Para Marx, o objeto de pesquisa não depende somente do pesquisador para existir, já que é real e concreto. O objetivo do pesquisador, para além da aparência do fenômeno, da observação imediata e empírica é captar a sua essência. “Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2009, p. 5).

3.2 Cenário da pesquisa

⁴ O próprio Marx recorreu à utilização de distintas técnicas de pesquisa (hoje caracterizadas como análise bibliográfica e documental, análise textual, análise de conteúdo, observação sistemática e participante, entrevistas, instrumentos quantitativos etc.); conhece-se, inclusive, um minucioso questionário que elaborou, disponível em Thiollent (1986, In: Netto, 2009, p. 7)

O cenário da pesquisa se deu no âmbito da REMUS do HUAP/UFF, após a aprovação pelo Comitê de Ética e pesquisa (CEP), com início em agosto de 2017. Atualmente o HUAP é uma unidade acadêmica especial vinculada à UFF e se encontra inserido na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde da Região Metropolitana II, composta pelos municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim, atendendo uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes, à qual destina 100% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde. Desta forma, o HUAP é referência para a realização de procedimentos de média e alta complexidade, além de estar presente na formação, treinamento e qualificação de alunos de graduação e pós-graduação de diversos cursos desta Universidade e, portanto, envolvido no desenvolvimento de pesquisas, extensão, ensino e serviços de relevância acadêmica e social.

Nessa fase do estudo, houve uma dedicação à pesquisa no campo. Essa etapa foi percebida como um momento rico de nossa prática, de contato com o objeto pesquisado, de problematizar a rotina e construir novos conhecimentos, pois de acordo com Paulo Freire:

A prática [...] crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. O saber que a prática [...] espontânea ou quase espontânea [...] 'desarmada', indiscutivelmente produz é um saber ingênuo, um saber de experiência feito, a que falta rigorosidade metódica que caracteriza a *curiosidade epistemológica*⁵ do sujeito (2016, p. 39. Grifos nossos).

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os preceptores e preceptoras da equipe multiprofissional da REMUS pertencentes às seguintes categorias profissionais, que no momento da coleta de dados contava com o seguinte quantitativo⁶ aproximadamente:

a) Enfermagem: 30;

⁵ Para Freire (2016), ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, ou seja, a construção crítica da capacidade de pesquisar e aprender através do exercício crítico. De curiosidade ingênua do senso comum passamos para a metodicamente rigorosa.

⁶ Quantitativo fornecido oralmente e informalmente pela Coordenação do PRMS

- b) Educação Física: 02;
- c) Farmácia: 05;
- d) Nutrição: 12;
- e) Serviço Social: 14.

A amostragem de em média de três preceptores por área profissional foi razoável para contemplar o conteúdo das entrevistas e os objetivos da pesquisa, e também quando foi percebido um natural esgotamento das ideias expressadas, totalizando um total de 12 profissionais:

- a) Enfermagem: 03;
- b) Farmácia: 03;
- c) Nutrição: 03;
- d) Serviço Social: 03.

3.3.1 Limitações da pesquisa

Ressalta-se que não foi possível levantar a listagem oficial dos preceptores atuantes na REMUS/HUAP pelo fato do Programa de Residência, segundo sua atual gestão, estar em fase de reestruturação e alegar não dispor desse controle.

Outra limitação no trajeto percorrido foi a impossibilidade de identificar comparativamente as visões que os profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Serviço Social possuem da sua atuação como preceptores. Este foi um dos objetivos específicos inicialmente propostos, cuja concretização não foi possível. A justificativa é que a identificação da categoria profissional nas falas poderia acarretar na exposição da identidade dos profissionais, não preservando o anonimato, pois alguns setores e programas possuem somente um preceptor de cada área em atuação.

Já na abordagem aos enfermeiros, solicitando a disponibilidade para a entrevista, mesmo com o quantitativo significativo de 30 profissionais, optou-se também pela amostragem de 03 preceptores, devido à dificuldade de muitos em se

reconhecerem como preceptores. Segundo os mesmos, eram incluídos apenas nominalmente em escalas, e estavam disponíveis como supervisor de alunos – muitos desses graduandos e não residentes - conforme determinação de suas chefias.

Por fim, chama-se a atenção que, inicialmente, preveu-se uma amostragem total de 15 preceptores, incluindo os profissionais de Educação Física, porém, não foi possível entrevistá-los, devido ao fato de, no momento da coleta de dados, não haver preceptor desta categoria atuando no hospital, o que fugiria aos critérios elencados na pesquisa. Especificamente com relação aos profissionais da Educação Física, fomos informados pela tutoria de que estavam alocados nos Programas de Atenção Básica que possuem convênio com a REMUS/HUAP/UFF.

3.3.2 Critérios de Elegibilidade

Os critérios de inclusão foram os preceptores pertencentes às categorias profissionais que estivessem em pleno exercício de atuação dentro do HUAP/UFF, no período da coleta de dados com anuência em participar da pesquisa. Optou-se pelos preceptores com maior experiência e antiguidade na função (acima de 05 anos), por acreditar que tenham um quantitativo maior de informações e que possam ser comparativas ao longo da existência da REMUS no HUAP. Outro fator inclusivo e preponderante elencado na pesquisa, e que envolve a interdisciplinaridade e as diretrizes da PNEPS, será a opção pelos preceptores que trabalhem com outros de categorias diferentes.

Foram excluídos os profissionais que não concordaram em participar da pesquisa e que estivessem em gozo de férias ou licença no período da coleta de dados. Não realizamos entrevistas com os preceptores que atuam fora do âmbito do hospital, como por exemplo, na Atenção Básica, já que nosso estudo e pesquisa se deram no âmbito do HUAP.

3.4 Aspectos ético-legais

Quanto aos aspectos ético-legais, foram consideradas a resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para pesquisa com seres humanos, e a resolução 510/16 do mesmo Conselho, que define os direitos dos participantes.

Quanto aos riscos da pesquisa seriam possíveis estranhamentos e constrangimentos durante a entrevista, pelo fato de abordar algumas rotinas e formas de trabalho que se contrapõem ao exercício da preceptoria de fato interdisciplinar e dentro da perspectiva da EP. Estes riscos foram minimizados pelo fato da participação ser voluntária, o que facultou aos profissionais permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, o que não lhes traria prejuízo algum em sua relação com o pesquisador, com seus pares ou com a instituição envolvida. Ainda lhes foi garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta que ocasionasse constrangimento de qualquer natureza, mantendo o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

As entrevistas foram registradas por meio de um gravador e transcritas na íntegra. As respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento foram divulgados nomes, em qualquer fase do estudo, e não foram publicados dados ou informações que possibilitassem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio científico (eventos e periódicos) preservando o anonimato.

Os benefícios relacionados à participação foram o de aumentar a troca de conhecimentos e refletir sobre o trabalho como preceptor, proporcionando a melhoria nos atendimentos e o compromisso social enquanto trabalhador na instituição, além do comprometimento da pesquisadora em socializar os resultados coletivos da pesquisa futuramente.

Sendo assim, os participantes receberam o convite e, por meio do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), foram orientados a respeito dos objetivos, riscos, benefícios e resultados da pesquisa, concordando ou não em

participar (Apêndice A). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em março de 2018, através do parecer nº 2.544.095 e CAAE 82844417.8.0000.5243 e incluída na Plataforma Brasil.

3.5 Técnica e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada nos segundo semestre do curso, conforme cronograma de execução da pesquisa.

3.5.1 Entrevista

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas (Apêndice 1), pois, de acordo com Minayo (1998), este tipo de entrevista objetiva apreender a fala dos sujeitos, remetendo aos objetivos da pesquisa, e configurando-se em uma “conversa” com suficiente abertura para aprofundar a comunicação.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos preceptores nos meses de maio e junho de 2018. A partir de autorização e resguardado o sigilo dos participantes, foi utilizado um gravador e as falas foram posteriormente transcritas, na íntegra, culminando na última etapa da pesquisa: a análise de conteúdo e apresentação, análise e discussão dos resultados.

3.5.2 Tratamento e análise dos dados:

Foram realizadas a sistematização e análise dos dados coletados das falas dos preceptores e, fazendo uma ponte com a produção teórica pesquisada, discorreu-se sobre o tema escolhido para a pesquisa, através da técnica da Análise de Conteúdo. Esta é uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa

qualitativa e está calcado na proposta da professora da Universidade de Paris, Laurence Bardin.

Segundo Bardin, o termo análise de conteúdo quer dizer:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (1977, p. 42).

Foram utilizadas no material (entrevistas com os preceptores) as três fases fundamentais da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 1977).

Na pré-análise organizou-se o material (a transcrição das entrevistas) a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Lançou-se mão da leitura “flutuante”, ou seja, o estabelecimento do contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o seu texto. Procedeu-se ao primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, à escolha deles, à formulação dos objetivos, à elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. (BARDIN, 1977). Optou-se pelas regras de exaustividade, esgotando a totalidade das falas transcritas, sem omitir nada, e de pertinência, recortando os trechos para posteriormente serem analisados de acordo com o tema e os objetivos da pesquisa.

Após a leitura flutuante foram demarcados os trechos, ao longo do material, das respostas referentes às perguntas das entrevistas, utilizando-se uma cor para cada uma delas, a saber:

- a) “O que é ser preceptor para você?” (amarelo);
- b) “Como se dá o exercício da preceptoria?” (verde);

c) “Descreva como se dá o trabalho conjunto da equipe no seu campo de trabalho em relação à REMUS. Existem atividades em que os preceptores de todas as profissões participam? Se sim, quais?” (azul);

d) Comente sobre a diretriz da interdisciplinaridade e como ela se aplica no seu cotidiano do seu trabalho de preceptor.” (rosa);

e) “Você já participou de alguma atividade ou formação para exercer a preceptoria? Como foi preparado para essa função? Se sente capacitado?” (vermelho).

Após a assinalação dos trechos, passou-se a elaboração de indicadores que orientaram a interpretação e a preparação formal do material, organizando-se estes indicadores em temas que se repetiram com muita frequência e foram recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 1977, p.42).

Na fase de exploração do material, a segunda fase, trabalhou-se o material escolhendo as unidades de codificação (definição de categorias) e as unidades de registro (trechos, palavras), realizando a contagem da frequência de aparecimento nos discursos, chegando às unidades de significação (formadas pelo agrupamento temático das unidades de registro conforme o contexto/significado e semelhança).

A etapa seguinte consistiu na formação das categorias temáticas (iniciais e finais) de acordo com frequência obtida nas unidades de significação extraída das unidades de registro (contexto das falas) e com o aporte da fundamentação teórica acumulada. Num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias foram se tornando mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo. A exploração do material consistiu numa etapa importante porque possibilitou a riqueza de interpretações e inferência, sendo a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpo do material coletado submetido a uma análise aprofundada, guiado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 1977).

A terceira fase do processo de análise de conteúdo diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa foi destinada inicialmente à ordenação e à condensação dos resultados⁷, dando-se destaque às informações para análise. De acordo com Bardin (1977), calcado nos resultados brutos, o

⁷ Conforme disponibilizado nos Quadro 2 a 16. Ressalta-se que os preceptores foram denominados com a letra “P”, mantendo-se dessa forma o anonimato.

pesquisador precisa torná-los significativos e válidos. “Esta interpretação vai além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido” (CÂMARA, 2013, p. 188). É o momento da análise reflexiva, crítica e da discussão dos resultados conforme fundamentação teórica, inclusive para a formação dos eixos temáticos.

A partir da leitura dos dados coletados, emergiram as seguintes categorias temáticas, objetos da vivência do preceptor na REMUS:

- a) “O papel do preceptor: facilitador, orientador ou supervisor?”;
- b) “Formação do preceptor”;
- c) “Trabalho do preceptor”;
- d) “O processo de trabalho na REMUS”;
- e) “Trabalho em equipe, interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade: complexidade no campo da REMUS”;
- f) “Educação Continuada é uma coisa e Permanente é outra”.

Finda a sistematização do conteúdo, analisou-se e discutiram-se os resultados encontrados tecendo uma relação direta com a vivência da pesquisadora no campo, com a revisão bibliográfica e de literatura da pesquisa, balizadas nos referenciais político-pedagógicos (Freire e Marx).

4 RESULTADOS

Com os resultados deste estudo, pretende-se responder aos objetivos propostos e, ao final, concluir a análise sobre a formação e o trabalho do preceptor na REMUS do HUAP/UFF.

4.1 Caracterização dos participantes⁸

Quadro 1: Caracterização dos participantes

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO NO HUAP (ANOS)	TEMPO COMO PRECEPTOR (ANOS)
P1	58	F	Mestrado	26	08
P2	37	F	Especialização	14	08
P3	41	F	Mestrado	13	08
P4	35	F	Mestrado	12	08
P5	59	M	Especialização	30	08
P6	37	F	Mestrado	15	08
P7	60	F	Especialização	38	08
P8	58	F	Especialização	32	08
P9	43	F	Especialização	15	08
P10	44	F	Doutorado	05	05
P11	64	M	Especialização	39	08
P12	39	M	Mestrado	06	06
TOTAL: 12					

Fonte: elaboração própria

⁸ Quadro baseado no Roteiro de entrevistas com os preceptores.

Conforme o quadro acima, a pesquisa contou com 12 preceptores dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional da Residência do HUAP/UFF. Os resultados estão apresentados de forma descritiva considerando as variáveis levantadas: faixa etária, sexo, titulação de formação, tempo de serviço na instituição e na função de preceptor.

A faixa etária dos participantes da pesquisa variou de 35 a 64 anos, revelando um perfil de “meia-idade” (07 preceptores) com reduzida participação das idades extremas (muito jovens ou idosos acima dos 60 anos).

Dos 12 preceptores, 09 são do sexo feminino contra 03 do sexo masculino, evidenciando intensa feminização dos profissionais da REMUS, similar a que ocorre no âmbito da saúde em geral. Um dos traços estruturais dos serviços de saúde é a preponderância da força de trabalho feminina, principalmente as que envolvem o cuidado. Pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)⁹, focando nas discussões sobre o percentual de trabalhadoras da área da saúde, apresentam como resultados a “feminização” no setor de Saúde no Brasil. A participação das mulheres chega a quase 70% do total, sendo que 62% dessa força de trabalho é de categorias de nível superior. Como exemplo, a categoria de nutricionistas correspondendo a 95% dos profissionais. Esses dados levam a pensar a cultura de atribuir somente a mulheres o cuidado aos outros na sociedade, o que leva muitas a procurarem profissionalização na área da saúde. Mesmo sem aprofundamento neste estudo, é possível evidenciar no mundo do trabalho níveis de remuneração mais baixa comparando homens e mulheres e no mesmo nível de ocupação e em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. Outro fator é que a sobrecarga de trabalho não ocorre nos mesmos índices para homens e mulheres, lembrando que a maioria das mulheres acumula historicamente funções como trabalhadora, mãe e dona de casa. Tais questões são relevantes e merecem um estudo mais aprofundado.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição e como preceptor, teve-se como achado importante o fato de que todos eles ingressaram nessa função a partir da criação da REMUS no hospital, em 2010. Atendendo a um dos critérios de elegibilidade da pesquisa, todos possuem mais de 05 anos de serviços prestados no

⁹ <https://setorsaudefio.org.br/a-feminizacao-da-forca-de-trabalho-da-saude-no-brasil/>

HUAP e, conseqüentemente, como maior experiência e antiguidade na função, tendo um quantitativo maior de informações que pudessem ser comparativas ao longo da existência da Residência.

Por fim, sobre a formação dos preceptores, os dados estão de acordo com a Resolução da CNRMS, que estabelece como requisito mínimo para um profissional ser preceptor a certificação de especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência: 06 preceptores com Especialização, 05 com mestrado e 01 com doutorado.

4.2 Resultados da Análise de Conteúdo

A análise das transcrições das falas permitiu identificar a partir da pergunta “O que é ser preceptor para você?” 32 unidades de registro (Quadro 2):

Quadro 2: Unidades de Registro – Questão 1

QUESTÃO 1: “O QUE É SER PRECEPTOR PARA VOCÊ?”			
UNIDADES DE REGISTRO	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL(%)	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Um facilitador da residência	1	3,125%	Facilitador
Facilitador do processo de trabalho na residência	1	3,125%	
Um orientador	1	3,125%	Orientador
Orientação	3	9,375%	
Orientar	2	6,25%	
Orienta quanto à rotina	1	3,125%	
Orientador de trabalho	1	3,125%	
Acompanhar residentes	3	9,375%	Acompanhamento de residentes
Acompanhamento de residentes	1	3,125%	

Receber aluno, residente	2	6,25%	Receber residentes
Receber residentes	1	3,125%	
Processo educativo em saúde	1	3,125%	Educação
Educação em saúde	1	3,125%	
Ter conhecimento	1	3,125%	Conhecimento teórico
Ajudar no conhecimento	1	3,125%	
Ter referencial teórico	1	3,125%	
Traduzir a teoria	1	3,125%	
Trazer conteúdo teórico	1	3,125%	
Ter formação	3	9,375%	Ter formação
Ser formador	3	9,375%	
Eu nunca tive formação para ser preceptor	1	3,125%	
Dificuldade de formação para atuar na preceptoria	1	3,125%	
TOTAL	32	100%	TOTAL

Fonte: elaboração própria

As unidades foram agrupadas nas seguintes categorias temáticas iniciais (quadro 3): facilitador do processo de trabalho (6,25%), orientador (25%), supervisor de residentes (21,87%), Educação em saúde (6,25%), teoria (15,62%) e formação (25%).

Quadro 3: Categorias iniciais - Questão 1

QUESTÃO 1: "O QUE É SER PRECEPTOR PARA VOCÊ?"			
UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL(%)

Facilitador	Facilitador do processo de trabalho	2	6,25%
Orientador	Orientador	8	25%
Acompanhamento de residentes	Supervisor de residentes	7	21,87%
Receber residentes			
Educação	Educação	2	6,25%
Conhecimento teórico	Teoria	5	15,62%
Ter formação	Formação	8	25%
TOTAL	6	32	100%

Fonte: elaboração própria

As categorias iniciais foram agrupadas conforme o tema para formarem as categorias finais (quadro 4).

Quadro 4: Categorias finais – Questão 1

QUESTÃO 1: “O QUE É SER PRECEPTOR PARA VOCÊ?”			
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS FINAIS	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Facilitador do processo de trabalho	PAPEL DO PRECEPTOR	17	53,12%
Orientador			
Supervisor de residentes			
Educação	FORMAÇÃO DO PRECEPTOR	15	46,87%
Teoria			
Formação			
TOTAL	2	32	100%

Fonte: elaboração própria

No agrupamento final formaram-se 02 categorias (quadro 4): papel do preceptor (53,12%) e formação do preceptor (46,87%).

Categoria 1: O papel do preceptor: facilitador, orientador ou supervisor?

Categoria 2: Formação do preceptor

A análise das transcrições das falas permitiu identificar a partir da pergunta “Como se dá o exercício da preceptoria no seu dia-a-dia?” 47 unidades de registro (quadro 05):

Quadro 5: Unidades de registro – Questão 2

QUESTÃO 2: COMO SE DÁ O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA NO SEU DIA-A-DIA ?			
UNIDADES DE REGISTRO	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Ensinar técnicas	3	6,38%	Técnicas
Técnicas	2	4,25%	
Ver procedimentos e exames	1	2,12%	Procedimentos
São procedimentos	1	2,12%	
Fazer os procedimentos	1	2,12%	
É passar a visita nos pacientes	1	2,12%	
Caracterização da clientela e dos atendimentos	1	2,12%	
Fazer a consulta de rotina	1	2,12%	Rotinas
A preceptoria se dá no dia-a-dia	1	2,12%	
É viver o dia-a-dia na enfermaria	1	2,12%	

Um passo a passo daquilo que está estabelecido na nossa rotina	1	2,12%	
Há resistência entre os profissionais para mudanças na rotina	1	2,12%	
Desenvolvo atividades	2	4,25%	
Ajudar e colaborar nas atividades diárias	1	2,12%	Atividades
Atividades práticas	1	2,12%	
Desenvolver habilidades	2	4,25%	
Ter Habilidades	1	2,12%	Habilidades
A única questão foi a vontade ou não de ser preceptor	1	2,12%	
Ensinar conhecimentos específicos da profissão	1	2,12%	
É o conhecimento nessa relação	1	2,12%	Conhecimento específico
Prática	3	6,38%	
Profissional da prática	1	2,12%	Prática
Prática profissional	1	2,12%	
É referência para a prática	1	2,12%	
É o trabalho na prática	1	2,12%	
É uma troca entre a teoria e a prática, onde se faz a práxis	1	2,12%	
Faltam condições de trabalho	1	2,12%	Condições de trabalho
As condições de trabalho não são boas	1	2,12%	
Não temos sala, reuniões e computador	1	2,12%	

Não somos consultados para nada	1	2,12%	
A rotina é muito estafante, é muito pesada, é cansativo, tem uma demanda mil vezes maior	1	2,12%	Sobrecarga de trabalho
Como trabalhadora, eu me sinto às vezes prejudicada com a quantidade de aposentadorias que teve	1	2,12%	
Eu tenho que acumular o meu trabalho, o trabalho de uma colega que saiu, e mais a preceptoria. E aí eu vejo que realmente está sobrecarregado	1	2,12%	
Não tenho carga horária só para a preceptoria	1	2,12%	Liberação de carga horária
Essa questão da carga horária eu acho negativo	1	2,12%	
Eu acho que deveria ter uma carga horária para eu estudar, ler, refletir	1	2,12%	
Não temos remuneração para exercer a preceptoria	1	2,12%	Remuneração
Não tem remuneração	1	2,12%	
Valorização do preceptor né que a gente não tem nenhuma	1	2,12%	Valorização do preceptor
Não somos valorizados	1	2,12%	
Total	47	100%	12

Fonte: elaboração própria

As unidades foram agrupadas nas seguintes categorias temáticas iniciais (quadro 06): processo de trabalho (53,19), prática (17,02), condições de trabalho (14,89%), Incentivos ao preceptor (14,89%).

Quadro 6: Categorias iniciais - Questão 2

QUESTÃO 2: COMO SE DÁ O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA NO SEU DIA-A-DIA?

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Técnicas	Processo de trabalho	25	53,19%
Procedimentos			
Rotinas			
Atividades			
Habilidades			
Conhecimento específico			
Prática	Prática	8	17,02%
Condições de trabalho	Condições de trabalho	7	14,89%
Sobrecarga de trabalho			
Liberação de carga horária	Incentivos ao Preceptor	7	14,89%
Remuneração			
Valorização do preceptor			
TOTAL	04	47	100%

Fonte: elaboração própria

As categorias iniciais foram agrupadas conforme o tema e formou-se 01 categoria final (quadro 07):

Quadro 7: Categoria final – Questão 2

QUESTÃO 2: COMO SE DÁ O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA NO SEU DIA-A-DIA?			
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIA FINAL	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Processo de trabalho	TRABALHO DO PRECEPTOR	47	100%
Prática			
Condições de trabalho			
Incentivos ao Preceptor			
TOTAL	01	47	100%

Fonte: elaboração própria

No agrupamento final formou-se 01 categoria final (quadro 7): trabalho do preceptor (100%)

Categoria 3: Trabalho do preceptor

A análise das transcrições das falas permitiu identificar a partir das perguntas “Descreva como se dá o trabalho conjunto da equipe no seu campo de trabalho em relação à REMUS? Existem atividades em que os preceptores de todas as profissões participam? Se sim, quais?” 22 unidades de registro (Quadro 08):

Quadro 8: Unidades de Registro – Questão 3

QUESTÃO 3: DESCREVA COMO SE DÁ O TRABALHO CONJUNTO DA EQUIPE NO SEU CAMPO DE TRABALHO EM RELAÇÃO À REMUS? EXISTEM ATIVIDADES EM QUE OS PRECEPTORES DE TODAS AS PROFISSÕES PARTICIPAM? SE SIM, QUAIS?			
UNIDADES DE REGISTRO	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
- Observar algumas posturas ou colocações que o residente tem dentro Residência 1	1	4,54%	Postura Residência
Essa interface (atividades) ela não tem nenhuma relação com a Residência	1	4,54%	Atividades na Residência

Mesmo sendo uma residência, eu acho que é uma coisa muito mais desagregada, o nosso fazer com os residentes.	1	4,54%	
- Mesmo fazendo parte da Residência, na verdade isso (trabalho em equipe) devia ser incorporado antes da Residência com os alunos	1	4,54%	Trabalho em equipe na Residência
- Eu converso com os residentes sobre a Residência Multiprofissional (REMU)	1	4,54%	Conversar com residentes sobre a REMU
- A relação com o usuário fica melhor com a REMU	1	4,54%	Relação com o Usuário na REMU
- Os atendimentos são separadamente e os encaminhamentos que concernem aos outros profissionais da REMU, a gente tem um protocolo para fazer.	1	4,54%	Atendimentos na REMU
Estamos muito embrionários em relação à Residência Multiprofissional em Saúde (REMUS) pelo SUS	1	4,54%	Entender a REMUS
Então eu tento inserir o residente tentando entender essa complexidade da REMUS	1	4,54%	
Mostrar o quê que eles (residentes) conseguem enxergar daquilo da prática deles na REMUS	1	4,54%	Prática na REMUS
Trabalhar a prática na REMUS	1	4,54%	
- Hoje em dia já tem o atendimento na REMUS, mas cada um atendendo separadamente	1	4,54%	Multiprofissionalidade na REMUS
Falta multiprofissionalidade na REMUS	1	4,54%	
Não existe um trabalho em conjunto na REMUS	1	4,54%	
Isso não acontece. Não existe nenhuma atividade dos preceptores juntos, nem em nível de reunião. Na REMUS não.	1	4,54%	
A gente fica junto ao residente no campo da residência Acompanhar o residente no dia-a-dia na residência	1	4,54%	O residente no campo da residência
Apresentar o campo da residência ao residente	1	4,54%	Ambientar no campo da residência
Apresentar a prática em serviço ao residente	2	9,09%	
Se dá com uma troca entre o profissional de área e o residente	1	4,54%	Relação de troca com o Residente
É aprender com os residentes	1	4,54%	

Nunca presenciei. Todas às vezes que eu estive com residente, foi eu e meu residente na residência	1	4,54%	
TOTAL	22	100%	12

Fonte: elaboração própria

As unidades foram agrupadas nas seguintes categorias temáticas iniciais (quadro 09): Competências na Residência (18,18%), REMU e usuários (13,63%), processo de trabalho na RMUS (36,36%), relações no campo da residência (31,81%).

Quadro 9: Categorias iniciais – Questão 3

QUESTÃO 3: DESCREVA COMO SE DÁ O TRABALHO CONJUNTO DA EQUIPE NO SEU CAMPO DE TRABALHO EM RELAÇÃO À REMUS? EXISTEM ATIVIDADES EM QUE OS PRECEPTORES DE TODAS AS PROFISSÕES PARTICIPAM? SE SIM, QUAIS?			
UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Postura Residência	Competências na Residência	4	18,18%
Atividades na Residência			
Trabalho em equipe na Residência			
Conversar com residentes sobre atendimentos na REMU	REMU e usuários	3	13,63%
Relação com o Usuário na REMU			
Atendimentos aos usuários na REMU			
Entender a REMUS	Processo de trabalho na REMUS	8	36,36%
Prática na REMUS			
Multiprofissionalidade na REMUS			
O residente no campo da residência	Relações no campo da residência	7	31,81%

Ambientar no campo da residência			
Relação de troca com o residente			
TOTAL 12	4	22	100%

Fonte: elaboração própria

As categorias iniciais foram agrupadas conforme o tema e formou-se 01 categoria final (quadro 10):

Quadro 10: Categoria final - Questão 3

QUESTÃO 3: DESCREVA COMO SE DÁ O TRABALHO CONJUNTO DA EQUIPE NO SEU CAMPO DE TRABALHO EM RELAÇÃO À REMUS? EXISTEM ATIVIDADES EM QUE OS PRECEPTORES DE TODAS AS PROFISSÕES PARTICIPAM? SE SIM, QUAIS?			
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIA FINAL	FREQUENCIA(N)	PERCENTUAL(%)
Competências na residência	Processo de trabalho na REMUS	22	100%
REMU e usuários			
Processo de trabalho na REMUS			
Relações no campo da residência			
TOTAL 4	1	22	100%

Fonte: elaboração própria

No agrupamento final formou-se 01 categoria final (quadro 10): processo de trabalho na REMUS (100%).

Categoria 4: O processo de trabalho na REMUS

A análise das transcrições das falas permitiu identificar a partir da pergunta “Comente sobre a diretriz da interdisciplinaridade e como ela se aplica no seu cotidiano de trabalho” 38 unidades de registro (Quadro 11):

Quadro 11: Unidades de Registro – Questão 4

QUESTÃO 4: COMENTE A DIRETRIZ DA INTERDISCIPLINARIDADE E COMO ELA SE APLICA NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO			
UNIDADES DE REGISTRO	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Eu vejo isso [interdisciplinaridade], só quando a gente participa de algum <i>round</i>	1	2,63%	Participação em round
Há na verdade. E esse <i>round</i> ainda existe	1	2,63%	
Mas é um outro problema [interdisciplinaridade] que a gente também não participa na REMUS	1	2,63%	
- A gente tem o round medico, que a residência multiprofissional não inclui	1	2,63%	Round médico
Em grande parte, sim. a gente tem uma boa relação com todas áreas. A gente tem o <i>round</i> diário da equipe médica	1	2,63%	
Eu acho que não, acho que cada um vê o seu próprio interesse. O medico só ve o interesse do paciente, que é a prescrição médica, eles passam <i>rounds</i> todos os dias	1	2,63%	
- Esse trabalho conjunto de equipe é só no <i>round</i>	1	2,63%	Round multiprofissional
Tem esse trabalho integrado com todas as áreas profissionais, porque nós temos <i>rounds</i>	1	2,63%	
Faz falta a gente participar de <i>round</i> , em relação á residência não tem muita interação realmente	1	2,63%	
- Eu não posso dizer que é um trabalho efetivamente interdisciplinar, mas existe uma tentativa de pelo menos discutir os casos	1	2,63%	Discussão de casos
Vejo não, só quando vai atender um determinado caso. A interface acontece lá.	1	2,63%	
É impossível você querer [tom irônico] discutir caso – lógico, a gente vê situações assim e vai trabalhando	1	2,63%	

- Eu consigo uma interlocução se eu procurar o profissional para tentar esclarecer, ou ajudar, ou tirar alguma dúvida	1	2,63%	Interlocução profissional
Não acontece na prática, essa troca entre os preceptores das diversas áreas profissionais	1	2,63%	
Há uma conversa entre todos os profissionais a gente ainda consegue manter um certo <i>link</i> .	1	2,63%	
Eu não vejo. E aqui no trabalho em si, eu não vejo as profissões trocando	1	2,63%	
- Não. Uma coisa muito falha ainda. acho que fica todo mundo no seu canto ainda, cada um no seu quadrado	1	2,63%	Uniprofissional
Agora, a medicina é totalmente dissociada do grupo	1	2,63%	
Quando a gente é preceptor aqui a gente tem a, a gente fica meio que isolado como residente	1	2,63%	
Os preceptores eu acho que eles não caminham juntos, ela já é desvinculada, um profissional do outro, muito por sinal	1	2,63%	
Hoje em dia não existem atividades que os preceptores fiquem juntos	1	2,63%	
Parece que é uniprofissional. Na residência multiprofissional não tem uma coisa estabelecida e é cada um no seu pedaço	1	2,63%	
Não vejo trabalho interprofissional não	1	2,63%	Interprofissional
Então, não tem interprofissionalidade	1	2,63%	
É multiprofissional só no nome mesmo	1	2,63%	Multiprofissional
Como é multiprofissional, esbarra um pouco no trabalho de um outro profissional	1	2,63%	
Eu não sei como é isso [diretriz da interdisciplinaridade]	1	2,63%	Não ter interdisciplinaridade
Mas as vezes cada um na sua rotina fica tão imerso, enrolado na sua rotina, que não tem tempo para fazer a interdisciplinaridade	1	2,63%	
Eu sinto a falta do reconhecimento dessa interdisciplinaridade no próprio objetivo da residência multiprofissional	1	2,63%	
A interdisciplinaridade não fica clara para mim	1	2,63%	
É que precisa ser amarrado a questão da interdisciplinaridade entre os preceptores	1	2,63%	

A gente acaba tendo o residente como uma pessoa pra ajudar na discussão interdisciplinar	1	2,63%	
A interdisciplinaridade não é reconhecida formalmente, isso é uma construção informal, no cotidiano	1	2,63%	
Infelizmente não. Ainda tem a residência, que é uma que também não tem a interdisciplinaridade	1	2,63%	
Nós temos dificuldades de trabalhar a interdisciplinaridade	1	2,63%	
Porque para o SUS não é um princípio, mas é algo [interdisciplinaridade] que existe dentro do próprio SUS	1	2,63%	
Isso é um grande erro porque a gente tá falando de uma residência que é uma proposta multidisciplinar	1	2,63%	Proposta multidisciplinar
Na prática não existe ação multidisciplinar	1	2,63%	
TOTAL	38	100%	10

Fonte: elaboração própria

As unidades foram agrupadas nas seguintes categorias temáticas iniciais (quadro 12): atividades em equipe (31,57%), Interprofissionalidade (36,84%), Interdisciplinaridade (26,31%) e multidisciplinaridade (5,26%).

Quadro 12: Categorias iniciais – Questão 4

QUESTÃO 4: COMENTE SOBRE A DIRETRIZ DO SUS DA INTERDISCIPLINARIDADE E COMO ELA SE APLICA NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO?			
UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Participação em <i>round</i>	Atividades em equipe	12	31,57%
<i>Round</i> médico			
<i>Round</i> multiprofissional			
Discussão de casos			

Interlocução profissional	Interprofissionalidade	14	36,84%
Uniprofissional			
Interprofissional			
Multiprofissional			
Não ter interdisciplinaridade	Interdisciplinaridade	10	26,31%
Proposta multidisciplinar	Muldisciplinaridade	2	5,26%
TOTAL: 10	04	38	100%

Fonte: elaboração própria

As categorias iniciais foram agrupadas conforme o tema e formou-se 01 categoria final (quadro 13):

Quadro 13: Categoria final – Questão 4

QUESTÃO 4: COMENTE SOBRE A DIRETRIZ DO SUS DA INTERDISCIPLINARIDADE E COMO ELA SE APLICA NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO?			
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIA FINAL	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Atividades em equipe	Trabalho em equipe, interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade: complexidade na REMUS	38	100%
Interprofissionalidade			
Interdisciplinaridade			
Muldisciplinaridade			
TOTAL: 04	01	38	100%

Fonte: elaboração própria

No agrupamento final formou-se 01 categoria final (quadro 13): Trabalho em equipe, interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade: complexidade na REMUS

Categoria 5: Trabalho em equipe, interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade: complexidade no campo da REMUS.

A análise das transcrições das falas permitiu identificar a partir da pergunta: "Você já participou de alguma atividade ou formação para exercer a preceptoria? Como foi preparado para essa função? Se sente capacitado?" 40 unidades de registro (Quadro 14):

Quadro 14: Unidades de Registro – Questão 5

QUESTÃO 5: VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE OU FORMAÇÃO PARA EXERCER A PRECEPTORIA? COMO FOI PREPARADO PARA ESSA FUNÇÃO? SE SENTE CAPACITADO?			
UNIDADES DE REGISTRO	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Não temos uma didática de ensino	2	5%	Didática de ensino
Não. Às vezes eu fico um pouco preocupada com a questão didática... até porque nós não somos professores	1	2,5%	
Eu por exemplo fiz alguns cursos, mas por vontade própria, não pela instituição	1	2,5%	Cursos
Quanto á atividade de preceptoria, eu acho que a gente precisaria de um <i>plus</i> , um algo a mais".	1	2,5%	
Não, eu não, particularmente, não. A gente teve até alguma tentativa de cursos que não foram adiante	1	2,5%	
Até hoje eu não fiz um curso formal de preceptor não, mas a gente acaba lendo e estudando por iniciativa própria.	1	2,5%	
Aqui no ambiente do HUAP nunca tive um curso não".	1	2,5%	
Já existiu um curso de preceptoria online, pelo menos que eu me lembre.	1	2,5%	
Precisa de mais preceptores com qualificação e capacitação	1	2,5%	

Falta de interesse dos preceptores em se capacitar	1	2,5%	
Há pouca informação que chega até você porque nós não somos treinados	1	2,5%	
Pelo menos uma capacitação a gente tinha que ter para que a gente caminhasse um pouco mais	1	2,5%	
Eu acho que a gente merecia uma capacitação pra exercer essa função	1	2,5%	
As coisas foram acontecendo de maneira, assim, concomitante, não houve esse preparo prévio, nem capacitação.	1	2,5%	
Eu acho que o Ensino tá na veia (...) a gente fala 'nossa, como eu preciso me capacitar'.	1	2,5%	
A gente faz, achando que está, mas eu acho que falta formação mesmo e capacitação contínua para ser preceptora.	1	2,5%	
90% dos profissionais que tem residentes, dos coordenadores que tem residentes, não têm formação e capacitação pra isso.	1	2,5%	
Vai fazendo de acordo com o que já faz, não têm a capacitação e nem têm um programa específico a ser seguido.	1	2,5%	
Eu só me sinto capacitada, porque eu gosto muito, por iniciativa minha.	1	2,5%	
you tem o direito de não querer ser preceptor, você não tem vocação e nem capacitação para isso.	1	2,5%	
Sim, duas vezes. Pela UERJ, uma parceria que eles fizeram com UFF, com outros hospitais, que teve uma capacitação, e também dentro do próprio hospital, feito pelo MEC, por videoconferência	1	2,5%	
Eu hj eu não me sinto capacitada. Eu não sei nem quais são as propostas	1	2,5%	
Atendemos residentes, a gente tinha que ter uma formação continuada	1	2,5%	
Nós não temos, não... nós não temos isso, entendeu, nem sempre a realidade te ajuda a se formar continuamente, de uma forma melhor	1	2,5%	Formação continuada
Agora a que foi dentro do hospital, e que foi até com o próprio MEC, foi mais de educação continuada e deixou mais a desejar... nem finalizou.	1	2,5%	

Acho que seria muito interessante se tivesse uma educação continuada né	1	2,5%	
A gente tem a comissão de educação continuada, então tem várias pessoas ali que também são preceptores. Não é para preceptoría especificamente	1	2,5%	
Não. Nunca. Nunca tive nenhuma orientação quanto a isso não, de educação permanente.	1	2,5%	Formação Permanente
É muito maior do que simplesmente ser preceptor de residência: é um conhecimento permanente para sua vida profissional, para enriquecimento como pessoa.	1	2,5%	
Pois é, eu sinto falta de uma formação permanente.	1	2,5%	
Eu no início, oh (...) eu fiz... eu fazia até aula aqui a gente tinha feito um curso nos Servidores, com o pessoal do INCA e nós, pra educação permanente de preceptores nessa área	1	2,5%	
Nós como preceptores deveríamos ter formação permanente, quer dizer, discussão, as diversas áreas	1	2,5%	
Tive um seminário que eu participei na residência multiprofissional. Foi quando ela começou a ser implantada. Mas não foi voltado para o preceptor, com os temas: Projeto Político Pedagógico; educação permanente na prática do preceptor....não	1	2,5%	
Não tem educação permanente. Não tem curso para a preceptoría	1	2,5%	
A primeira era nos moldes da educação permanente, essa que foi geral, que foi uma iniciativa dos hospitais universitários	1	2,5%	
Eu não tenho formação e nem preparo nenhum. Eu também não sei se a Educação Permanente do hospital tem algum trabalho....eu sei que tem a EP no hospital, pela Ebserh agora, mas não chega aqui na enfermaria	1	2,5%	
Uma coisa que eu acho importante é a educação permanente. E eu não vejo aqui no hospital. E eu acho importante. Eu acho que é fundamental. A gente tá num hospital escola. A gente tá formando pessoas	1	2,5%	

Sobre a educação permanente ...isso é uma discussão...ah....a EBSEH tá proporcionando isso aqui....curso de especialização em preceptoria...não não....educação continuada é uma coisa e permanente é outra	1	2,5%	
Acho que se tivesse um polo de educação permanente ou alguma atividade, porque educação permanente ela diferencia da continuada	1	2,5%	
	40	100%	05

Fonte: elaboração própria

As unidades foram agrupadas nas seguintes categorias temáticas iniciais (quadro 15): capacitação (57,50%), educação continuada (12,5%) e EP (30%).

Quadro 15: Categorias iniciais – Questão 5

QUESTÃO 5: VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE OU FORMAÇÃO PARA EXERCER A PRECEPTORIA? COMO FOI PREPARADO PARA ESSA FUNÇÃO? SE SENTE CAPACITADO?			
UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Didática de ensino	Capacitação	23	57,50%
Cursos			
Capacitação			
Formação continuada	Educação continuada	5	12,5%
Formação Permanente	Educação Permanente	12	30 %
TOTAL: 05	03	40	100%

Fonte: elaboração própria

As categorias iniciais foram agrupadas conforme o tema e formou-se 01 categoria final (quadro 16):

Quadro 16: Categoria final – Questão 5

QUESTÃO 5: VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE OU FORMAÇÃO PARA EXERCER A PRECEPTORIA? COMO FOI PREPARADO PARA ESSA FUNÇÃO? SE SENTE CAPACITADO?			
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIA FINAL	FREQUENCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Capacitação	EDUCAÇÃO PERMANENTE	40	100%
Educação continuada			
Educação Permanente			
03	01	40	100%

Fonte: elaboração própria

As categorias iniciais foram agrupadas conforme o tema e formou-se 01 categoria final (quadro 16):

Categoria 6: “Educação continuada é uma coisa e Permanente é outra”¹⁰

¹⁰ Fala de um dos preceptores entrevistados

5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise e discussão dos resultados são apresentadas tecendo uma relação com a vivência da pesquisadora no campo, as revisões bibliográficas e de literatura da pesquisa, balizadas nos referenciais político-pedagógicos. Imbuindo-se do movimento dialético, atentou-se para não apresentar a análise dos dados e sua discussão, resultantes das verbalizações produzidas pelos preceptores, de forma separada e distante da fundamentação teórica.

5.1 A análise e discussão das categorias emergidas a partir do conteúdo das falas dos preceptores: debatendo com os referenciais da literatura e político-pedagógicos:

C1: Papel do preceptor: facilitador, orientador ou supervisor?

Entre os papéis atribuídos ao preceptor, no dizer dos próprios, estão o de facilitador do processo de trabalho (6,25%), de orientador (25%) e supervisor de residentes (21,87%). Apesar das funções de facilitador, orientador e supervisor aparecerem claramente nas falas, como significado de preceptor, existe confusão entre essas atividades e imprecisão desses conceitos atribuídos à denominação de preceptor, tal como mencionam Botti e Rego (2008).

Dois entrevistados mencionaram que o preceptor é um facilitador, descrevendo-o como um profissional que está na prática de sua área profissional guiando o residente:

Preceptor é um facilitador do processo de ensino e aprendizagem. É um profissional que está na prática e que, de certa forma, participa de todo esse processo educativo do residente. (P1)

O preceptor é um facilitador, é um profissional responsável pela área profissional. É profissional de saúde responsável tanto pela área profissional quanto a área de atuação do residente em saúde da criança e do adolescente, mais especificamente. (P8)

Não encontramos na literatura pesquisada o significado explícito da palavra facilitador relacionado ao profissional preceptor, somente o mencionam quando descrevem as funções de tutor ou supervisor. Corroborando o que disse o P1, Botti e Rego esclarecem (2008, p. 371), em quadro contendo as principais diferenças entre as denominações de preceptor, supervisor, tutor e mentor, que guiar e ser facilitador do processo de ensino-aprendizagem, centrado no aluno, seria um dos principais papéis de um tutor. Citam também que em alguns artigos científicos o supervisor exerce o papel de “instrutor, facilitador” (p. 366).

Já as funções de supervisionar e orientar aparecem claramente nas legislações próprias do MEC e internas da REMUS do HUAP, trazendo a conceituação de preceptoria e as competências do preceptor. Porém, esse papel, as competências, suas intervenções e seu processo de trabalho não ficam bem definidos, mesmo nos documentos oficiais. Pelo Regimento da COREMUS/HUAP, baseado nas orientações do MEC, o preceptor é um dos responsáveis pela integração prático-teórica dos residentes: “[e]nsinará, supervisionará, orientará e conduzirá os mesmos no campo da prática¹¹.”

Nota-se a importância da supervisão de residentes nitidamente pela fala dos preceptores, com um percentual de 21,87% do total das respostas, exemplificada aqui por dois preceptores:

Eu acho que essa é uma pergunta até difícil de ser respondida, porque desde o início da residência multiprofissional a gente tem recebido residentes de enfermagem aqui no meu setor, mas a gente [eu, por exemplo,] não teve formação pra isso. Eu só supervisiono. (P4)

A meu ver, é você acompanhar um aluno, supervisionar um residente né, em todo período dele de curso, e tentar ajudar e colaborar com as atividades de área diárias e o conhecimento mesmo, né, que nós trazemos com a nossa bagagem de tempo de serviço. (P9)

Trazer “a bagagem de tempo de serviço” apontada pelo P9 vai ao encontro do que preconiza a legislação, já que ela exige para o exercício da preceptoria a experiência mínima de três anos na prática. Na REMUS do HUAP, preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora (UFF) ou executora (HUAP), com formação mínima de especialista e/ou experiência de no mínimo três anos na prática. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas

¹¹ Conforme Art. 14, Cap. II, da Resolução nº 2 de 13/04/2012 (MEC, 2012)

realizadas pelos residentes no serviço. Diferentemente do tutor e do docente, o preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática da respectiva área de concentração, como mencionou o P7 da área da SAMUCA:

O que é ser preceptor pra mim? Preceptoria envolve uma supervisão, um acompanhamento do residente, né, na minha visão, da prática profissional. No caso, na área de saúde da mulher, criança e adolescente. (P7)

Na entrevista, surgiu o questionamento de um profissional em relação à diferença entre as funções de preceptor e supervisor:

O que é ser preceptor? Eu me faço essa pergunta a todo o momento. Por que sou integralmente um preceptor. Aliás, eu atuo como supervisor de serviço, de residentes, eu vigio em tempo real. Até gostaria que você me explicasse a diferença entre ser preceptor e supervisor. (P5)

É importante apontar as diferenças de preceptor, facilitador, orientador e supervisor, não só com o objetivo de esclarecer suas funções, mas com o de perceber que muitos profissionais vêm atuando como preceptores e não se reconhecem como tal. Considera-se que o preceptor, para promover uma educação apoiada numa visão integral, teria o desafio de inserir em sua prática atividades de supervisão e orientação de alunos (AUTÔNOMO et al., 2015, p. 317). Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais no início da profissão em seus ambientes de trabalho. Dessa forma, melhora a sua própria atuação, a do residente e a dos usuários do serviço de saúde. Por isso, alguns autores (AUTÔNOMO et al., 2015; BOTTI; REGO, 2008 e 2011) consideram a supervisão um componente essencial.

Chamou a atenção, ao mencionar que é supervisor de serviço e de residentes, no dizer do P5, o fato de “vigiar em tempo real”. Percebe-se que tal fato traz um aspecto negativo ao papel de preceptor e é o que de fato ocorre em alguns casos nessa relação com o residente. Por isso, há aqueles que não veem a supervisão como um fator de desenvolvimento profissional e pessoal. Acreditam que é apenas uma imposição de superiores para vigiar, para verificar se a atividade está sendo desempenhada corretamente (BOTTI; REGO, 2008, p. 367). A própria origem da palavra preceptor, originada do latim *praecipio*, “mandar com império aos que lhe são inferiores”, traz um sentido autoritário.

Com 25%, “orientar os residentes”, no exercício da preceptoría, possui destaque:

Ser preceptor é poder orientar o aluno quanto à rotina, quanto ao entendimento dos exames, ensinar como manusear o prontuário, onde identificar os exames. (P2)

Ser preceptor é ser uma referência em relação às dúvidas, às orientações (...) ser um orientador de trabalho. É isso, basicamente. (P3)

Ser preceptor é poder orientar os residentes não só em relação às atividades funcionais do serviço né, mas também poder contribuir de alguma forma com algum referencial teórico que eles possam necessitar no seu desempenho como residente, principalmente se tratando de medicamentos né. (P11)

Acho que preceptor a gente dá uma orientação na prática dos alunos de residência, traçar objetivos aqui dentro (HUAP) e tentar que eles se incorporem na rotina da melhor maneira possível, isso com sentido de aprendizado daquele serviço, daquele setor para eles. (P12)

Nas falas dos preceptores acima, orientar envolve a relação direta com o aluno-residente quanto à rotina e procedimentos, “ser um orientador de trabalho, (...) é isso basicamente” (P3). Então,

orientar nas falas dos preceptores, parece muito com esse sentido empirista, de alguém, algo de fora ser capaz de mostrar o caminho, de guiar, pressupondo o indivíduo como uma tábula rasa, na qual o resultado de suas experiências são escritas” (BOTTI; REGO, 2011, p. 70).

A legislação referente à definição de preceptor/preceptoría traz em relevo as funções de supervisor e preceptor. De acordo com a Portaria nº 1.111/MS, de 05 de julho de 2005, Art. 6º, a preceptoría é considerada uma 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, 2005b).

Ainda pelo Regimento da REMUS/HUAP, foram apontadas essas competências, ressaltando além do trabalho com residentes, o acompanhamento nas atividades através de orientação:

- a) **Orientar** diretamente o trabalho dos Residentes, acompanhando-os nas atividades de campo;
- b) **Orientar** os Residentes, na solução dos problemas de natureza ética profissional, surgidos no exercício de suas atividades no curso, em estreito contato com o Supervisor Profissional específico;
- c) Participar das atividades designadas pelo Coordenador de Área;
- d) Colaborar com o Coordenador de Área e o Supervisor Profissional na organização e fiscalização das atividades programadas e desenvolvidas pelos Residentes vinculados ao curso.

Conclui-se, ao finalizar a discussão das categorias e subcategorias emergidas da pergunta enunciada aos entrevistados “o que é ser preceptor para você?”, que o preceptor é visto como um profissional de saúde que oferece treinamento nos ambientes de trabalho e atua como facilitador, supervisor e orientador de alunos de pós-graduação (residentes). Apesar de não estar explícito em todas as afirmações, de certa forma ele possui um duplo papel, atuando como profissional da assistência e, concomitantemente, exercendo o compromisso de facilitar, supervisionar, orientar e também conduzir o processo de ensino-aprendizagem, participando de um processo educativo, ou seja, ensina e educa, conforme o P1 bem traduziu: “Preceptor é um facilitador do processo de ensino e aprendizagem [...]. É um profissional que está na prática e que, de certa forma, participa de todo esse processo educativo do residente”. (P1)

A exemplo de nossa RIL, não foi possível apreender no conteúdo das falas, a rigor, os conceitos de preceptor e preceptoria, pois as descrições apontadas nos resultados das entrevistas trouxeram, preponderantemente, o significado e as expressões reais dessa prática e trabalho em *lócus* desses profissionais, indo de encontro ao estudo de Botti e Rego (2008), que “consideram a preceptoria como palavra sagrada no meio da saúde para designar a função do preceptor,

aparecendo inclusive na legislação, podendo ser entendida então como expressão de um conceito” (BOTTI; REGO, 2008, p. 365).

De acordo com a fala dos preceptores em tela e a revisão e o levantamento bibliográfico da pesquisa, corrobora-se a ideia de que existem diferentes funções para o preceptor, e entre as essenciais estão educar, orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que ajudem a melhorar a competência do graduando ou recém-graduado de se adaptar ao exercício da profissão (BOTTI; REGO, 2008).

Neste contexto, o preceptor é o profissional que *preceptora*¹² os residentes na REMUS, no cenário da prática, ensinando e formando enquanto exerce suas atividades cotidianas, devendo, com efeito, ser reconhecido como educador. A reflexão do preceptor como um educador surgirá nos conteúdos das falas da próxima categoria emergida, que teve como foco a formação do preceptor.

C2: Formação do Preceptor

Atingindo um percentual de 46,87%, a segunda categoria emergida na análise de conteúdo das entrevistas, foi a “formação do preceptor”. Como subcategorias, chegou-se ao resultado de 6,25% das falas para “educação”, 15,62% para “teoria” e 25% para “formação”.

Um dos grandes desafios para o sucesso das ações e da qualidade da preceptoria diz respeito à formação dos preceptores (25%). Na REMUS do HUAP não há exigência de formação docente para o exercício da preceptoria e, apesar da gama complexa de atividades dessa função, não existe nenhum tipo de qualificação ou capacitação para ela. Porém, a atividade de preceptoria exige dos profissionais,

¹² Apesar de não constar no dicionário e na norma culta da língua portuguesa, o termo *preceptorar* é comumente utilizado por alguns preceptores e residentes do HUAP/UFF, a exemplo do que apontam os preceptores de Pernambuco em seu estudo: “Talvez assim, debruçar-se sobre as mudanças necessárias a uma formação mais adequada dos residentes possa ser uma fonte de motivação para nossa indispensável função, *preceptorar*, que, no final, é antes de tudo uma questão de ser exemplo/modelo. Resta, portanto, que cada um ocupe os espaços institucionais de participação.” (ABEM, 2013, p. 84)

além das funções técnicas já existentes, a necessidade de formação pedagógica, conforme as afirmações dos entrevistados:

Porque a gente faz do nosso jeito, a gente não sabe se tá fazendo. Enquanto preceptora eu sinto falta de ser preparada, porque a gente não sabe se a gente tá no caminho certo. A gente faz, achando que está, mas eu acho que falta formação mesmo para ser preceptora. Pois é, eu sinto falta de uma formação. (P4)

Porque a enfermagem não é só técnica, especialmente em saúde da criança, a gente precisa desenvolver outras habilidades, a gente lida com famílias em diversas situações, [...] então a gente procura, na verdade, dar esse suporte a esse profissional, que já é um profissional formado, mas que está aqui em busca de um maior conhecimento específico na sua área de formação. Eu não sei se eu respondi certo porque eu nunca tive também uma formação para ser preceptora. (P8)

Ao abordar a análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica, Corrêa et al. (2015) referem que a preceptoria em saúde se desenvolve no ambiente de trabalho e de formação profissional, no momento do exercício clínico. Essa prática é conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não, com o objetivo de construir e transmitir conhecimentos relativos a cada área de atuação e da saúde como um todo, e de auxiliar na formação ética e moral dos alunos e residentes, estimulando-os a atuar no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania (CORRÊA et al., 2015, p. 169).

Por outro lado, os preceptores percebem a questão da formação como um ponto positivo, no sentido de ser um ator fundamental e responsável para formar os residentes no serviço:

O preceptor tem um papel fundamental na formação não é? Não na formação acadêmica, né, da faculdade em si, mas daquele profissional que tá chegando, mas numa formação mais direcionada na área que ele escolheu para atuar profissionalmente. Então eu acho que é um ser formador mesmo profissionalmente para aquele indivíduo. (P6)

Na verdade a gente forma, na verdade vai formar profissionais, participar na verdade da formação deles e a gente tem uma responsabilidade sobre isso, sobre que profissional a gente vai tá liberando aí para o mercado, tá. Então eu acredito que a gente tem um papel fundamental, porque a gente consegue estimular. (P2)

Transmitir conhecimentos e ensinar são atributos reconhecidos pelos preceptores, mencionando o “ser ou não ser professor” como destaque:

Como ponto positivo [...] eu sou professor também e ensinar é um negócio interessante para caramba. Eu ensino porque eu gosto né. E a gente poder inserir no mercado de trabalho pessoas que tenham capacidade de resolução né, que é uma das características fundamentais do preceptor, é formar, ensinar. (P11)

Às vezes eu fico um pouco preocupada com a questão didática, até porque nós não somos professores, né. Mas eu acho que por nós estarmos dentro de um hospital universitário, que atendemos alunos, e hoje atendemos residentes, a gente tinha que ter uma formação. (P1)

Avalia-se como importante a preocupação do ensino no fazer profissional da preceptoria, para não cair na armadilha da transmissão vertical de conhecimentos. Paulo Freire ao recusar o “ensino bancário” e a subordinação à “prática bancária”, diz que,

É preciso, sobretudo, e aí já vai um destes saberes indispensáveis, que o formando, desde o princípio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. [...] Se na experiência de minha formação, que deve ser permanente, começo por aceitar que o formador é o sujeito em relação a quem me considero o objeto, que ele é o sujeito que me forma e eu, o objeto por ele formado, me considero como um paciente que recebe os conhecimentos – conteúdos – acumulados pelo sujeito que sabe e que são a mim transferidos (2016, pp. 24-25).

Complementando essa ideia e enfatizando a importância da formação para o trabalho do preceptor, Ribeiro (2012) aponta que as práticas predominantes e hegemônicas em saúde são as que se baseiam no processo saúde-doença, que são legitimadas pelos paradigmas racionalista e mecanicista. Dessa forma, não consideram a natureza social da educação, retirando a dimensão social e histórica dos sujeitos, ou seja, dos preceptores na sua formação e trabalho/prática.

Os preceptores têm um papel determinante na construção desse isomorfismo entre os processos formativos e aqueles que desejamos possam prevalecer nos serviços de saúde. Por outro lado, ao fazê-lo, fortalecem as instituições formadoras em seu compromisso social de construção de práticas de saúde comprometidas com a qualidade e o exercício da cidadania (RIBEIRO, 2012, p. 82).

Um componente essencial para a atuação do preceptor é a prática educativa, tida como locus de mediação de outras práticas socialmente construídas. Para a transformação desta prática, eles devem se reconhecer como agentes de mudança,

ampliando as suas essências de seres autônomos: “os sujeitos preceptores fazem o trabalho, mas não se reconhecem como aqueles que o constroem e transformam” (RIBEIRO, p. 78).

É relevante a valorização e o reconhecimento dos preceptores, enfatizando a importância de levar-se em consideração a profissionalização da função e de seu perfil prático, entretanto, não descolado de uma formação pedagógica. Essa formação tem como significação “um processo dialético de ensino-aprendizagem” (CORRÊA et al., 2015, p. 4).

Como se viu, a prática da preceptoria na Residência Multiprofissional, dentro de um hospital universitário, exige dos profissionais competências que vão além do domínio técnico-científico, da qualificação específica, do treinamento de procedimentos e da mera transmissão de informação (educação bancária). É um grande desafio as mudanças no perfil desses profissionais, pois “envolvem pessoas, valores, culturas e, especificamente no campo da saúde e da educação, envolvem também questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas” (PEREIRA; TAVARES, 2016, p. 4).

Sabe-se que tanto a formação como as práticas não contextualizadas, onde há apenas a transmissão de conhecimentos e procedimentos, não são eficazes para que ocorram transformações no setor de saúde. Treinamentos pautados em um ensino tradicional (educação bancária) não desenvolvem nenhum compromisso com a formação para o SUS, pois só prescrevem habilidades e comportamentos engessados para uma realidade distinta a dos participantes.

E por falar em práticas não contextualizadas, os preceptores apontaram que é necessário “ter conhecimento” (P3); “ajudar com conhecimento (P1)”; “ter referencial teórico” (P6); “traduzir a teoria (P7)” e “trazer conteúdo teórico (P9)” para ser preceptor, culminando na formação da subcategoria “Teoria”, num total de 15,62 % das falas. Abaixo a ilustração das falas dos 05 preceptores:

É muito maior do que simplesmente ser preceptor de residência: é um conhecimento para sua vida profissional, para enriquecimento como pessoa, e principalmente para que melhore o atendimento do paciente. Então eu acho que isso perpassa pela preceptoria, mas ela não se resume à preceptoria, essa sensação. Não sei se existe completude, de que deveria ser enchido mais o copo do conhecimento, ter conhecimento, vamos dizer assim. (P3)

Eu costumo fazer isso: uma vez por semana a gente tem sempre uma temática que foi mais presente [fecha parênteses] a gente traz textos e discute, à luz da teoria, ajuda com conhecimento as questões da prática. (P10)

O preceptor tem muito disso, então é passar o que dá certo na prática. O que a gente vê na teoria e que dá certo na prática, o que não dá, os desafios do dia-a-dia. Então eu gosto de ter referencial teórico. Assim como eu te falei [...] eu acho até que eu sou uma boa preceptora, mas porque [...] eu tenho vontade em formar. (P6)

Pra mim, ser preceptor é ir traduzindo a teoria na prática. (P7).

E a gente tenta trabalhar dentro da proposta que eles trazem pra gente, mas pra mim, é um pouco vago ainda, porque, enfim, muitos anos. Vou tentar passar pra você o que eu vivi antes. A gente tenta acompanhar a grade, em cima, basicamente da assistência. Então assim, eles trazem o conhecimento deles, o conhecimento teórico, e a gente [risos] entrega o nosso. Praticamente é isso, é viver o dia-a-dia na enfermagem (P9).

Reflete-se que as demandas por mudanças no perfil dos profissionais de saúde, a desconstrução da dicotomia teoria-prática para a formação destes profissionais, bem como a concepção do SUS como um caminho a ser trilhado para a construção de práticas pedagógicas no exercício da preceptoria apontam para a relevância do preceptor. Um conceito chave do modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ele ocorre de forma dinâmica através da ação/reflexão/ação. (BATISTA; GONÇALVES 2011, p. 897).

Entretanto, não é admissível que se queira tratar da formação como intenção de juntar teoria e prática simplesmente, na medida em que essa retórica de formação pode apequenar-se como faces de um aprender-fazendo, de mais uma mão-de-obra no serviço para uma ocupação simples e abstrata que é resultado de uma fórmula e um fazer burocráticos próprios.

O fazer pedagógico dos preceptores deve ser presente no cotidiano do HUAP, que é sempre dinâmico e permeado pela resolução de problemas em relação ao processo de trabalho na assistência. Além disso, é atravessado pelo contexto de *preceptorar* os residentes, seu público-alvo enquanto educadores, proporcionando-lhes a busca para serem autônomos na tomada de decisões e na reflexão do seu papel como agente de transformação do mundo, assim como aos próprios preceptores.

Nessa vivência, acredita-se ser importante aliar a prática em si do preceptor a um universo de formação permanente e pesquisa. Ao explicitar sobre Teoria, Método e Pesquisa em seu ensaio acerca do MHD de Karl Marx, Netto (2009, p. 5), refere que:

[O] objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica – por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou.

Paulo Freire, ao citar “o pesquisar” em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, refere que ensinar exige pesquisa: “[n]ão há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino” (2016, p. 30). Percebe-se que na função de preceptor(a) de residentes, ensina-se. E “enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, indago” (p. 30). Pesquisa-se para constatar, intervir. “Educo e me educo” (p. 31). Pesquiso para conhecer o que ainda me é estranho:

É preciso, sobretudo, e aí já vai um destes saberes indispensáveis, que o formando, desde o princípio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. (FREIRE, p. 24)

A própria prática de trabalho da pesquisadora no SUS, por dar-se em um Hospital Universitário (HU), sempre foi diretamente relacionada aos temas da pesquisa, ensino e educação. Sua atuação como preceptora multiprofissional a coloca em contato direto com outros preceptores e residentes em saúde de diversas áreas e, portanto, com estas questões.

Dessa forma, recorreu-se, inicialmente, aos apontamentos do autor Carlos Brandão (1995), em sua obra lançada em 1981, época em que os movimentos sociais e populares estavam em efervescência, lutando por direitos sociais básicos como a **educação e saúde** e pela democratização do país após os “anos de chumbo” da Ditadura Militar, em que ele questiona “O que é Educação?”. O autor

inicia propondo uma reflexão acerca da natureza da instância educativa: educação é, para ele, um processo multiforme, com variadas finalidades, que permeia a vida como um todo, para além da educação chamada formal, ou escolar. Dessa forma, *educações*, no plural.

Para apoiar a estas definições iniciais, o autor reproduz trechos de uma carta histórica de indígenas das Seis Nações em resposta ao convite dos governantes de Virgínia e Maryland para que enviassem jovens para serem educados em suas escolas. O conteúdo de tal carta, conforme comentários de Brandão, explicita a multiplicidade de entendimentos acerca do processo educativo, já que considera o processo transformador do mesmo, considerando o indivíduo, frente a finalidades nem sempre explícitas. Assim, a educação do colonizador, no contexto em questão, não seria adequada às formas de existência indígenas, nem favoráveis à continuidade de seus processos de memória e identidade. Os conhecimentos necessários à caça, ao aconselhamento e à proficiência em língua indígena, etc., não seriam valorizados (para dizer o mínimo) pela educação institucional proposta pelos governantes em questão.

A partir deste exemplo, então, Brandão (1995) ressalta que as vastas diferenças estruturais em sociedades distintas geram visões e práticas diversas acerca da educação, das quais o ensino escolar é apenas uma parte. A educação é então um processo que permeia todos os mundos sociais, presente nas sociedades várias e em várias camadas, ou aspectos da vida de uma sociedade. A reflexão do autor implica, como se vê, no reconhecimento de que a educação existe – as educações – para muito além da existência de escolas, mas em todas as sociedades e circunstâncias sociais, como parte constituinte de um modo de vida particular.

A discussão acerca da finalidade, então, dos processos educativos é o que constitui o argumento de interesse do autor: ao mencionar as dinâmicas de poder internamente às sociedades, e entre elas, Brandão ressalta o papel da educação na dominação de povos por outros povos e na manutenção das “desigualdades entre os homens”. Assim, o autor elenca ao longo do texto alguns efeitos gerais da educação que podem ter consequências de conservação em termos sociais: “tornar comum” um saber ou crença entre os indivíduos de uma sociedade, “explicar [...] a

necessidade da existência e da ordem”, “pensar tipos de homens” e “tipos de sociedade”, enfim, constituir e legitimar saberes (BRANDÃO, 1995, online).

A partir desta interpretação do que seja a educação, portanto, Brandão destaca a necessidade de consciência do professor para o fato de que a educação que se põe em prática pode servir a ideologias e interesses, sem que se seja completamente consciente do fenômeno. Assim, e tal é sua conclusão, a educação, por definição e em suas múltiplas formas, “tornando comuns” saberes e crenças, pode constituir, reproduzir e legitimar formas de dominação embutidas ideologicamente em interesses ocultos da educação formal. Cabe ao educador, portanto, o chamado à reflexão, para que a educação seja, primeiramente, reconhecida como processo multiforme que não se esgota em sua expressão escolar e, posteriormente, as educações, agora no plural, sejam compreendidas pelo viés de sua finalidade, de modo que o educador possa contribuir mais livre e conscientemente para “transformar sujeitos e mundos em alguma coisa melhor”.

E por se entender que o fazer do preceptor envolve aprender e reconhecer que a educação é multifacetada, incluindo vivências e experiências, através dela pode-se contribuir coletivamente para a transformação das práticas “miudinho do cotidiano”. Apesar do ato de educar ter sido citado somente por 02 preceptores, com 6,25 % de conteúdo, concorda-se com a afirmativa de Botti e Rego (2011) que o preceptor é um educador; talvez seja a definição mais completa para entender o que de fato um preceptor faz.

A gente é assistencial, mas a gente não pode esquecer que a gente também é um hospital que tem que ser Ensino, Pesquisa; a gente não pode ser só serviço: e pra ser Ensino, a gente precisa parar e repensar. A gente faz educação em saúde, vai educando... (P3)

Existe outra coisa: A preceptoria é educação e saúde né? Quer dizer, você ter o recém-formado – no meu caso (...), mas eu lido com os outros também, das outras áreas – e a gente tentar traduzir aquilo que foi entendido por eles lá na academia para o dia-a-dia nosso. Basicamente, educação e[m] saúde, né. (P5)

Neste contexto, o residente será acompanhado pelo preceptor, um profissional do serviço de saúde, que assume perante ele o ensino das técnicas e funções educacionais. As referências que fazem a “educação em saúde” e a que “a gente é assistencial” (P3) ou “a gente não pode ser só serviço” (P3) têm muito a

ver com os afazeres práticos também, como vimos anteriormente nas falas: “a gente lida com famílias em diversas situações” (P8), “é viver o dia-a-dia na enfermagem” (P9), “orientar o aluno quanto à rotina, quanto ao entendimento dos exames, ensinar como manusear o prontuário, onde identificar os exames” (P2).

Os preceptores são educadores o tempo todo, seja na relação com os residentes ou com os usuários da saúde. Todos os atos do preceptor são para educar. É com este entendimento que se norteou o estudo, captando o que se entende como preceptoria, bem semelhante ao que referem-se Botti e Rego (2008) ao dizer que o preceptor tem como função auxiliar graduandos e recém-graduandos na construção de soluções para os problemas com os quais eles se defrontam na sua prática em saúde, além de articular os conhecimentos e valores da Escola e do trabalho. Assim é primordial o debate sobre o conceito de educação na formação dos preceptores, significando, então,

passar de um processo de exclusiva aquisição de conhecimentos ou habilidades (baseado na exposição simples e pura de conteúdos e técnicas) para o desenvolvimento de uma consciência crítica profissional (BOTTI; REGO, 2011, p. 72).

Para contribuir na ampliação do conhecimento sobre a educação como prática efetiva desenvolvida no cotidiano dos preceptores, há necessidade de enfatizar a utilização do legado freireano como alicerce. As raízes da pedagogia crítica de Paulo Freire (2016) partem da influência da dialética do materialismo histórico de Marx. A sua busca por uma educação humana e libertária, pela qual as relações dos homens na sociedade criam e recriam a história, reflete permanentemente sobre a realidade. Realidade essa concreta e não abstrata e estática, onde o homem além de fazer parte, intervém.

Neste estudo pretendeu-se utilizar algumas contribuições do MHD como método científico de investigação e de conhecimento da realidade, mas, sobretudo, como cunhado por Freire, como um ato de intervenção no exercício da preceptoria. O MHD é um método de conhecimento da realidade concreta sistematizado por Karl Marx e Friedrich Engels cujas bases e elementos centrais são resultantes de um longo e rigoroso processo de investigação, encontrando-se sintetizado no famoso texto de Marx, intitulado A Introdução de 1857 – O Método Da Economia Política (NETTO, 2009).

Em seu livro *Pedagogia da Autonomia* (2016), apesar de não se aprofundar no Marxismo, Paulo Freire se abre às advertências de Marx, como por exemplo, “a da necessária radicalidade que me faz sempre desperto a tudo o que diz respeito à defesa dos interesses humanos” (p.98). Ao reconhecer que somos seres capazes de intervir, cita a transgressão como uma possibilidade: “possibilidade contra a que devemos lutar, e não diante da qual cruzar os braços” (p. 98).

Compreende-se que o fazer do preceptor exige uma tomada consciente de decisões que envolvem esforços e desafios frequentes, “transgredindo” com o que está posto na rotina de trabalho. As ideias de Freire (2016), embebidas no MHD, podem conduzir a uma reflexão para a ação dos preceptores, pois trazem como questão central a educação “como especificidade humana, como um ato de intervenção no mundo”:

Quando falo em educação como intervenção, me refiro tanto à que aspira a mudanças radicais na sociedade, no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao **trabalho**, à terra, à **educação**, à **saúde**, quanto à que, pelo contrário, reacionariamente pretende imobilizar a história e manter a ordem injusta (p. 106-107, grifos nossos).

C3: Trabalho do Preceptor

Na formação da categoria final “trabalho do preceptor” foram identificadas, na análise das transcrições das falas, as categorias iniciais “processo de trabalho” (53,19%), “prática” (17,02%), “condições de trabalho” (14,89%) e “incentivos ao preceptor” (14,89%).

Ao responderem como se dá o exercício da preceptoria há predominância da realização dos procedimentos, habilidades e técnicas estabelecidas na rotina do dia-a-dia do cotidiano dos serviços junto aos pacientes, como nos relatos dos preceptores abaixo:

A preceptoria se dá no dia-a-dia, no cotidiano do serviço. (P1)

Vai passar visita nos pacientes, vai liberar desjejum, ver se a dieta está adequada, ver se o paciente tem alguma queixa, alguma intercorrência, né. E se for de ambulatório, a rotina mesmo do ambulatório, esperar os pacientes e fazer aquela consulta de rotina. (P2)

A gente faz ou os atendimentos ou no caso do paciente internado, a gente fica com a reponsabilidade da prescrição, porque a gente aqui está fazendo

praticamente um atendimento de nutrição, com consulta marcada, então é diferente. (P3)

Enquanto técnicas a serem desenvolvidas, conhecimentos gerais e específicos da profissão, desenvolver habilidades nesse residente. (P4)

Eu converso aqui sobre – no caso meu aqui – sobre a quimioterapia, os processos, as drogas que a gente usa, os efeitos no paciente. É a experiência do dia-a-dia, e ver os equipamentos, manusear os equipamentos, ver os cuidados [...] isso só lá mesmo. (P5)

Mas a princípio é uma identificação do campo, a caracterização da clientela, dos atendimentos que são feitos naquela área. (P8)

Eu tô trabalhando com idoso. A mesma coisa a oncologia, pegar os diagnósticos relacionados à oncologia. Passar uma sonda, colher um sangue, fazer o exame físico, ir junto com o doente. Acabo participando em vários processos da enfermagem também, essa questão da rotina, de você encaminhar paciente pra exame, de você resolver os problemas junto do paciente, do familiar, são os problemas que surgem no dia-a-dia. É realização de curativos, é passagem de sondas. (P9)

Eu fazia com que o residente entendesse os medicamentos que a gente trabalha, os programas que a gente trabalha, qual é o papel da nossa farmácia ambulatorial no contexto da região metropolitana II, quais são esses programas, quais os componentes da assistência farmacêutica que a gente tá atendendo, componente especializado, estratégico, componente básico... fazia com que ele olhasse isso né... e fazia também com que ele participasse no atendimento aos pacientes para que ele pudesse entender as dificuldades que os pacientes têm em relação às suas prescrições, ouvissem os pacientes em relação às suas dificuldades, tanto de acesso ao medicamento, que nem todos a gente fornece aqui né....então é importante que ele entenda também que às vezes esse paciente não tem acesso aqui, mas ele tem acesso em outro local. (P10)

Observou-se que na maioria das categorias profissionais de preceptores entrevistados ocorre um processo de trabalho que engloba residentes das áreas profissionais e de concentração envolvidas, centrado nos procedimentos técnicos, as habilidades e rotinas, estabelecendo diretrizes assistenciais para os pacientes/usuários da instituição, os quais poderiam ser entendidos como suficientes para o trabalho do preceptor. A prática em si também foi ressaltada na verbalização de 04 preceptores, inclusive com um preceptor (P6) se autodenominando como “profissional da prática” e outro (P11) dizendo “apresentar mais a prática clínica”:

Receber esse profissional [...] em formação né, é apresentar a ele aquela vida profissional, aquele momento daquela prática em serviço, né [...], apresentar a ele aquela prática em serviço [...] apresentar mais a prática clínica. (P 11)

Passar minha prática, [...] aquilo que eu vejo que dá certo na prática, que eu acho que a preceptoria é um pouco isso né. Não é você voltar para a sala de aula, é você passar um pouco da prática né. (P6)

Em um primeiro momento eu tenho que mostrar minha vida profissional, como profissional da prática, como eu trabalho, como é o serviço, como são as rotinas. (P6)

Se dá na prática, especificamente, do trabalho com mulheres, crianças e adolescentes. (P7)

A experiência da pesquisadora em sua prática enquanto preceptora também é permeada por essa rotina e esse foco nas atividades exigidas em seu processo de trabalho. Abaixo, um exemplo dos cenários de práticas com a distribuição de setores e programas nos quais os preceptores da REMUS/HUAP desenvolvem suas atividades, conforme a área de concentração correspondente:

Quadro 17 – Campos práticos da Área de Concentração Terapia Intensiva

Área de concentração: Terapia Intensiva	
Setores de Treinamento – campos práticos	
Comissão de curativos	Térreo
DIP	2º andar
Centro de Diálise	2º andar
CTI	3º andar
UCO	3º andar
CCM/CMM	6º andar
CMF/CCF	7º andar

Fonte: elaboração própria

Quadro 18 – Campos práticos da Área de Concentração oncologia

Área de concentração: Oncologia	
Setores de Treinamento – campos práticos	
Emergência	Térreo
Oncologia Ambulatorial	Térreo

Quimioterapia	Térreo
Farmácia Ambulatorial	Térreo
Distribuição interna de medicamentos	Térreo
Farmáco-vigilância	Térreo
Núcleo de Segurança do paciente	Térreo
Hematologia	4º andar
CCM/CMM	6º andar
CCF/CMF	7º andar

Fonte: elaboração própria

Quadro 19- campos práticos da Área de Concentração SAMUCA

Área de Concentração: SAMUCA	
Setores de Treinamento – campos práticos	
ACAVV	Térreo
Emergência Pediátrica	Térreo
Programa DST/HIV	Térreo
Banco de Leite	Térreo
Ambulatório de Pediatria	Térreo
Ambulatório de Gineco	Térreo
Programa SOS Mulher	Térreo e enfermarias
Enfermaria de pediatria	5º andar
Maternidade	8º andar
Enfermaria de CCF e CMF	7º andar
Atenção Básica	Policlínica do Fonseca

Fonte: elaboração própria

Quadro 20: Campos práticos da Área de Concentração Saúde do Idoso

Campo de Concentração: Saúde do Idoso	
Setores de Treinamento – campos práticos	
Emergência	Térreo
Enfermaria de Hematologia	4º andar
Enfermarias CCM e CMM	6º andar
Enfermarias CCF e CMF	7º andar
Atenção Básica	Mequinho

Fonte: elaboração própria

A inserção da pesquisadora no programa se deu desde o seu início, em 2010, tendo atuado como preceptora nas áreas de concentração de Terapia Intensiva (CTI e Centro de Diálise); Saúde da Criança (Enfermaria de Pediatria) e, então, Saúde da Mulher (Enfermarias femininas), acompanhando em média dois residentes de serviço social por semestre nesses setores. O campo de atuação em que trabalha atualmente são as Enfermarias de Clínicas Médicas e Cirúrgicas femininas situadas no sétimo andar do HUAP/UFF que atendem as usuárias e seus familiares do SUS, em sua grande maioria, provenientes da Região Metropolitana II.¹³

Apesar de, como preceptora, a pesquisadora acompanhar 02 residentes em média por semestre, a demanda no exercício da preceptoria no local de trabalho atual é extensa. Fora o trabalho na rotina assistencial e os “atendimentos em si” das enfermarias femininas (7º andar), em regime de plantão, o processo de trabalho junto aos residentes incluem “domínio teórico e prático” das 04 áreas de concentração (Saúde da Mulher, Oncologia, Saúde do Idoso e Terapia Intensiva), que estão inseridas nessas enfermarias, conforme se observou no quadro acima e a exemplo da fala do P1:

Porque a gente fala muito do preceptor na formação, na intencionalidade dele. Agora a questão do trabalho. As pessoas visualizam assim ‘ah, mas

¹³ A Metropolitana II engloba além da cidade de Niterói, as cidades de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

só dois residentes [interrogação] – a gente não pode esquecer que o residente é um profissional, mas ele está em formação. E você assessorar não é só nos atendimentos, você sabe que envolve outras questões. (P1)

Atualmente estas enfermarias femininas são compostas em média por 40 leitos de diversas especialidades. Para além da inserção de residentes, preceptores e tutores da REMUS, a equipe de saúde é multiprofissional, formada também por categorias profissionais como médicos, fisioterapeutas e psicólogos, não participantes do PRMS. Pelo Regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMUS) compete aos preceptores:

- a) Orientar diretamente o trabalho dos Residentes, acompanhando-os nas atividades de campo;
- b) Orientar os Residentes, na solução dos problemas de natureza ética profissional, surgidos no exercício de suas atividades no curso, em estreito contato com o Supervisor Profissional específico;
- c) Participar das atividades designadas pelo Coordenador de Área;
- d) Colaborar com o Coordenador de Área e o Supervisor Profissional na organização e fiscalização das atividades programadas e desenvolvidas pelos Residentes vinculados ao curso.

No caso da categoria profissional de assistente social¹⁴, a função de preceptoria consiste em assumir o campo da prática na residência e dar supervisão, ensinar, orientar e assessorar diretamente, em matéria de serviço social, *preceptorando* e colaborando na formação e na prática dos residentes. O serviço social é a profissão habilitada e regulamentada para analisar e compreender os aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença e que pode formular estratégias de intervenção, com vistas à transformação da realidade que é apresentada, a partir da viabilização de direitos, que se materializam nas políticas públicas existentes. Algumas das atividades e rotinas específicas desenvolvidas nesse processo são:

¹⁴ Plano de trabalho específico dessa área Profissional.

- a) Identificação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- b) Articulação com a rede socioassistencial;
- c) Avaliação social para identificar as demandas dos usuários; Orientação, acompanhamento social e socialização das informações em matéria de serviço social (orientações sobre direitos da Saúde, da Assistência, Previdenciários, etc);
- d) Encaminhamentos aos programas e à rede socioassistencial; Preceptoria e supervisão de estagiários e residentes.

O trabalho dos preceptores e residentes de serviço social é orientado, então, pelos instrumentos técnico-operativos¹⁵, as bases teórico-metodológicas¹⁶ e ético-políticas da profissão¹⁷, o que se entende ser essencial. Porém, não é dada ênfase as atividades interdisciplinares e de formação permanente para os preceptores.

Reconhece-se a importância das habilidades e competências técnicas, já que os preceptores são profissionais que, em seu processo de trabalho, realizam diversas atividades relacionadas ao que alguns autores denominam de prática clínica (BOTTI; REGO, 2011; CORRÊA et al., 2015), mas que também atuam como educadores no acompanhamento de discentes e residentes em formação.

É grande a importância do preceptor como educador, oferecendo, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos. O preceptor ensina realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. Assume o papel de docente-clínico, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios (BOTTI; REGO, 2011, p. 65).

Entretanto, historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada em sua maioria pelo viés tecnicista, ficando a desejar os aspectos pedagógicos, de ensino e educação. Como consequência, isso afeta os preceptores, sendo estes profissionais da saúde. Se o preceptor participa da formação em saúde, articulando o mundo do trabalho com o mundo do ensino, como um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem dos programas de residência, ele necessita ter conhecimentos que vão além dos saberes sobre as técnicas em

¹⁵ Dentre outros, relatório e parecer social, visita domiciliar, entrevista, avaliação social, reuniões etc.

¹⁶ Literatura e legislação pertinente.

¹⁷ Código de Ética, Parâmetros Profissionais e Projeto Ético-Político.

sua prática. Por isso, a defesa é que o preceptor precisa de formação e conhecimento pedagógico.

Conforme o estudo de Ribeiro e Prado (2014), que pesquisamos em nossa RIL, os programas de residência em saúde consistem em formação *latu sensu*¹⁸, fundamentados na educação, no trabalho e o processo de ensino-aprendizagem que acontece no serviço, articulando teoria e prática.

Nesse contexto, o preceptor (profissional da prática) e o residente (profissional em formação) compartilham o ensinar e aprender, a partir da troca de experiências, reflexões sobre a prática e (re) construção do conhecimento em cenários reais da atenção à saúde. Desta forma, o preceptor atua como mediador no processo de aprendizagem e, para isso, precisa mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir tal processo, pois não basta dominar o conhecimento especializado do conteúdo ou uma prática, é preciso saber ensinar de forma a ser compreendido. Além disso, é necessário compreender como esse conhecimento se transforma para formar um novo conhecimento aplicado na teoria e na prática (RIBEIRO e PRADO, p.162).

É o que vimos na fala destes 2 preceptores:

É tentar ajudar e colaborar com as atividades de área [diárias] e o conhecimento mesmo. Na preceptoría é pôr em ação a teoria na prática. (P2)

É uma troca entre o profissional de área e acadêmico, o novo profissional que vem com uma bagagem nova de dentro da academia, vem fresca, então é uma troca de teoria e prática, onde se faz a práxis. (P8)

Chamou a atenção que P8 menciona uma troca entre teoria e prática, onde se faz a práxis. Para entender um pouco o que significa a práxis, recorre-se aos apontamentos dos referenciais político-pedagógicos de nosso estudo: a pedagogia histórico-crítica de Paulo Freire e o MHD de Karl Marx.

Para Marx, os homens se organizam em sociedade para a produção da vida. Na produção social de sua vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade: as relações de produção. Dessa forma, é preciso captar o movimento das relações sociais não só nas cabeças dos homens, na sua intencionalidade, mas nas condições de vida material da sociedade, no desenvolvimento dos modos de produção que ocorrem. Sendo assim, ele aponta a centralidade e a relevância do trabalho entendido como transformação da

¹⁸ Conforme a Lei nº 1.111, de 05 de julho de 2005

natureza, mediação das relações sociais e forma de subsistência. Outra concepção central dos homens na produção e reprodução da vida social em Marx é a práxis, entendida como a própria atividade que permite a eles mudarem o mundo e a si mesmos através do trabalho. A práxis (“prática à luz da teoria”) deve ser a concepção central dos homens na produção e reprodução da vida social e necessária para a prática transformadora na sociedade (SILVA, 2016).

São várias e complexas as categorias¹⁹ trabalhadas por Marx em seus escritos e vastas obras. Focou-se em duas categorias centrais do MHD e que podem subsidiar a discussão sobre o mundo do trabalho do preceptor: Trabalho e Práxis. Já em Freire (2016), enveredou-se pelo “saberes necessários á prática educativa” contidos em sua obra *Pedagogia da Autonomia*. Paulo Freire (2016) propõe através da práxis a educação problematizadora (ação-reflexão-ação) pelos homens visando à transformação sobre o mundo. Nas redes interdisciplinares que se dispõem a curiosidade faz-se necessária: nestas, os preceptores poderão “agir com curiosidade”. Daí a relação de uma *práxis* que traz à tona as potencialidades dos atores principais do ensino-aprendizagem, ou seja, os preceptores são protagonistas nesse processo e um não pode existir sem o outro.

As possibilidades estão dadas no caminho da preceptoria: “A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria pode ir virando blá-blá-blá e a prática, ativismo” (FREIRE, 2016, p. 24). Para pensar como se dá o trabalho do preceptor na saúde atualmente, com a maturidade da exploração da sociedade capitalista, a categoria da práxis explicita esse trabalho em seu sentido ontológico. A práxis é entendida como uma unidade teórico-prática. Não é mera reprodução mecânica da prática, e tampouco um processo automático de teorização. A unidade entre teoria e prática ocorre na medida em que compreendemos a prática como atividade objetiva de transformação da realidade humana em sua manifestação natural e social que vai exigir conhecimento acerca dessa realidade, da mesma forma que o conhecimento das necessidades postas a esta transformação (VASQUEZ, 1977).

A práxis não significa então apenas a “objetividade do trabalho”, mas também a sua subjetividade, a do homem, inserida nesta prática. Sendo assim, a práxis não

¹⁹ Como por exemplo: Alienação; Modo de produção; mais-valia; Ideologia; Revolução; Abstração; luta de classes (BOTTOMORE, 1998).

transforma somente coisas, mas o próprio homem. A práxis é, por si só, transformadora. A práxis do preceptor envolve a educação e o ensinar, e ambos transformam.

Não obstante, conforme a busca no banco de dados da RIL constante no Capítulo 2 e os dados obtidos pelas entrevistas, através da fala dos preceptores, foi apontada a relevância do preceptor, não só da sua formação, mas também do “trabalho em si”. Nas verbalizações dos mesmos, nas relações de trabalho a que estão submetidos, enfrentam vários desafios em seu cotidiano de prática no tocante às condições de trabalho. Ao serem questionados sobre como se dá o exercício da preceptoria e ao longo da entrevista, obteve-se a frequência de 07 Unidades de Registro, com um percentual de 14,89 %, em relação às condições de trabalho. Apresentam-se os trechos das falas:

Como trabalhadora, eu me sinto às vezes prejudicada com a quantidade de aposentadorias [...]. E aí eu vejo que realmente está sobrecarregado, e talvez eu poderia até desempenhar um trabalho melhor, que eu não consigo fazer, porque eu estou sobrecarregada. (P2)

Faltam condições de trabalho, isso, que repercutem nas atividades que você vai desenvolver como preceptor, exato. Então assim, você tem 01 nutricionista, 03 enfermeiros e 02 assistentes sociais. Então assim, pra demanda que a gente tem, se você olhar o quantitativo de paciente que a gente tem. É difícil, eu acho que em parte aqui por causa da... da... da... quantidade de profissionais, pra você ver, é uma das demandas que a gente tem, então fica quase que impossível, né. (P5)

Eu já falei que pra mim também fica muito difícil, eu fico muito sobrecarregada, eu teria que ter alguém pra me ajudar, uma enfermeira de rotina, que faça. Porque senão eu saio da reunião TODO DIA – porque é todo dia – e tenho que fazer TUDO que eu tenho que dar conta, em prazos, escalas né. As condições de trabalho não são boas. (P9)

A rotina é muito estafante, é muito pesada, é cansativo, tem uma demanda mil vezes maior com a preceptoria. (P4)

Com a falta de concursos e com as aposentadorias, eu tenho que acumular o meu trabalho, o de uma colega que saiu, e mais a preceptoria. E aí eu vejo que estou realmente sobrecarregado. (P12)

É exigido muito de mim, preceptora, mas ninguém vê que não temos sala, reuniões e computador. (P1)

Os residentes chegam e as demandas só crescem e nós, preceptores, não somos consultados pra nada. (P7)

Dessa forma, é fundamental aliar as discussões sobre o seu fazer ao contexto do mundo do trabalho. Consta em nossa RIL, nos oito artigos selecionados que, apesar dos autores mencionarem a categoria trabalho, nenhum deles abordou como

referencial teórico o MHD de Marx. Defende-se, assim como Silva (2016), em suas problematizações marxistas no contexto da REMUS, que a formação e o fazer dos preceptores não podem se desenvolver endogenamente e a partir exclusivamente da sua intencionalidade e de suas competências, mas a partir do entendimento da categoria trabalho, reconhecido em sua particularidade sócio-histórica. O trabalho e a formação do preceptor dentro da REMUS é resultado das questões inerentes ao mundo do trabalho em nossa sociedade capitalista?

No texto, “Vivendo O Mundo Do Trabalho – O Trabalho Humano E Os Coletivos” (BRASIL, 2005d) ao citar os desafios para a construção do trabalho de saúde em equipe, os autores fazem comparação do modo capitalista de produção (individualismo, competitividade, tecnicismo, trabalho alienado e em série) ao modo de produção do trabalho em saúde. Para eles, muitas vezes o trabalho na saúde, é focado somente em normas, rotinas engessadas, reuniões improdutivas e sem objetividade, como um fim em si mesmas, onde os problemas e soluções são atribuídos aos trabalhadores individualmente, enquadrando-os em treinamentos doutrinários, como numa linha de montagem²⁰, tentando adaptá-los a lógicas de produtividade.

Em contrapartida, sugerem o trabalho em equipe em outra perspectiva, lembrando que historicamente houve processos coletivos criativos e que têm até hoje um belo registro nas lutas sociais pela saúde (Movimento de Reforma Sanitária). O trabalho dos preceptores é “um tecido de relações [...] entre diferentes trabalhadores” (p. 99) e entre esses e os usuários. “São pessoas com formações diferentes, práticas diferentes que se encontram/desencontram para produzir um trabalho” (p. 99).

Reportando ao texto “Aspectos Pedagógicos e Filosóficos da Metodologia da Problematização”, em que Berbel (1999) descreve o Marxismo como um de seus fundamentos filosóficos, vê-se o modo capitalista de produção como um desafio para a construção do trabalho de saúde em equipe. Ainda nessa linha de pensamento, a colocação de trabalhadores juntos num mesmo local de trabalho não

²⁰ O filme “Tempos Modernos” de Charles Chaplin retrata bem o trabalho no modo de produção capitalista. Ele faz uma crítica a esse modelo acumulativo e explorador da força de trabalho em detrimento do sentido deste trabalho para o homem, como forma de sobrevivência, assim como nos hospitais em que funcionários são submetidos a jornadas de trabalho exaustivas e cujas teorias de administração são focadas na rotina e no produto e não no ser humano.

necessariamente se configura em trabalho interdisciplinar e problematizador, elevada ao plano da práxis:

Temos apostado na Metodologia da Problematização como um meio que contribui para despertar o cidadão, para desenvolver ao mesmo tempo seu potencial intelectual, político e social, além de favorecer uma aprendizagem na construção de novos conhecimentos [...]. É uma metodologia que permite, quando vivenciada, despertar o homem (aluno, professor, profissional) para ascender ao plano da práxis. (BERBEL, 1999, p. 55)

E é no modo capitalista de produção, ao qual a saúde não está à parte, que se desenvolve o trabalho dos preceptores. Segundo Silva (2016), em seus escritos que problematizam a REMUS pelo viés do MHD, a formação na mesma se dá “pelo” e “para o” trabalho em saúde; dessa forma, a política de saúde e nela a de recursos humanos, é permeada pela conjuntura do desmonte das políticas sociais. Como a REMUS tem como premissa central o ensino em serviço, ela é essencialmente vinculada às necessidades de saúde e ao “chão do trabalho”, podendo se tornar, então, atravessada pelo trabalho precário. O trabalho no modo de produção capitalista é uma particularidade histórica e, nesse mesmo sentido, entendem que o trabalho em saúde é um desdobramento do trabalho na particularidade do capitalismo.

Do ponto de vista da teoria social de Marx o trabalho no setor de serviços, como o de saúde e, portanto, dos preceptores, é caracterizado como trabalho improdutivo, que gera mais-valia²¹ pela transferência da riqueza no processo de “compra de serviços”, diretamente, no caso do setor privado, e indiretamente, via impostos, dentro do setor público. Nenhuma das formas de trabalho improdutivo “produz” capital, mas colabora de diversas formas, para a produção e acumulação de capital. Por isso, afirma-se que o trabalho em saúde, se não é produtor de mais-valia, é realizador de mais-valia. Ou seja, “ainda que o produto do trabalho em saúde não seja uma mercadoria, a força de trabalho corporificada no trabalhador da saúde é mercadoria para o capital”. (SILVA, 2016, p. 207)

²¹ A mais-valia significa a diferença entre o valor produzido pelo trabalho e o salário pago ao trabalhador. É, portanto, a base de exploração do sistema capitalista sobre o trabalhador. Em termos gerais, o sistema de mais-valia proposto por Marx é baseado na exploração do sistema capitalista, onde o trabalho e o produto produzido pelos trabalhadores são transformados em mercadoria com o intuito do lucro. Assim, os trabalhadores acabam recebendo um valor inferior que não condiz com o trabalho realizado (BOTTOMORE, 1988).

A apropriação da mais-valia pela classe capitalista é, assim, um modo particular de apropriação do trabalho excedente; a sociedade capitalista depende, como outras sociedades de classes, da apropriação do trabalho excedente da sociedade por uma determinada classe social. Todas as sociedades capazes de desenvolvimento produzem um excedente, e, portanto, nelas se despende trabalho excedente; em todas as sociedades de classes o trabalho excedente é apropriado por uma classe social por meio de certos mecanismos de exploração. Na sociedade capitalista, a forma específica de exploração é a apropriação da mais-valia por meio da exploração do trabalho assalariado. Entender essa diferença, através da teoria social de Marx (1978) é importante, pois como o mesmo afirmou em sua obra clássica *O Capital*²², ser trabalhador produtivo²³ ou improdutivo significa, portanto, imediatamente, ser explorado pelo capital.

O trabalho em saúde caracteriza-se como improdutivo, pois se apresenta na forma de um serviço que, se por um lado tem utilidade para a sociedade, por outro, é vantajoso como um produto ou mercadoria acabada convertida imediatamente em valorização do capital. Ou seja, “a realização do trabalho em saúde não produz a separação entre o produto do trabalho e o trabalhador”, chegando-se a conclusão que, apesar disso, há uma “relativa autonomia no exercício do trabalho em saúde” (SILVA, 2016, p. 182) e, portanto, na condução do trabalho pelos preceptores.

Ainda dentro da exposição sobre o trabalho, foram interessantes as considerações dos preceptores, ao mencionarem e, porque não dizer, o desabafar sobre suas condições de trabalho (14,89%), apontando formas de incentivar esse mesmo trabalho:

²² *O Capital* (em alemão: *Das Kapital*) é um conjunto de livros (sendo o primeiro de 1867) de Karl Marx que constituem uma análise do capitalismo (crítica da economia política). Muitos consideram esta obra o marco do pensamento socialista marxista. Nela existem muitos conceitos econômicos complexos, como mais-valia, capital constante e capital variável, uma análise sobre o salário, ou a acumulação primitiva; resumindo, sobre todos os aspectos do modo de produção capitalista, incluindo também uma crítica sobre a teoria do valor-trabalho de Adam Smith e de outros temas dos economistas clássicos. Porém como o seu conteúdo é volumoso e abrangente, não cabe aqui uma discussão mais aprofundada da obra integral em toda sua densidade. (BOTTOMORE, 1988)

²³ Desse modo, o trabalho em saúde circunscrito ao SUS é trabalho improdutivo. Marx explicita a diferença entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo. Diz-nos: uma cantora que entoia como um pássaro é um trabalhador improdutivo. Na medida em que vende seu canto, é assalariada ou comerciante. Mas, a mesma cantora, contratada por um empresário, que a faz cantar para ganhar dinheiro, é um trabalhador produtivo já que produz diretamente capital. Um mestre-escola que é contratado com outros para valorizar, mediante seu trabalho, o dinheiro do empresário da instituição que trafica com o conhecimento, é trabalhador produtivo (MARX, 1978, p. 76, IN: SILVA, 2016, p. 182).

Não, não tenho carga horária só para a preceptoria. Toda reunião de chefia a gente sempre fala isso, que é importante que a gente tenha definido, dentro da nossa carga horária, um momento para a gente se retirar e estar fazendo uma supervisão mais focada, porque a gente faz isso dentro do trabalho. (P1)

Eu já vim até fora dos meus dias de trabalho por conta da preceptoria e não tem remuneração. Não, não, nunca teve. (P7)

É pouco tempo liberado para a preceptoria. É a pouca informação que chega até você né. Eu acho que o programa é muito grande, muito bonito, mas precisa caminhar um pouco, né principalmente até mesmo na valorização do preceptor, né, que a gente não tem nenhuma. (P6)

Essa questão de carga horária eu acho negativo. Deveria era ter uma liberação de carga horária, porque eu acho que essa adequação da tua escala pra atender, que é uma coisa importantíssima para o sistema, né, pro SUS, deveria haver, mas não há. Quer dizer, então você tem a sua escala de trabalho. Tanto que eu vinha de casa pra fazer aula aqui, para o residente, fora do meu horário. (P5).

Eu penso num incentivo, acho que sim, incentivar o preceptor. No sentido do estudo, eu acho que deveria ter uma carga horária para eu estudar, ler, refletir. (P8)

Nós não somos valorizados enquanto preceptor. Com a residência ficamos mais sobrecarregados e não temos uma carga horária disponível para trabalhar só essa questão da preceptoria. Acho que quem é preceptor, ele deveria, porque que é uma coisa trabalhosa, não é uma coisa simples você tirar e dedicar um tempo para explicar, ensinar. (P12)

Seria bom ter remuneração. Porque não temos nenhuma remuneração extra para trabalhar com os residentes. Disponibilizamos nosso tempo para isso. (P3)

Os incentivos dizem respeito à indisponibilidade e à liberação de carga horária para o exercício da preceptoria (P1, P5, P6, P8, P12) e à remuneração extra (P3, P7) como forma de valorizar os preceptores. A exemplo da análise bibliográfica realizada sobre a produção dos “preceptores por eles mesmos” contida nos Cadernos da ABEM (ABEM, 2013), em todos os doze artigos apresentados, é debatida a questão da valorização dos mesmos através de incentivos, seja através de remuneração ou de tempo disponível para se dedicar as atividades de preceptoria:

Por ser uma prática com mais visibilidade recente, a preceptoria no Brasil ainda passa por uma série de problemas, que abrangem questões relacionadas ao trabalho cotidiano e a sua valorização, ou falta de, pela gestão do Sistema de Saúde. [...] [P]roblemas de gestão do trabalho: pouca carga horária destinada à preceptoria; tempo escasso para discussão com o residente; demanda assistencial elevada; acúmulo de funções; baixa remuneração e ausência de regulamentação para o exercício da preceptoria (ABEM, 2013, p. 17).

Trazendo a discussão para vivência da pesquisadora, entende-se que ser preceptor não se trata somente de treinamento e acompanhamento em serviço dos residentes, mas participação em outras atividades (reuniões de equipe, reuniões de colegiados, fóruns externos, estudos, atividades de supervisão e gestão, etc.). Nesse sentido, há uma dificuldade real dos preceptores em conciliar a formação necessária para o bom desenvolvimento da preceptoria com as atividades assistenciais (sobrecarga de trabalho). Já em 2015, a pesquisadora chamava a atenção sobre o fato de que a REMUS do HUAP vinha funcionando num cenário de crise dos HUs e da saúde pública, no que diz respeito aos rebatimentos nos espaços de formação e condições de trabalho dos profissionais da saúde/preceptores (SOUZA, 2015).

A prática cotidiana que envolve o trabalho na Residência em um Hospital Universitário (HU) gerou uma constante reflexão sobre a precarização da atividade da preceptoria, sendo necessário apontar as dificuldades e os danos, não só no que diz respeito à formação dos residentes, mas também à condução do trabalho dos preceptores. Esses últimos estando inseridos no cenário atual de contrarreforma do Estado, que pregoa ataques à Política de Saúde, de ausência de condições de trabalho e de limitação de Recursos Humanos (leiam-se, trabalhadores).

A consolidação do projeto neoliberal no Brasil vem se dando desde o Governo FHC (1995-2002), perpassando pelo Governo Lula (2003-2010) e chegando à gestão da Presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) até o presente Governo Bolsonaro. Limitando-se ao tema da pesquisa, as consequências foram, dentre outras, o incentivo às privatizações dos HUs, a criação da EBSEH e a precarização das condições de trabalho na área da saúde, impactando diretamente na formação e no trabalho dos profissionais de saúde. Pode-se destacar como parte desse processo a diminuição e o corte de financiamento para a saúde e os HUs e o sucateamento das políticas de saúde e educação.

Se nas décadas anteriores houve avanços nas reformas democráticas²⁴ em relação à ampliação dos direitos sociais traduzidos nas políticas sociais, no momento temos instaurada a contrarreforma, chocando-se com as conquistas alcançadas nas décadas anteriores. “Apresenta-se um cenário no qual entrecruzam

²⁴ Ver por exemplo a CF/88, a Lei 8080/90 (SUS) e Lei 8142/90 (participação dos usuários e da comunidade).

dois projetos em disputa na saúde: o Projeto Privatista, capitalista e o Projeto de Reforma Sanitária” (BRAVO, 2006). E como continuidade da política de saúde atualmente destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos e no desfinanciamento, o que expressa clara adesão e consentimento deste governo ao projeto neoliberal ora estabelecido no Brasil.

O Governo expressa o crescimento da privatização em detrimento do serviço público, lançando mão de parcerias público-privadas. Sua consolidação vem se dando por meio de contratos de gestão através da difusão de um deles junto aos HUs: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é apresentada como única saída para a “crise” que assola o Estado e a instituição HUAP/UFF. É necessário, entretanto, compreender, conforme a análise de Sodré et al. (2013) que a suposta crise instalada nos hospitais universitários abre precedentes para a aproximação voraz da privatização das áreas sociais de responsabilidade do Estado.

A saúde e a educação pública têm perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e de submissão a ditames mercadológicos, sendo as universidades tidas como palcos de balbúrdia.²⁵ A universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços. Tal relação de pontos problemáticos indica o pouco investimento no “público” e o número reduzido de profissionais, considerando que o trabalho na Residência não se atém apenas ao treinamento dos residentes na assistência, mas também a outras atividades, sobrecarregando os profissionais.

A análise do “mundo do trabalho” dos preceptores pelo viés marxiano e freiriano traz também à tona características que os dão autonomia e potencializam suas práticas profissionais, seus trabalhos em saúde, já que têm uma natureza interventiva na realidade. Essa intervenção participa diretamente do processo de reprodução social, voltando-se para a reprodução da força de trabalho. Contudo,

²⁵ Sob o pretexto de cortar gastos na Educação, o atual governo determinou, em abril de 2019, que o MEC iria “cortar verbas das universidades por balbúrdia”, apontando que, além da UNB e UFBA, até o momento da publicação deste trabalho, a UFF já estaria enquadrada no caso. (IN: <https://ultimosegundo.ig.com.br/educacao/2019-04-30/mec-vai-cortar-verbas-de-universidades-por-balburdia-e-ja-mira-unb-uff-e-ufba.html>)

também é uma ação interventiva que se realiza numa relação direta com usuários, alunos residentes e outros trabalhadores. E, como visto, esta ação interventiva carrega uma potencialidade criativa inerente à categoria trabalho: a práxis.

C4: O processo de Trabalho na REMUS

A análise das transcrições das falas permitiu identificar as categorias iniciais “competências na residência” (18,18%); “REMU e usuários” (13,63%); “processo de trabalho na REMUS” (36,36%) e “relações no campo da residência” (31,81%). Estas foram agrupadas conforme o tema, formando-se a categoria final “processo de trabalho na REMUS”.

Ao responderem como se dá o trabalho conjunto da equipe no seu campo de trabalho em relação à REMUS, e se existem atividades em que os preceptores de todas as profissões participam, os registros das falas apontaram não haver um trabalho conjunto. Os preceptores também relataram que o processo de trabalho está desvinculado, sem interface com a Residência, enfatizando não ter nenhuma relação com a mesma:

Não. Eu acho que tipo assim, os preceptores, eu acho que eles não caminham juntos, eu acho que é uma coisa muito mais desagregada. Eu acho que os residentes, em alguns casos, e dependendo do programa da residência, pelo menos os residentes. Mas em relação aos preceptores não, a nossa prática, ela já é desvinculada um profissional do outro, muito, por sinal. (P12)

Trabalho conjunto? Essa interface (atividades) ela não tem nenhuma relação com a Residência. (P8)

Mesmo fazendo parte da residência, na verdade isso (trabalho conjunto) devia ser incorporado antes da residência com os alunos. (P13)

Isso realmente é uma dificuldade. Eu não tenho. A gente não caminha junto [...] [!]sso é uma coisa que precisa evoluir mesmo porque eu entendo a clareza da importância da equipe. Mas ela, efetivamente, ela não acontece. Esse espaço que a gente fica aqui, por exemplo, é só o farmacêutico. Não existe nenhuma atividade dos preceptores juntos, nem em nível de reunião. Na REMUS não. (P10)

A legislação pertinente às residências em saúde representa uma das estratégias entre o MEC e o MS para a qualificação de profissionais de saúde, estando os seus parâmetros intimamente ligados aos preceitos da Reforma Sanitária

e da PNEPS, entendendo-as como formação em serviço. Sendo assim, elas devem qualificar trabalhadores para o exercício profissional no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

Com o advento da REMUS, além da alta complexidade de conhecimentos se fazer necessária, cada profissional deve exercer sua atividade em um processo de trabalho coletivo, com um trabalho conjunto, em equipe, desenvolvido com ajuda das diversas categorias profissionais. Pressupõe-se que os integrantes das equipes sejam capazes não só de executar suas atividades assistenciais, mas também de compartilhar conhecimentos e informações. Manter a especificidade de cada área profissional (desejável) e agregar o trabalho em saúde coletivo a partir da interdisciplinaridade é um desafio de grande parte das REMUS.

Historicamente, sendo considerada como um curso de pós-graduação *lato sensu*, a área médica foi a primeira experiência na condução desse tipo de especialização, voltada para o aperfeiçoamento acadêmico na prática em serviços. O movimento das residências no Brasil²⁶ surgiu seguindo o modelo americano ligado à residência médica que objetivava complementar o ensino teórico-prático dos jovens. Esta residência surgiu no final do século XIX, ligada à área de cirurgia do *John's Hopkins Hospital*. No século XX, a residência médica difundiu-se por todos os Estados Unidos contribuindo para a melhor formação dos médicos norte-americanos. Em 1933, a residência passou a ser uma exigência para todo o país.

Após o sucesso norte-americano, a residência foi criada no Brasil na década de 40. Para atender as demandas sociais do país, este tipo de programa se multiplicou. Em 1964 a residência médica adquiriu *status* de pós-graduação. Em 1970, o processo de especialização médica teve o seu auge e, durante esta década, a maioria dos residentes médicos era alocada nos hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A residência médica foi oficializada em 1977, através do Decreto nº 80.281, de 05 de setembro, regulamentando-a e criando o CNRS (BRASIL, 1977).

A REMUS no Brasil surge primeiramente na Escola de Saúde Pública do Rio grande do Sul, em 1976, sendo pioneira ao incluir outras categorias profissionais

²⁶ Histórico sobre as Residências Médicas contido no documento “Proposta de Criação da REMUS do HUAP/UFF”.

(enfermagem, medicina veterinária e serviço social), além da medicina. Em 1977, o programa deu ênfase ao trabalho multiprofissional e a integralidade do cuidado em saúde na rede básica de saúde (Saúde Comunitária), visando ultrapassar o paradigma da assistência centrada no cuidado médico-biológico.

A REMUS produz uma ação inovadora, na medida em que prevê superar a lógica da residência médica historicamente vinculada à especialização do médico e de outras residências uniprofissionais que, “embora não tenham como objetivo central especializar os profissionais realiza a formação entre seus pares, perdendo assim, em certa medida, a discussão coletiva e multiprofissional” (SILVA, 2018, p. 206). Sobre o trabalho multiprofissional na REMUS, um preceptor (P1) o reconhece, embora diga que cada preceptor atende separadamente, deslocando-se para conversar com outros profissionais, dentre eles, o médico, sobre casos pontuais:

Hoje em dia ele já tem o atendimento multiprofissional na REMUS, mas cada um atendendo separadamente. Vez por outra a gente se desloca, vai lá e conversa com o médico sobre o caso, ou conversa com o nutricionista – um caso pontual, não é habitual – o nutricionista vem aqui e fala, ou o enfermeiro, então a gente tem esse trabalho, mas é pontual, não é um trabalho sistemático. (P1)

A REMUS foi instituída pela Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, constituindo em modalidade de ensino de pós-graduação, voltada para a educação em serviços e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005a).

No HUAP, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) teve início em 2010, cuja organização e funcionamento seguem os moldes estabelecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS). À época da elaboração da proposta de abertura da REMUS no HUAP, os gestores responsáveis e alguns profissionais apontaram a importância de se convidar e incluir os profissionais de medicina na REMUS, o que foi recusado sob a justificativa de não estar de acordo com a legislação vigente. Outro fator é que mesmo a construção da proposta de criação da REMUS tendo sido elaborada com a participação de um coordenador médico da Residência uniprofissional, a maioria dos

profissionais médicos não concordaram em participar, devido a ser mais uma frente de trabalho, mencionando não dispor de profissionais suficientes para acompanhamento das atividades nos campos de prática.

Entende-se a importância da incorporação de todas as categorias profissionais nos projetos de REMUS, inclusive no HUAP, para buscar uma formação interdisciplinar, que compartilhe saberes, a socialização de conhecimentos tanto no processo de formação dos residentes em serviço em estreita relação com a prática:

O trabalho é mostrar o que eles [residentes] conseguem enxergar daquilo da prática deles na REMUS. (P7)

É trabalhar a prática na REMUS com os alunos. (P11)

Autônomo et al. (2015, p. 324), citando Botti e Rego (2011), ao descrever a relação preceptor-aluno-serviço e a introdução da docência no serviço, chama à atenção que “o preceptor tira proveito de situações de interdisciplinaridade propiciadas pela convivência entre residentes e profissionais de diferentes profissões e, com isso, obtém uma formação mais ampliada” (p. 324). Além dos desafios de se ter um trabalho interdisciplinar com as categorias profissionais que não fazem parte da preceptoria da REMUS/HUAP, bem como as que estão atuando no Programa, o processo de trabalho inclui, na maioria das vezes, atuar em mais de uma área de concentração, o que requer novos conhecimentos. Dois preceptores abordam em suas falas a complexidade das áreas de concentração da REMUS em relação ao trabalho com os residentes:

Não existe um trabalho em conjunto. Enquanto plantonista eu não via isso, com a minha coordenadora na época, e desde que eu entrei na coordenação. Não tem essa interação com os preceptores. Aqui na pediatria e também em outras áreas que eu trabalhei, muito complexo. (P4)

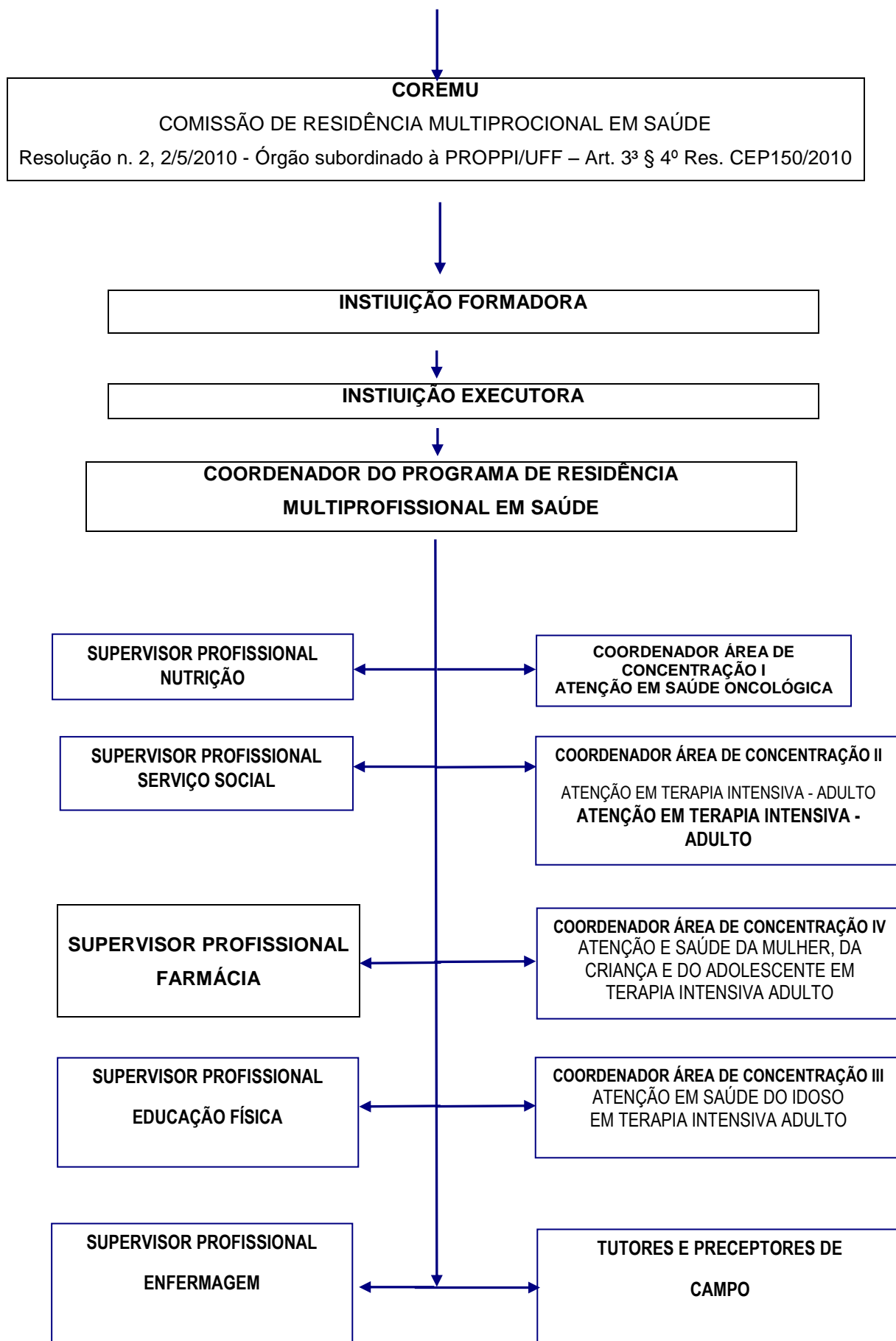
Então eu tento inserir o residente tentando entender essa complexidade que é a REMUS, não só da minha área de atuação e da minha profissão. (P8)

Ao refletir sobre sua atividade na REMUS, muitas vezes o preceptor se coloca a questão de como transmitir um conhecimento para um grupo heterogêneo de profissionais e se interroga: “como fazer dessa heterogeneidade, efetivamente, um propulsor de aprendizagens?” (AUTÔNOMO, 2015, p. 320). Dessa forma, o

processo de trabalho da pesquisadora junto aos residentes em seu setor de atuação inclui “domínio teórico e prático” das 04 áreas de concentração (Saúde da Mulher, Oncologia, Saúde do Idoso e Terapia Intensiva), além do contato com outros profissionais de categorias diversas (médicos, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) que não fazem parte da REMUS.

Atualmente as 04 áreas de concentração existentes contam com a participação de 05 categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Serviço Social. Além da função de preceptor, que é o objeto do presente estudo, existe a de supervisor profissional (geralmente ligada aos cargos de chefia), os coordenadores de área e os tutores (professores das categorias profissionais vinculados à UFF) conforme demonstrado no organograma abaixo:

Figura 1 - Organograma da COREMUS/HUAP



Já a Comissão de Residência Multiprofissional em saúde (COREMUS), prevista na Resolução CNRMUS nº 2, de 04 de maio de 2010 (BRASIL, 2010) é órgão subordinado à Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação (PROPI) da Universidade Federal Fluminense (UFF), sendo a responsável pela coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas pertinentes a esta modalidade de ensino no âmbito da UFF. O PRMS/HUAP é administrado por uma coordenação, uma subcoordenação e pelo colegiado do Curso de Residência, que possui caráter deliberativo e é regido por Regimento Interno. Em relação às diretrizes pedagógicas, o referido documento interno aponta que o Programa é planejado e instrumentalizado por um viés condutor que propõe atividades teóricas e práticas integradas para os residentes, objetivando o desenvolvimento de competências gerais dos profissionais de saúde.

No documento “Proposta de Criação da REMUS do HUAP/UFF”²⁷, referindo-se à necessidade do programa, pelo fato do hospital se caracterizar pelo modelo de atuação docente-assistencial, de aderir à proposta do MEC. A característica central era o hospital, e nele a residência, poderem ser os agentes de preparação de mão de obra qualificada para atender as demandas do SUS local. Um preceptor aponta a dificuldade deste trabalho com residentes em relação ao SUS:

Estamos muito embrionários em relação à Residência Multiprofissional em Saúde pelo SUS, de trabalhar com os residentes o ensino do SUS, sinto essa dificuldade em geral. (P2)

Ressalta-se que apesar de o documento interno da REMUS mencionar diretrizes pedagógicas e elencar que os conteúdos constituintes dos diversos módulos de disciplinas teriam como paradigma a busca de estudos e de práticas que contemplem as diretrizes e princípios do SUS, como a interdisciplinaridade, a integralidade e a humanização, comuns a todas as áreas, a ênfase é direcionada às rotinas, escalas, procedimentos e competências dos profissionais e residentes. Outro fator é que no Programa, desde a sua criação, ainda não foi implementado um Projeto Político Pedagógico (PPP) da REMUS. São propostas diretrizes

²⁷ Documento gentilmente cedido por uma supervisora de área. Um limite e desafio do presente estudo foi ter acesso à documentação existente (ou inexistente) do Programa. Várias foram as tentativas de contato com a gestão e acesso para consulta dos mesmos, o que não ocorreu. O site do Programa, que existiu até 2018 e no momento encontra-se desativado, não incluía tais documentação e o PPP constava como “em construção”.

pedagógicas focadas no processo de trabalho do alunado (residentes) articulando as competências gerais às respectivas competências específicas de cada área, e não na formação de preceptores.

O foco no processo de trabalho com os residentes também preponderou na entrevista, levando à formação da categoria inicial “relações no campo da residência” (31,81%), quando questionados sobre o trabalho conjunto e as atividades, conforme os exemplos dos três relatos a seguir:

Nunca presenciei Estou até surpresa de você ter falado isso para mim. Eu nunca presenciei. Todas às vezes que eu estive com residente foi eu e meu residente. Às vezes um ou dois, mas nunca um residente de nutrição junto com outro residente, ou eu com meu residente e com outros profissionais juntos. Nunca vi isso acontecer. (P2)

Eu acho que de início, apresentando o campo de atuação dos residentes, de uma forma geral, e acompanhando as atividades no dia-a-dia do serviço nas enfermarias em que elas vão estar direcionadas em determinado período. (P7)

Eu quase não vejo relação entre os preceptores não (...) o que é de positivo no processo de trabalho se dá com uma troca entre o profissional de área e o residente. Essa troca é fantástica, porque eu ensino a prática e eles trazem a teoria. Eles vêm fresquinhos. (P8)

No dia-a-dia com os residentes, como atividade inerente à preceptoria, existe uma relação de troca, onde o residente agrega novas possibilidades de produzir cuidado às rotinas da equipe, estimulando a renovação do trabalho, enquanto esta equipe se torna corresponsável pela formação dos profissionais residentes, proporcionando a inserção na lógica da realidade do cotidiano do serviço de saúde. Os preceptores demonstraram o que consideram como aspectos positivos o acompanhamento e a relação de troca entre residente e preceptor no processo de trabalho, destacando-se o contato com a teoria atualizada, que consequentemente suscitam a atualização do profissional nos cenários da prática.

Esta relação de troca citada pelos respondentes diz respeito à importância do conhecimento teórico, considerando os conhecimentos do residente (educando), respeitando a sua autonomia e o compartilhamento de experiências. Em *Pedagogia da Autonomia* (2016), Paulo Freire apresenta reflexões sobre a relação educadores-educandos dirigidas à práxis de um diálogo político-pedagógico fundado em virtudes éticas: na pedagogia apoiada na ética, no respeito e na própria autonomia do educando. Tendo como apoio os ensinamentos de Freire, cabe ao preceptor:

Como educador, devo estar constantemente advertido com relação a este respeito que implica igualmente o que devo ter por mim mesmo [...]. O respeito a autonomia e a dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros [...]. Saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber. (FREIRE, 2016, p. 58-59).

A relação horizontal entre educador e educando, favorece o desenvolvimento do olhar crítico do educando e sua autonomia frente à realidade. Paulo Freire (2016) afirma que a educação é um processo cognitivo, político, ético, histórico, cultural e social que se dá por meio da relação dialética e dialógica entre quem ensina e quem aprende, e transforma ambos, porque quem forma e educa, ao educar, se transforma. Sendo assim, somos seres histórico-sociais e não é possível estar fora da ética. O preceptor em sua natureza enquanto ser humano, não pode somente ensinar conteúdos, mas deve estar atento à formação moral do educando. Eticamente, não se pode “transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico, amesquinhando-se o que há de fundamentalmente humano: o seu caráter formador” (FREIRE, 2016, p. 34).

Os preceptores são referências para os residentes, promovendo a integração dos mesmos com outros profissionais e residentes da equipe. Os preceptores citaram, no que diz respeito ao processo de trabalho na REMUS, além da ênfase dessa relação com os residentes, a importância direcionada aos atendimentos aos usuários (13,63%):

Sim, existe. Não existe uma rotina. Mas a gente tem uma troca muito boa com os residentes de outras áreas. E eu acho que existe. Não existe uma hora, um momento fixo. Só nos atendimentos... Precisou ... Vai lá e atende.... dependendo das demandas dos usuários. Na verdade, os atendimentos aos usuários são separadamente e os encaminhamentos que concernem aos outros profissionais da REMUS a gente tem um protocolo para fazer. (P1)

A relação com o usuário fica melhor, eu percebo que é um ponto positivo. A gente desenvolve, assim, um senso crítico daquilo que a gente faz no dia-a-dia. Algumas coisas a gente já mudou aqui a partir da residência. (P5)

Autônomo et al. (2015) considera que o preceptor na REMU:

é um profissional vinculado ao serviço, visto que nessa modalidade ele tem a atribuição de inserir alunos de diferentes categorias profissionais no cenário de práticas e contar com o auxílio dos outros profissionais da equipe (p. 323).

Fica muito claro nas narrativas acima o papel importante do residente e a relevância da REMUS na relação com os usuários, cabendo ao preceptor fazer o acompanhamento das atividades e lhe oferecer *feedback* adequado, detectando possíveis erros na conduta com pacientes e contribuindo para a melhoria na técnica e na relação com os usuários (BOTTI; REGO, 2011).

Ainda com referência aos usuários, "ética" foi apontada somente por um preceptor (P11), relacionando-a com o processo de trabalho com o paciente, com outro profissional e com o residente:

Como você tá falando em residência multi, são interfaces com uma série de outras profissões, inclusive a profissão médica, então às vezes, a gente precisa de uma resposta mais consubstanciada naquilo que a gente se propõe a fazer, né [...], num caso clínico, numa doença, ou no lançamento de uma droga nova com determinado tratamento mais recente. Então a gente sempre ajuda nesse tipo de preceptoria. E aí a preceptoria tem mais como fundamento não só as questões éticas do processo, não é? Mas também as questões técnicas. Eu acho que isso são coisas que são bem... bem... características. A ética do processo em si de como lidar com o paciente, como lidar com outro profissional, com o residente. isso aí é um negócio interessante também de eu orientar nesse sentido. E a própria preceptoria faz isso, porque eu converso com os residentes sobre a REMU. (P11)

Tema já explorado ao longo deste estudo, são vários os papéis do preceptor: realiza atendimentos assistenciais, supervisiona, orienta, atua como moderador nos casos clínicos, busca o trabalho conjunto com outros profissionais, articula a teoria com a prática, ensina e educa, acompanha os residentes diariamente, etc. Assim, é de bom tom que o seu trabalho não deva ser efetuado "distante" dos pacientes/usuários, o que diminui as oportunidades do residente de desenvolver habilidades técnicas, de formação e observar o preceptor em ação, além de buscar a melhoria e excelência nos atendimentos do seu público-alvo. Complementa-se que no exercício da preceptoria é mister "desenvolver boa relação com residentes, com paciência, respeito, **ética** e, acima de tudo, ser um bom exemplo da capacidade de relacionamento com o paciente, sua família e com a equipe de saúde" (ABEM, 2013, p.35).

Conforme frisado, somente um preceptor citou em sua resposta a ética como inerente ao trabalho do preceptor. Alguns estudos utilizados na discussão desta temática (BOTTI; REGO, 2008 e 2011; AUTÔNOMO et al., 2015; ABEM, 2013), mencionaram a ética na relação com os residentes e pacientes. A pesquisadora, em

sua busca bibliográfica e revisão de literatura, observou a escassez de escritos sobre o tema da ética relacionada ao preceptor, um olhar mais humano e o “cuidado para com quem cuida”, o que de acordo com a experiência em campo da pesquisadora é extremamente relevante, apontando-se aqui a necessidade de novas pesquisas sobre a temática da ética.

No atual panorama da REMUS, o preceptor necessita, acima de tudo, lutar contra as adversidades das diversas situações em que trabalha –superlotação dos hospitais, falta de condições adequadas de atendimento e, conseqüentemente, de ensino. Neste cenário, a atenção ao modelo de formação que orienta os residentes deve ser muito maior; cabe ao preceptor, entre outras responsabilidades, não permitir que, apesar de situações inadequadas de infraestrutura, o residente se acomode a uma situação de desumanização do trabalho do profissional da saúde (ABEM, 2013, p.104-105). A essa reflexão acrescenta-se a atenção à desumanização que envolve o cotidiano do preceptor.

O reconhecimento das exigências e responsabilidades típicas de sua função são aliadas à grande carga de trabalho e ao stress e à saúde mental pelas peculiaridades do trabalho em saúde, lidando com o sofrimento humano em diferentes aspectos e momentos da vida. Não fossem suficientes as questões relacionadas ao objeto de ação dos preceptores e à complexidade do mundo do trabalho²⁸, o processo de formar e educar que se dá na residência é desafiador, pois “muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais” (ABEM, 2013, p.16).

O desafio será extrair das situações complexas e contraditórias de seu exercício profissional diário a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução, exercer estratégia que favoreça uma atitude reflexiva e emancipadora dos processos vividos. Como produto²⁹ de nossa pesquisa, alternativa primeira para qual se aponta é a “agenda fundamental de reflexão” com a organização de espaços de debates, diálogos e ações dos preceptores, tomando a

²⁸ Tema discutido na análise da Categoria 03: “Trabalho do Preceptor”

²⁹ O produto da pesquisa é desenvolvido no Capítulo 7: “Reuniões interdisciplinares no formato de rodas de conversa”.

forma de ação-reflexão-ação, formando um círculo de potências de emancipação política. O que de maneira permanente ajudará a atingir este objetivo é a:

Compreensão da história como possibilidade e não como determinismo, de que decorre necessariamente a importância do papel da subjetividade na história, a importância da capacidade de comparar, de analisar, de avaliar, de decidir, de romper, e, por isso tudo a importância da ética e da política (FREIRE, 2016, p. 142).

C5: TRABALHO EM EQUIPE, INTERPROFISSIONALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE: COMPLEXIDADE NO CAMPO DA REMUS

A análise das transcrições das falas permitiu identificar, a partir da pergunta “comente sobre a diretriz da interdisciplinaridade e como ela se aplica ao seu cotidiano de trabalho?”, as categorias iniciais “atividades em equipe” (31,5 %); “interprofissionalidade” (36,84%); “interdisciplinaridade” (26, 31%) e “multidisciplinaridade” (5,26%), formando a categoria final “trabalho em equipe, interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade: complexidade no campo da REMUS”.

A partir do questionamento sobre a interdisciplinaridade contida na pergunta em tela e as respostas dos preceptores traduzirem a diversidade de conceitos usados em relação à formação e trabalho em equipe – multiprofissionalidade, interprofissionalidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade - fez-se um breve passeio pela literatura pesquisada. Segundo Minayo (2010), há uma variedade de conceitos que geralmente são usados na abordagem da relação entre disciplinas, quase sempre de forma bastante imprecisa e complexa. Apesar de a autora afirmar que se propôs a definir esses conceitos no plano teórico para ampliar o conhecimento, o objetivo é que também possam subsidiar uma prática transformadora.

Dessa forma, faz-se necessário ampliar a discussão sobre o trabalho vivenciado nos espaços das REMUS, buscando subsídios nesses referenciais teóricos e na prática cotidiana que esclareçam o trabalho multiprofissional desenvolvido – que se almeja interdisciplinar. Procurou-se por autores que a

conceituem e a conduzam como uma interconexão entre os saberes no contexto do trabalho em equipe multiprofissional, potencializando a construção da socialização desses saberes e de ações compartilhadas.

Através de observação e trabalho no setor, os encontros dos profissionais se dão por meio dos chamados *rounds*, com discussões acerca dos aspectos da doença, prescrições e condutas clínicas. Não desmerecendo a necessidade e importância desse instrumento de trabalho, mas é mister apontar que os *rounds* possuem características peculiares: *rounds* estritamente por categorias profissionais com discussões acerca dos aspectos da doença, prescrições e condutas clínicas. Tal constatação foi corroborada pelas falas dos preceptores ao associarem, em sua maioria, os *rounds* clínicos e discussão de casos como atividades em equipe (31,57%):

Eu vejo isso [interdisciplinaridade] só quando a gente participa de algum *round*. Se eu tiver oportunidade. Eu já vivi isso quando eu ficava no terceiro andar, e quem costuma ficar no terceiro andar é o residente e o nutricionista, cobrem a unidade coronariana, que costuma fazer *round* junto com fisioterapeuta, acho que assistente social também, na época. Não sei por que já tem um tempinho, não consigo lembrar direito. Mas nesse momento eu vi, mas depois que eu saí dali eu não presenciei isso mais. (P2)

Eu acho que não, acho que cada um vê o seu próprio interesse. O médico só vê o interesse do paciente, que é a prescrição médica, eles passam *rounds* todos os dias, mas é um outro problema que a gente também não participa na REMUS, por que para o enfermeiro também tá junto desse médico a gente também tem que ter uma estrutura melhor na enfermaria, né. Não tem como você ficar todos dia em reunião que dura quase 3h com tudo aqui fora pra fazer [...] Iguamente pra vocês né, pro serviço social, a nutrição também que deveria assumir também não participa... É uma coisa acho que pra frente né, um projeto pra frente. (P9)

Então isso já se dá normalmente na prática, por que nós temos *rounds*, nós temos discussões de casos, ou esse trabalho conjunto de equipe é só no *round*. O *round* é o espaço físico pra gente tomar conhecimento de todo conteúdo das diversas áreas e do que pode ser abrangido e que possa haver uma interação, e reconhecido o trabalho de cada profissional. Então a partir dali, quando a gente, cada um coloca a sua visão sobre aquele, o seu olhar sobre o que é trabalhar em cima daquele usuário, se dá a interdisciplinaridade. Mas existem certas dificuldades. Nem todos ainda, é um aprendizado constante isso, né, é muito difícil. (P8)

Realmente faz falta a gente participar de *round*, em relação à residência não tem muita interação realmente, a gente foca na residência, em tá com aquele aluno, em preencher os requisitos que ele pede, então assim, é uma coisa bem individual, eu acho. (P9)

Então, eu não posso dizer que é um trabalho efetivamente interdisciplinar, mas existe uma tentativa de pelo menos discutir os casos. Eu não posso dizer que o plano terapêutico do paciente é feito em conjunto com a equipe

toda, porque cada um faz o seu, entendeu? Mas existe pelo menos uma discussão daquele caso. (P1)

As diretrizes na área da saúde para ações integradas entre MS e MEC, englobam políticas públicas que apontem a reorientação do modelo assistencial, conforme preconizado pela Reforma Sanitária. A efetivação do SUS requer tanto estratégias como a implementação de atividades de educação permanente de competência do MS, quanto a elaboração de projetos pedagógicos visando à formação **interdisciplinar** de profissionais e a existência das REMUS (BRASIL, 2005c; 2005e). Foi apontada a relação da interdisciplinaridade com a inexistência de atividade “dos preceptores, juntos” e na REMUS:

Isso não acontece. Isso não... não existe nenhuma atividade dos preceptores juntos [...] nem em nível de reunião... não... não... (P10)

Infelizmente não. Ainda tem a residência que é uma que também não tem a interdisciplinaridade. (P3)

Para que se inicie um olhar interdisciplinar é necessário o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e, nela, os preceptores, ultrapassando o modelo biomédico tradicional, trazendo maior diversidade e troca de conhecimentos e ações. É importante a relação interdisciplinar e não só a multidisciplinar, estimulando a contínua comunicação horizontal (“conversa”) entre os preceptores.

Isso é um grande erro porque a gente tá falando de uma residência que é uma proposta **multidisciplinar**. (P7)

Há na verdade uma **multidisciplinaridade**. Há uma conversa entre todos os profissionais. A gente percebe que, no cotidiano, pelas pessoas que estão aqui, acaba que essa conversa acontece, mas eu volto a falar, a gente precisa ter um programa, uma coisa mais bem fechada, com metas, com objetivos. (P4)

A multidisciplinaridade se constitui na justaposição de disciplinas, cada uma com suas teorias e metodologias próprias, “cada uma no seu quadrado”. A autora Minayo cita profissionais de diversas áreas que podem dissertar sobre um tema e a partir daí obter uma visão do mesmo sob diversas perspectivas. Para ela, a multidisciplinaridade tem sua importância também, pois ela é “melhor do que o

pensamento único que, em pesquisas e ensino, aporta um ótica unidisciplinar e fechada” (MINAYO, 2010, p. 436)

De acordo com Silva (2018), ao abordar a formação e práticas interdisciplinares, a integração dos saberes nas REMUS não elimina a especificidade de cada área profissional:

Nas bases de instituição da REMUS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas. Possibilita a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde. Nesse sentido, a implementação e sustentação desta formação em serviço a partir da interdisciplinaridade é um dos deságios comuns a todas as RMS (SILVA, 2018, p. 206).

São muitos os conceitos de interdisciplinaridade na literatura pesquisada, mas tomamos para a discussão alguns elementos que puderam nortear o presente estudo sobre essa diretriz no âmbito da saúde. A interdisciplinaridade é um tema que necessita ser “avivado” para gerar contribuição para o setor saúde, pois historicamente se vive num contexto caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações. Voltada para a formação do indivíduo, a interdisciplinaridade propõe a capacidade de dialogar com as diversas ciências, fazendo entender o saber como um e não partes, ou fragmentações (FAZENDA, 1998).

Em seu artigo “O Conhecimento Pedagógico e a Interdisciplinaridade: o saber como intencionalização da prática”, do Livro “Didática e Interdisciplinaridade” (1998), da autora Ivani Fazenda, Severino resume bem a importância da formação e prática interdisciplinares:

A prática da interdisciplinaridade, em qualquer nível, mesmo no plano da integração curricular, depende radicalmente da presença efetiva de um projeto educacional centrado numa intencionalidade definida com base nos objetivos a serem alcançados pelos sujeitos educandos [...]. Mas, se o sentido do interdisciplinar precisa ser redimensionado quando se trata do saber teórico, ele precisa ser construído quando se trata do fazer prático (p. 40-41).

Ao se assumir o papel de preceptor, precisa-se estar de acordo não só com as atividades rotineiras e premissas da profissão, mas também com os princípios e diretrizes do SUS.

Mas às vezes cada um na sua rotina fica tão imerso, enrolado na sua rotina, que não tem tempo para fazer a interdisciplinaridade né, ali como um princípio, né, do SUS. (P6)

Não temos. Porque para o SUS não é um princípio, mas é algo [a interdisciplinaridade] que existe dentro do próprio SUS. (P1)

Compreende-se que é importante mantermos a especificidade das profissões, contudo, sente-se a necessidade de se adquirir conhecimentos e práticas necessárias para a formação e o trabalho interdisciplinar. Apontando agora a interdisciplinaridade como estratégia de articulação de várias disciplinas em que o foco é o objeto, o problema ou o tema complexo, para o qual não basta a resposta de uma área só, entende-se que ela deve estar presente na definição do objeto, na discussão de vários conceitos e nas propostas metodológicas e técnicas. Sendo assim, “a interdisciplinaridade não configura uma teoria ou um método novo: ela é uma estratégia para compreensão, interpretação e explicação de temas complexos” (MINAYO, 2010, p. 437).

A Resolução nº 02 de 13 de abril de 2012 do CNRMS dita que os programas de formação de profissionais para o SUS precisam abranger aspectos em relação à dimensão pedagógica. A Residência Multiprofissional em Saúde deve ser conduzida por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem condizentes com linhas de cuidado na atenção à saúde, com metodologias e dispositivos, de modo a garantir a formação integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012, p. 03).

E considerando os aspectos da formação, os preceptores acusam não saber sobre a diretriz da interdisciplinaridade e a falta de reconhecimento da mesma como objetivo da REMUS:

Eu não sei como é isso, a diretriz da interdisciplinaridade, não fica muito claro por conta na nossa própria formação. (P1)

Eu sinto a falta do reconhecimento dessa interdisciplinaridade no próprio objetivo da residência multiprofissional; eu acho que ela foca muito trabalho **multi** e não **inter**, então a dificuldade maior tá na formação, na escolha das disciplinas, no conteúdo. (P8)

No que se refere às competências do preceptor pelo regimento da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), bem como nas atribuições específicas da profissão da pesquisadora, verifica-se a ausência de atividades e trabalho interdisciplinares, fato comprovado também na prática multiprofissional com a equipe cotidianamente. Isso causou um estranhamento no início da residência, pois se implantou o programa e os preceptores e residentes começaram a trabalhar sem capacitação para tal função e em setores onde historicamente não havia trabalho interdisciplinar. Como na fala de uma das residentes, “cada um no seu quadrado”³⁰. Visualiza-se a multiprofissionalidade (Enfermagem; Farmácia; Nutrição e Serviço Social) nos campos de atuação, porém cada um no seu segmento, “dividindo” a saúde, o paciente, sem a concepção do todo. Daí a dificuldade mesma da interdisciplinaridade.

Três preceptores entrevistados também associaram a lacuna da interdisciplinaridade em sua prática às expressões “cada um no seu quadrado”, “cada um no seu canto” e “cada um no seu pedaço”:

Assim, não, não existe. Essa lacuna, no meu modo de ver, ela tá. Ela não acontece na prática, essa troca entre os preceptores das diversas áreas profissionais. De uma forma geral, essa atividade eu desconheço. Cada um no seu quadrado, com o seu residente. Você tá falando com relação aos outros preceptores, das outras áreas? Não tem. (P7)

Não, uma coisa muito falha ainda. Acho que fica todo mundo no seu canto ainda, cada um no seu quadrado. A gente não se une muito ainda. As informações se perdem. (P9)

Vejo não, o que eu vejo sim, você trabalha de forma (...) como é que eu vou dizer (...) o que eu vejo muito é os residentes da farmácia aqui na farmácia. Quando eles saem da farmácia a interação deles é com o corpo clínico lá do hospital, ou com o médico, ou com o enfermeiro, quando vai atender um determinado caso. A interface acontece lá. Essa interface ela não tem nenhuma relação com a residência, não sei porque, né. Porque isso não é um, parece que é uniprofissional. Na residência multiprofissional não tem uma coisa estabelecida e é cada um no seu pedaço. (P11)

As situações que envolvem a ausência de ações interdisciplinares vão desde a ausência nos atendimentos (respeitando-se situações que exigem sigilo

³⁰ Expressão utilizada por uma residente e que gerou uma forte reflexão sobre a condução do trabalho como preceptora e uma das motivações para a necessidade de pesquisa sobre o tema. Posteriormente, na análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os preceptores, surgiu a mesma expressão, culminando na escolha do título da pesquisa e dissertação. Registramos que o termo é também o refrão de um famoso funk carioca.

profissional) até a discussão dos casos e propostas de resolutividade. Outro fato importante é não se discutir a própria condução da preceptoria, oportunizando a reflexão e troca de informações.

Uma das críticas dos residentes e de alguns preceptores é a alocação dos profissionais obedecendo a critérios de escala e não em conformidade com o objetivo de uma residência que carrega o nome multiprofissional e com a diretriz da interdisciplinaridade. A multiprofissionalidade se refere também à múltipla articulação, mas em relação às áreas profissionais, conforme a análise de Minayo (2010). Ela ocorre quando geralmente são necessários saberes de vários especialistas para solucionar um problema complexo da prática. O P10 faz em sua verbalização críticas ao exercício multiprofissional:

A REMUS é multiprofissional só no nome mesmo, o que interessa pra eles é cobrir escala de serviço. (P10)

Às vezes, por falta de profissionais em um setor, o residente é deslocado, o que o afasta do trabalho com seus pares de categorias diferentes. O mesmo ocorre com os preceptores que frisam que além de não ver um trabalho multiprofissional, tampouco vêem a interprofissionalidade:

Não vejo trabalho interprofissional não. (P6)

Então, não tem interprofissionalidade. (P8)

Já outros preceptores citaram o esforço de uma interlocução e entrosamento, proporcionando a interprofissionalidade quando se discute e se mantém um certo *link* na prática:

Eu consigo uma interlocução se eu procurar o profissional para tentar esclarecer, ou ajudar, ou tirar alguma dúvida, alguma coisa que possa melhorar o atendimento. (P3)

Nós da enfermagem, a nutrição e o serviço social, é melhor o entrosamento. Poderia ser maior, mas assim, ainda tem um *link*, a gente ainda consegue manter um certo *link*. (P5)

Na verdade, então, isso é uma coisa acho que muito da prática, em relação, talvez não como preceptor assim, a gente tem uma interferência tão grande em relação a isso, como falei. Tipo assim, quando a gente é preceptor aqui a gente tem, a gente fica meio que isolado com o residente, então não tem interprofissionalidade ali, a gente vai ter quando a gente realmente vai discutir alguma coisa profissionalmente com os outros profissionais do

Antônio Pedro, porque nisso eu acho que a gente acaba tendo, mesmo porque, como a gente participa na prática. (P12)

Para Minayo (2010) existe uma confusão muito comum quando se diz que se realiza uma atividade interdisciplinar, quando na verdade o que se coloca em ação é a interprofissionalidade, que significa a colaboração entre profissionais para a solução de problemas ou para execução de um programa que requer a presença, por exemplo, do assistente social, médico, psicólogo, etc. “Nesses casos, não estamos diante de disciplinas propriamente ditas, mas sim de campos de conhecimentos e práticas” (p. 436).

Ao dizer que a interdisciplinaridade não é apenas de uma justaposição de múltiplos saberes, mas que é preciso chegar à unidade na qual o todo se reconstitui como uma síntese que, nessa unidade, é maior do que a soma das partes, Severino (FAZENDA, 1998, p. 45) conclui que é necessário ser também prática transdisciplinar. A transdisciplinaridade não foi mencionada por nenhum dos preceptores nas entrevistas. No entanto, na literatura pesquisada, a mesma é destacada por Minayo (2010) como um caminho de coletividade e respeito ao saber e a contribuição de cada um, podendo surgir projetos e debates sobre as propostas de resolutividade apresentadas nos ambientes de formação e trabalho. Na visão transdisciplinar busca-se o diálogo, a junção e complementação dos saberes, pois promoverão uma aprendizagem e trabalhos de forma integral, não fragmentados. Mais do que conhecer e trabalhar, a transdisciplinaridade propõe o desejo de aprender, buscando estratégias que envolvam a fala e a participação de todos. A transdisciplinaridade é definida como uma ação resultante da capacidade de ultrapassar as fronteiras das disciplinas pelo investimento articulado e a contribuição das diferentes disciplinas. A transdisciplinaridade inclui “a articulação de teorias e conceitos, métodos e técnicas e, não menos importante, o diálogo entre as pessoas” (MINAYO, 2010, p. 437).

Sintetizando a discussão, em seu artigo intitulado “Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Complexidade”, Minayo (2010) busca apresentar uma síntese sobre a questão da interdisciplinaridade, esclarecendo o conceito e o de multiprofissionalidade e transdisciplinaridade, visualizando que:

[A] interdisciplinaridade não deve ser entendida como uma camisa de força para juntar pessoas, e nem acomodar interesses: quando demandada, ela responde a uma pergunta trazida por um tema, de tal forma que ultrapasse a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade [...]. A interdisciplinaridade deve estar presente na definição do objeto, na discussão dos vários conceitos, e nas propostas metodológicas e técnicas. Nesse sentido, [...] não configura uma teoria ou método novo: ela é uma estratégia para compreensão, interpretação e explicação de temas complexos (p. 436-437).

E por preferir não usar essa “camisa de força”, a interdisciplinaridade desafia para um novo olhar. Vai exigir diálogo e desafios de mudar o que está posto. Mas as palavras de Minayo (2010) encorajam: “ninguém precisa ter medo de, num trabalho complexo e interdisciplinar, ficar engolido pelo grupo. Não há esse perigo, pois cada um está ali exatamente para dar sua contribuição e se enriquecer com a interfertilização de todos” (p. 442). É no terreno “interfértil” das enfermarias³¹ femininas, no modo de preceptorar e atuar no contexto da residência, que poderão surgir coletivamente reuniões interdisciplinares em formato de rodas de conversa visando, além do debate sobre a atuação “em si”, propostas de resolutividade da atenção e cuidado aos usuários com base na educação permanente, o que favorecerá a discussão sobre a formação pedagógica dos próprios preceptores.

C6: “EDUCAÇÃO CONTINUADA É UMA COISA, PERMANENTE É OUTRA”

A partir das perguntas “você já participou de alguma atividade ou formação para exercer a preceptoria?”, “como foi preparada (o) para essa função?” e “se sente capacitado (a)?” ao longo da entrevista, após a análise do conteúdo, surgiram 03 categorias iniciais: capacitação (57%), Educação Continuada (12,5%) e Educação Permanente (30%). Estas categorias foram agrupadas conforme o tema e formou-se a categoria final “Educação Permanente”.

A Educação Permanente (EP) tem sido adotada, no Brasil, como política de desenvolvimento humano para o Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se

³¹ Referimo-nos a essas enfermarias, pelo fato de ser nosso local de atuação, e por onde pretendemos iniciar nosso produto da pesquisa: *Projeto de rodas de conversa nos moldes da EP*, para posteriormente, após avaliação, expandir para as demais áreas e setores do HUAP.

como uma proposta de ação estratégica em cumprimento à Constituição de 1988, à Lei 8080/90 e à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS). Ao apontar a inexistência de atividades de formação para exercer a preceptoria no HUAP, um dos preceptores aponta a importância de um profissional com experiência em Sistema Público de Saúde (SUS) e com uma formação permanente:

Eu no início, eu fiz, eu fazia até aula aqui. Não, entendeu, nós não temos atividades não, nós não temos isso, entendeu. Então assim, eu acho que o SUS ganha com relação ao usuário, porque pra ele ser um futuro profissional da rede, que ele já teve uma experiência com esse sistema público, quer dizer, ganha o sistema, você vai ter um profissional com uma visão diferente da academia, quer dizer, a realidade, só que é a tal coisa: nem sempre a realidade te ajuda, os ajuda a se formarem de uma forma melhor, **permanente**, né. (P5)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi proposta no Brasil em 2004 (BRASIL, 2004) sendo caracterizada como uma estratégia que almeja promover transformações nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, estimulando que haja o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços. Esta estratégia é corroborada por um dos preceptores, que visualiza a EP como propulsora do ensino no próprio serviço:

Então, eu vejo o trabalho da residência, o desenvolvimento da preceptoria, como o ensino de uma educação permanente. É lógico que esse profissional está se especializando numa determinada área, mas é um fazer continuado, é uma forma de você estar fazendo e ao mesmo tempo ensinando, no próprio serviço. (P1)

A Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007 – que dispõe sobre as diretrizes para implementação da PNEPS e dá outras providências - surge para definir novas diretrizes e estratégias, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL,2007b) :

O Art. 2º

Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - EPS: aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na

aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;

II - aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho.

Nesse contexto, o MS propôs a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema. A PNEPS (BRASIL, 2009) traz explícita essa proposta e materializa a nossa resposta de como a EP pode impactar o trabalho em equipe, desde que articulada com:

[o]s princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à Saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede [...], em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (PNEPS, 2009, p. 20-21).

A educação permanente é uma estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, atenção, formação e controle social, uma vez que o processo de aprendizagem tem natureza participativa, e apresenta como eixo principal o cotidiano nos serviços de saúde. Voltada para o mundo do trabalho, a educação permanente caracteriza a junção entre saúde e educação, constituindo o quadrilátero da formação que contempla gestão, ensino, atenção e controle social.

Figura 2 - Representação do quadrilátero da formação



Fonte: Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005)

No texto “O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social”, Ceccim e Feuerwerker (2004) situam a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo, que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social, permitindo assim:

[...] que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS (2004, p. 43).

A contento, a EPS, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional, e não como mero campo de estágio (e de preceptoria, como em nosso caso) visando treinamento ou aprendizagem vertical somente.

A EP é aprendizagem no trabalho e se baseia na Aprendizagem Significativa, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Podemos entendê-la então como aprendizagem-trabalho (ocorre no cotidiano das pessoas e organizações), sendo feita a partir da problematização do processo de trabalho e da atuação dos trabalhadores da saúde, levando em consideração as necessidades de saúde dos

usuários. Os processos de EPS têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A educação permanente é baseada na pedagogia da problematização; no trabalho reflexivo grupal e na transformação das práticas dos serviços. É sustentada pela concepção de aprendizagem para a transformação das atividades profissionais mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde.

Segundo Luz (2010),

A educação permanente pode possibilitar que os profissionais repensem suas práticas e condutas, entendam o processo de trabalho no qual estão inseridos, busquem novas estratégias de intervenção e, além disso, pode fazer com que superem as dificuldades individuais e coletivas no trabalho.
(p. 5)

Logo no início da criação da residência no HUAP, a única experiência de “capacitação” foi muito criticada, principalmente pelos residentes e preceptores. Os preceptores iniciaram suas atividades na REMUS sem uma qualificação, formação e preparo para desenvolver o trabalho junto aos residentes. Apesar da REMUS ter sido criada pelo MEC em 2005 e implantada no HUAP/UFF em 2010, somente em 2011, atendendo a críticas dos próprios preceptores é que eles foram convocados para uma capacitação. Porém em nenhum momento os preceptores foram consultados ou ouvidos sobre as suas necessidades e demandas advindas desse processo, com o objetivo de se conduzir essa capacitação.

A capacitação foi agendada numa primeira reunião com uma das gestoras do programa e teve início com o título: “capacitação pedagógica de preceptores REMU”. Na época, a atividade se deu nos moldes da Educação Continuada (EC), tendo como ponto positivo que, mesmo sendo trazido um “pacote fechado” de habilidades e conhecimentos, aprendemos um pouco sobre a dinâmica da residência, sobre a análise institucional e as atribuições específicas das diversas categorias profissionais envolvidas no exercício da preceptoría. Na época, teceram-se algumas reflexões da capacitação para os preceptores da Residência Multiprofissional:

a) A capacitação se deu em uma sala destinada a reuniões no espaço do hospital. Porém, o formato foi de uma aula tradicional e não em formato de roda, o que dificultou a horizontalização das falas e interação dos participantes;

b) A capacitação não inseriu o aspecto interdisciplinar/interprofissional e, conforme as dúvidas e críticas iam sendo levantadas pelos preceptores, foi argumentado que era uma aula objetivando ensinar e que tinha se preparado o material com antecedência. Os conteúdos foram transmitidos de forma vertical e sem interagir com os “alunos”, ou seja, os preceptores. Concorda-se com Freire (2016) quando ele descreve os saberes necessários à prática educativa transformadora:

[...] O cotidiano do professor [...] como educador progressista, não pode prescindir para o exercício da pedagogia da autonomia aqui proposta. Uma pedagogia fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando. [...] De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudanças. (p. 11-12).

c) Os conteúdos trabalhados vieram em forma de pacotes, de cima para baixo numa relação vertical, não atendendo as necessidades dos preceptores em relação à sua formação e ao seu processo de trabalho, baseado nos problemas do cotidiano, visando também um melhor cuidado e assistência aos usuários e seus familiares. Como exemplo, a aula transcorreu através de slides com os temas sobre: conteúdos programáticos referentes a definições de termos e legislação; escalas; edital de abertura do curso; os deveres dos preceptores centrados em teorias comportamentais; o desestímulo dos profissionais e a importância da autoestima (sem se perguntar o porquê disso); regulamentos sobre os residentes; instalações do curso; etc.

A exemplo da observação e experiência da pesquisadora na atividade descrita acima, na entrevista 02 preceptores mencionaram a mesma questão:

A partir de 2010, formação não. Mas teve seminário. Tive um seminário que eu participei na residência multiprofissional. Foi quando ela começou a ser implantada. Mas não foi voltado para o preceptor, com os temas: PPP; educação permanente na prática do preceptor... não... não... não tem educação permanente. (P6)

Por exemplo, a gente tem a comissão de educação continuada, então tem várias pessoas ali que também são preceptores. Não é para preceptoría especificamente, né. Para a preceptoría especificamente não existe alguma

coisa específica que a gente converse sobre isso. Teve uma no início que não rolou. Talvez falte diálogo, né. (P12)

Ainda criticando a inexistência de formação e EP para preceptores na REMUS/HUAP, um preceptor menciona existir EP promovida pela atual gestão (EBSERH); no entanto, sem propostas “na prática”:

Na minha opinião, nunca teve. Eu não tenho formação e nem preparo nenhum. Eu também não sei se a EP do hospital tem algum trabalho. Eu sei que tem a EP no hospital, pela EBSERH agora, mas não chega aqui na enfermaria. Eu hoje eu não me sinto capacitada. Eu não sei nem quais são as propostas. É muito vago. (P9)

Entendemos que nos campos de ensino e formação os projetos pedagógicos poderiam incorporar a educação formal, a EP e a EC, entretanto, não se visualiza a EP no âmbito da preceptoria. Mas afinal, qual seria a diferença entre EP e EC? A educação permanente é focada no processo de trabalho que visa à transformação de uma realidade da prática de saúde pela discussão e análise conjunta e participativa dos problemas reais do ambiente de trabalho, indo além de capacitações técnicas e aprimoramento de habilidades, gerando aquisições de novos conhecimentos, atitudes e desejo de aprendizagem constante (FARAH, 2003). Já a educação continuada complementa a formação do profissional, sendo entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, centrada no indivíduo, com intuito de aperfeiçoamento, e definida por meio de metodologias formais (FARAH, 2003).

Quadro 21 – Diferença entre Educação Permanente e Educação Continuada

Educação Permanente X Educação Continuada

Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público – Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico - científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Continua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: MANCIA et. al, 2004.

Frisando que não vê a EP dentro do hospital, um preceptor sinaliza saber que a gestão proporcionará um curso de especialização em preceptoria, porém fica confuso ao distinguir a EC da EP, concluindo sua fala com a frase: “educação continuada é uma coisa e permanente é outra”:

Uma coisa que eu acho importante é a educação permanente. E eu não vejo aqui no hospital. E eu acho importante. Eu acho que é fundamental. A gente tá num hospital escola. A gente tá formando pessoas, né. E a gente tá falando de pessoas que participam da formação de pessoas. Então um hospital universitário deveria. Acredito que essa é a função dele né, talvez principal. Principal, não sei se principal, mas importantíssima. E é essa formação de pessoas e do preceptor que eu acho que é chave. Acho que seria muito interessante se a educação continuada né, ela pudesse assim... participar dessa formação. Eu nunca tive... eu não conheço a equipe de educação continuada do hospital nunca participei de cursos deles não. A EBSEH tá proporcionando isso aqui. Um curso de especialização em preceptoria... não... não... educação continuada é uma coisa e permanente é outra. (P11)

A exceção foi um preceptor que afirmou ter participado de duas atividades, uma de EP e outra de EC:

Sim, duas vezes. Pela UERJ, uma parceria que eles fizeram com UFF, com outros hospitais, que teve uma capacitação, e também dentro do próprio hospital, feito pelo MEC, por videoconferência. A primeira era nos moldes

da educação permanente, essa que foi geral, que foi uma iniciativa dos hospitais universitários, agora a que foi dentro do hospital, e que foi mais de educação continuada e deixou mais a desejar... nem finalizou. Nem chegou a finalizar. (P8)

A EP institui a aprendizagem no processo de trabalho, utilizando metodologias ativas de ensino voltadas para a resolução dos problemas. Essas metodologias colocam o trabalhador como agente principal do aprendizado, ou seja, ele deixa de ser um agente passivo (que apenas escuta) e passa a ser um membro que participa da construção do conhecimento com autonomia e que contribui para a resolução dos problemas encontrados em sua prática de trabalho. P12 aponta a problematização ao diferenciar a EC da EP:

Acho que se tivesse um polo de educação permanente ou alguma atividade, porque educação permanente, ela diferencia da continuada, ela nasce das questões da problematização do próprio trabalho, acho que se tivesse para os preceptores isso, poderia acrescentar alguma coisa acho que sim, acho que em dois aspectos: acho que trazer e mostrar talvez a importância da preceptoria dentro do hospital universitário principalmente, mostrar que a gente precisa de mais preceptores com qualificação. (P12)

No artigo “Educação Permanente, Continuada e em Serviço: Desvendando seus Conceitos”, os autores (CORTEZ, et al., 2013) fazem um paralelo entre essas educações, apontando que a importância da EP no cotidiano do trabalho é que ela questiona a realidade partindo das reflexões críticas dos profissionais que ali estão sobre os problemas encontrados no processo de trabalho. Assim:

O conhecimento acerca da educação continuada oscilou desde uma vertente restrita de treinamentos, capacitação e atualização dentro de modelos tradicionais até uma visão que não esgota somente nessas atividades, onde a educação continuada é entendida como momento de valorização e crescimento pessoal do profissional no trabalho (p. 332).

Apreende-se que a EC tem sua importância também, porém ela deve ser “aplicada” visando estar no contexto da Educação Permanente, porque se entende que:

A EC desenvolve-se conforme os objetivos da instituição, é realizada no ambiente de trabalho, e vem acontecendo de forma tradicional, não valorizando os saberes preexistentes e a construção de novos conhecimentos. Já a EP tem intenção de mudanças na formação e no desenvolvimento profissional, o conteúdo a ser estudado emerge de

situações vivenciadas pelos trabalhadores, e articula esferas como a gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e órgãos de controle social. Comparando a EC e a EP, fica definido que a EC trabalha de forma uniprofissional, busca uma prática autônoma, enfoca temas e especialidades, tem por objetivo a atualização técnico-científica, e tem periodicidade esporádica, além de se utilizar de metodologias fundamentadas na pedagogia da transmissão, e espera atingir a apropriação do saber científico de forma passiva (p. 335).

Ao refletir sobre os nós críticos da formação e do trabalho da preceptoria, aponta-se como estratégia e “ferramenta” para a formação pedagógica e para os problemas vividos no cotidiano da prática a EP, segundo Ribeiro:

Pensar a relação entre trabalho e ensino no campo da saúde no Brasil, impõe a reflexão sobre a educação permanente. Nos espaços de trabalho, ela pode concretizar-se na reflexão sobre os problemas enfrentados no cotidiano em busca da melhoria do cuidado às pessoas. Os problemas, nessa concepção, se tornam objeto para a transformação das práticas [...]. Como parte dos problemas deriva não apenas de lacunas de conhecimentos da equipe de trabalho, a reflexão permite uma aproximação com os processos de cuidar, razão pela qual a educação permanente também é uma ferramenta de gestão (2012, p. 81).

Observa-se que as capacitações não contextualizadas, onde há apenas a transmissão de conhecimentos, não são eficazes para que ocorram transformações no setor de saúde. Treinamentos pautados em um ensino tradicional (educação bancária) não desenvolvem nenhum compromisso com a formação para o Sistema Único de Saúde, pois só prescrevem habilidades e comportamentos engessados para uma realidade distinta a dos os participantes. Consta no Regimento interno do PRMS do HUAP que os preceptores devem receber **capacitação pedagógica** para exercer a preceptoria e conhecer o Projeto Pedagógico do curso e serem capacitados para a sua execução. Além disso, a EP e/ou contínua deve estar prevista. Porém, conforme verbalizado pelos preceptores “na prática, a teoria é outra”.

Eu não me sinto insegura enquanto profissional, mas eu acho que a gente merecia uma capacitação pra exercer essa função. Eu sei que eu posso orientar muito bem quanto á nutrição, quanto às condutas... Eventualmente pode surgir alguma dúvida que facilmente a gente pode tirar lendo um livro, vendo na *internet*, consultando um amigo ou outro... Mas assim; quanto à atividade de preceptoria, eu acho que a gente precisaria de um *plus*, um algo a mais. (P2)

Não houve esse tempo de preparo, as coisas foram acontecendo de maneira, assim, concomitante, não houve esse preparo prévio. Não que eu sinta que seja uma pessoa super capacitada, ao contrário: toda vez que a

gente olha pra ver todo conteúdo que acontece, tudo de informação, às vezes confunde a gente, a gente fala 'nossa, como eu preciso me capacitar'. (P3)

Eu acredito que 90% dos enfermeiros que têm residentes, dos coordenadores que têm residentes, não têm formação pra isso. Vai fazendo de acordo com o que já faz, não têm a capacitação e nem têm um programa específico a ser seguido. (P4)

Do preceptor é muito exigido, mas, em geral, não existe nenhum programa para **capacitação**, qualificação, formação pedagógica e didática, nem remuneração diferenciada para esses profissionais, uma vez que se acredita que, para ser preceptor, basta ser um bom profissional. Portanto, as ações de EP devem focar no uso de estratégias dialógicas, favorecendo entre os participantes as trocas de saberes, experiências, problemas e ideias para solucioná-los. Essas estratégias pedagógicas promovem cenários de aprendizagem condizentes com metodologias e dispositivos de modo a garantir a formação integral, ou seja, visando também a interdisciplinaridade.

Cabe citar que a EP causa um impacto na equipe multiprofissional de saúde, pois tem estrita relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional. Ela abarca conceitos e diretrizes do SUS e da PNPEs como a corresponsabilização, integralidade, cuidado e trabalho em equipe, articulando-os “às possibilidades de desenvolvimento profissional, à capacidade resolutiva dos serviços de saúde e à gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2009, p. 20). Corroborando a diretriz da PNEPS sobre a relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional, transparece no depoimento dos preceptores que as estratégias para a formação contínua seriam atividades como cursos, capacitações e seminários:

Às vezes eu fico um pouco preocupada com a questão didática... até porque nós não somos professores, né. Mas eu acho que por nós estarmos dentro de um hospital universitário, que atendemos alunos, e hoje atendemos residentes, a gente tinha que ter uma formação, ou pelo menos uma capacitação para que a gente caminhasse um pouco mais dentro do que é a didática do ensino, coisas assim. Eu, por exemplo, fiz alguns cursos, mas por vontade própria, não pela instituição. (P1)

A gente NO INÍCIO tinha feito esse curso no *Servidores*, com o pessoal do INCA e nós, pra formação de preceptores. Foi uma vez só. E foi importante. (P5)

Não tem curso para a preceptoria. Como eu te falei eu participei de seminário no início da Residência, mas assim... formação do preceptor não... não... olha, eu só me sinto capacitada, porque eu gosto muito... mais

para um... por iniciativa minha do que por ter é... é... infraestrutura para isso... entendeu... por ter um campo que favorece... é mais por iniciativa minha. Eu gosto muito. (P6)

Não, eu não, particularmente, não. A gente teve até alguma tentativa de cursos que não foram adiante. Eu tenho muitas dificuldades também... lidar com esse cotidiano... embora seja um hospital universitário. (P7)

Até hoje eu não fiz um curso formal de preceptor não, mas a gente acaba lendo e estudando por iniciativa própria. Aqui no ambiente do HUAP nunca tive um curso não. (P10)

Ficou latente que só se dará início a alguma mudança no trabalho, se – de práticas multiprofissionais isoladas para práticas interdisciplinares – a forma de ensinar, aprender e também de cuidar, tratar e acompanhar as demandas dos usuários, conseguir alavancar mudanças nos modos de ensinar e aprender. Para provocar mudanças, as propostas de trabalho não podem mais “ser construídas isoladamente nem de cima para baixo” (BATISTA e GONÇALVES, 2011, p. 894), ou seja, fazendo uma ponte com a realidade, serem decididas e aplicadas pelo MEC e gestão, sem levarem em conta as necessidades e propostas dos preceptores, principalmente no que tange à sua formação.

A proposta pedagógica, nessa perspectiva, dará apontamentos iniciais para metodologias de ensino e aprendizagem que contemplem os aspectos práticos, problematizando³² as situações cotidianas. Dar voz aos preceptores, almejando:

[A] democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 895).

Segundo Batista e Gonçalves (2011) em seu artigo “Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado”, essa formação, mesmo com alguns avanços, não contempla o cuidado integral³³. Refere ser imprescindível

³² Uma das metodologias que será trabalhada nos espaços da prática e na pesquisa é baseada na concepção crítico-reflexiva, entre elas a problematização, conforme Paulo Freire, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade (FREIRE, 2016).

³³ Para Ceccim e Feuerweker (2004), nos espaços de formação para a área da saúde deverão ser trabalhados alguns elementos que garantem a integralidade do atendimento de saúde (diretriz constitucional), dentre eles, a responsabilização dos profissionais com os problemas de saúde.

a EP para os profissionais, já que seu perfil demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. “(Re) significar seus perfis de atuação para a implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio” (p. 886). Desafio este que, propôs-se, no “miudinho do cotidiano”, a contribuir para a elaboração de um projeto para iniciar reuniões, em formato de rodas de conversas que de fato sejam interdisciplinares, “bebendo” na fonte das premissas do SUS e na direção da EP.

A política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das **práticas de saúde**, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das **práticas pedagógicas** na **formação** e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BATISTA e GONÇALVES, 2011, p. 886; grifos nossos).

Os autores Ceccim e Feuerwerker (2004) fazem um convite para que todos participem de uma operação conjunta de protagonismo e da produção coletiva, que eles denominam de dinâmica da roda.

A roda [...] não representa apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar). [...] A roda serve para alimentar **circuitos de troca**, mediar **aprendizagens recíprocas** e/ou associar competências (p. 57, grifos nossos).

A possibilidade de ausência de formação e preparação/qualificação para o desempenho da função de preceptor, aliada à inexistência de um plano de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar de preceptoria, faz refletir sobre a importância de se ter reuniões, em formas de “rodas de conversa” para os preceptores. Formação em serviço e EP! Vamos iniciar uma “forte potência”³⁴ coletiva e entrar, quem sabe, na dinâmica da roda.

³⁴ Expressão utilizada por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao falar que o SUS provoca importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender, sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa fui construindo um caminho por meio da constante relação entre teoria e prática. O presente trabalho se referiu à vivência da mestranda e aos desafios de ser preceptora na REMUS do HUAP/UFF, que soma as construções teóricas e as experiências pessoais, profissionais e as acadêmicas vivenciadas ao longo da trajetória no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Interdisciplinar para o SUS, da EAACC/UFF.

Os desafios de estar em um Mestrado nesses âmbitos foram muitos - “onde não se conseguiu experimentar o novo sem sujar os sapatos”. Vivi, sofri, desesperei, pensei em abandonar o curso, mas ao longo da jornada alegrei-me e festejei cada aprendizado, convivência e conhecimentos adquiridos. A própria atividade de pesquisa se caracteriza como processo que demanda dedicação e tempo para gerar resultados. Durante a trajetória no Mestrado e na vida profissional, portanto, surgiram, surgem e surgirão desafios materiais e subjetivos, de gerenciamento do tempo e conciliação com as funções e atividades profissionais, de perseverança e autoconfiança para persistir no processo, enfrentando os momentos mais atribulados com força de vontade. A caminhada, para além do apoio no legado científico de Paulo Freire, ganhou força com a experiência através da inquietante, impaciente, contínua e esperançosa investigação de quem busca no mundo, com o mundo e uns com os outros os sonhos, a alegria, a amorosidade, a afetividade, a solidariedade, a ética, que nos faz gente mais gente.

A convivência com os outros mestrandos, preceptores, residentes, orientador, professores, familiares e amigos, se apresentou, dessa forma, como desafio na condução dos trabalhos, mas principalmente como apoio frente às dificuldades enfrentadas. A amizade e as trocas se demonstraram uma experiência academicamente enriquecedora e humanamente fortalecedora, gerando uma rede de cuidados e confiança, onde a aceitação e a apreciação mútua permitem a livre expressão de dúvidas e dos desafios enfrentados individualmente, assim como o aconselhamento para a solução destes problemas e desenvolvimento pessoal a cada atividade proposta.

Considerando os variados aspectos da experiência que influenciaram direta ou indiretamente para a escolha do tema, formação pessoal, acadêmica e profissional, estar no Mestrado correspondeu ao retorno à sala de aula e ao ambiente acadêmico depois de um amplo período de tempo, este dedicado à prática profissional em duas instituições da rede pública de saúde; assim, a mestranda aventurou-se em novas reflexões, distintas das que trazia da graduação, por basearem-se na prática profissional e no conhecimento acerca dos problemas e questões do processo de trabalho.

Assume então proeminência a questão do trabalho, não só como tema ou necessidade, mas por balizar a experiência da mestranda, constituindo-a em práxis. A prática de trabalho da mestranda no SUS, por dar-se em Hospital Universitário e na REMUS sempre buscou estar relacionada aos temas de educação, formação profissional e trabalho. Sua atuação como preceptora multiprofissional a coloca em contato direto com residentes e preceptores em saúde de diversas áreas e, portanto, com estas questões. Ao encontro desta circunstância, a pesquisa ofereceu oportunidade de formação e reflexão sobre a importância da práxis interdisciplinar, da Educação Permanente e das diretrizes para a construção e aplicação conjunta do produto Tecnologia educativa “Roda de Conversas” que proporcione reuniões interdisciplinares para os preceptores.

O tema do trabalho trouxe ainda outras marcas na subjetividade da Mestranda, por traduzir-se em problemas de subsistência material, que influenciam diretamente nas questões práticas do aprendizado: o gerenciamento do tempo, a conciliação de tarefas acadêmicas e de pesquisa com as da assistência no seu lócus de trabalho, com as da militância sindical e pessoais, como ser mãe e dona de casa. As discussões acadêmicas misturaram-se às vivências do ambiente de trabalho proporcionando entendimento crítico e também concreto, atendendo ao objetivo geral da pesquisa: analisar a formação e o trabalho do preceptor na REMUS do HUAP/UFF sob as perspectivas da interdisciplinaridade e da EP.

Tendo o materialismo histórico-dialético de Marx e a concepção crítico-reflexiva de Paulo Freire como referenciais político-pedagógicos, utilizamos como estratégias metodológicas para a compreensão do nosso objeto de estudo, através de uma abordagem qualitativa, o levantamento e análise bibliográfica, a Revisão Integrativa de Literatura e Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas com os

preceptores. Entendemos que a combinação dessas estratégias metodológicas trouxe elementos que possibilitaram pensar a prática da preceptoria na REMUS à luz da teoria.

Ao se iniciar o estudo sobre a formação e o trabalho do preceptor como prática nas REMUS do HUAP, se fez necessário revisar estudos recentes (artigos), através da RIL e produções através das análises bibliográficas, trazendo o conhecimento adquirido para se atingir aos objetivos propostos e municiar as reflexões na discussão dos resultados da pesquisa. Constatou-se que o universo da preceptoria descrito nos espaços do ensino e da saúde contidos nestas produções teóricas foi em sua maioria ao encontro do abordado nas falas dos preceptores, trazendo semelhanças no trato dos temas centrais como formação, trabalho, práxis, interdisciplinaridade e Educação Permanente.

Atestando o que foi mencionado, para atender aos objetivos específicos da pesquisa, que são “Descrever a compreensão que os preceptores possuem sobre a sua formação e atuação”; “Apontar como se configura o trabalho interdisciplinar na prática da Preceptoria” e “Propor diretrizes para a construção interdisciplinar de rodas de conversas nos moldes da Educação Permanente”, evidenciando não ser mais possível pensar no processo de formação e de trabalho em saúde sem dar voz aos preceptores, teve proeminência as entrevistas realizados com os mesmos. Não podendo prescindir para os exercícios de uma Pedagogia da autonomia (FREIRE, 2016) e de reconhecimento como seres sociais e históricos aqui propostas, buscou-se respeito à fala, as experiências e aos saberes desses profissionais educadores.

Levando-se em consideração esses aspectos, a análise e discussão desses resultados teceram uma relação com o processo de trabalho da pesquisadora no campo, as revisões bibliográficas e de literatura da pesquisa, balizadas nos referenciais político-pedagógicos (Freire e Marx). Imbuindo-se do movimento dialético, atentou-se para não apresentar a análise dos dados e sua discussão, resultantes das verbalizações produzidas pelos preceptores, de forma separada e distante da fundamentação teórica e da prática vivida.

Dado o exposto, nestes termos da análise dos resultados que levamos a cabo é possível derivar algumas afirmações. Os preceptores se vêem como profissionais de saúde que oferecem treinamento nos ambientes de trabalho e atuam como

facilitadores, supervisores e orientadores de alunos de pós-graduação (residentes). Apesar de não estar tão explícito em todas as afirmações, de certa forma ele possui diversos papéis, atuando como profissional da assistência e, concomitantemente, exercendo o compromisso com processo de ensino-aprendizagem, participando de um processo educativo, ou seja, ensina e educa. Neste contexto, o preceptor é o profissional que *preceptora* os residentes na REMUS e, no cenário de prática, ensina e forma enquanto exerce suas atividades cotidianas, devendo, com efeito, ser reconhecido como educador. Os preceptores são educadores o tempo todo, seja na relação com os residentes ou com os usuários da saúde. Todos os atos do preceptor são para educar.

Com foco na formação, os preceptores apontaram que a atividade de preceptoria exige dos profissionais, além das funções técnicas já existentes, a necessidade de capacitação e conhecimento teórico. Nesse processo, apontamos ser importante aliar a prática em si do preceptor a um universo de formação permanente e pesquisa. Percebem a questão da formação como um ponto positivo, no sentido de ser um “condutor” fundamental e responsável para que possam formar os residentes no serviço. Sendo assim, transmitir conhecimentos, ensinar e educar são atributos reconhecidos pelos preceptores. Avalia-se como importante a preocupação do ensino no fazer profissional da preceptoria, para não cair na armadilha da transmissão vertical de conhecimentos, recusando o “ensino bancário” e a subordinação à “prática bancária”. As ideias de Freire (2016), embebidas do MHD, conduziram a uma reflexão sobre a ação dos preceptores, pois trazem como questão central a educação como especificidade humana, como um ato de intervenção no mundo.

A “prática em si” também foi ressaltada pelos preceptores, com denominações de “profissional da prática”. Ao responderem como se dá o exercício da preceptoria, há predominância da realização dos procedimentos, habilidades e técnicas estabelecidas na rotina do dia-a-dia, com a formação e o trabalho pautados em sua maioria pelo viés tecnicista, ficando a desejar os aspectos pedagógicos, de ensino e educação. Se o preceptor participa da formação em saúde, articulando teoria e prática, o mundo do trabalho com o mundo do ensino, como um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem dos programas de residência,

ele necessita ter conhecimentos que vão além dos saberes sobre as técnicas em sua prática.

Do preceptor é muito exigido, mas, em geral, não existe nenhum programa para capacitação, qualificação, formação pedagógica e didática, nem remuneração diferenciada para esses profissionais ou incentivo à liberação de carga horária para se estudar, capacitar e participar de eventos, uma vez que se acredita que, para ser preceptor, basta ser um bom profissional. A capacitação dos preceptores (ou sua ausência) foi uma demanda bastante reclamada pelos participantes da pesquisa. Segundo eles, não há oportunidades e investimentos em capacitação profissional para exercer a atividade de preceptoria. Por isso, a defesa é que o preceptor precisa de formação permanente e conhecimento pedagógico no seu processo de trabalho.

Através de suas falas foi apontada a relevância da preceptoria, do “trabalho em si”, contrastando com os desafios em seu cotidiano, conforme dito, no tocante às relações e condições de trabalho e à sobrecarga a que estão submetidos. Onde se argumenta que, a partir do entendimento da categoria trabalho, reconhecido em sua particularidade sócio-histórica, o fazer dos preceptores é afetado pela conjuntura política, pelas questões inerentes ao mundo do trabalho na saúde e por estar inserido na sociedade capitalista.

Entretanto, a análise do “mundo do trabalho” dos preceptores pelo viés marxiano e freiriano, trouxe à tona características que os conferem autonomia e potencializam suas práticas profissionais, seus trabalhos em saúde, já que têm uma natureza interventiva na realidade, oportunizando um agir consciente que integra a teoria e a prática. É exatamente por meio desta mediação, integrando conhecimentos práticos e teóricos, que se almejará romper com a dicotomia nos ambientes de aprendizagem e trabalho. Apostamos que esta ação interventiva carrega uma potencialidade criativa inerente à categoria trabalho - a práxis -, em cuja o fazer dos preceptores exige desafios para “transgredir” e resistências ao que está posto na rotina de trabalho, sendo necessário conduzir uma reflexão para ação, trazendo como questões centrais a educação e práxis como especificidades humanas, como atos de intervenção no mundo.

Ainda considerando os aspectos da formação e do trabalho, os preceptores acusam não conhecer a diretriz da interdisciplinaridade, e a falta de reconhecimento

da mesma como objetivo da REMUS, associando a lacuna da interdisciplinaridade em sua prática às expressões como “cada um no seu quadrado”, o que motivou ao título da dissertação. O fato de debater e avivar uma experiência de educação permanente culminou nas diretrizes para a construção do produto. A comprovação da ausência de formação e preparação/qualificação para o desempenho da função de preceptor, aliada à inexistência de um plano de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar de preceptoria, trouxe a reflexão sobre a importância da EP no âmbito da preceptoria e de reuniões em formato de “rodas de conversa” com os preceptores.

Não podemos negar, no entanto, que há fragilidades que ainda precisam ser revistas. Apesar de a Residência Multiprofissional alterar a dinâmica do serviço, trazendo à tona necessidades que antes não eram objeto de reflexão pelos profissionais que passaram a atuar como preceptores (necessidade de formação, de trabalho interdisciplinar e de EP), pouco transpareceu nas entrevistas e nas reflexões teóricas a ausência de planejamento no PRMS do HUAP e o papel da gestão na dinâmica da preceptoria nos ambientes de trabalho. Visualiza-se que outras vozes precisam ser ouvidas: gestores, residentes e usuários. Assim, os preceptores deixarão de construir um movimento isolado na busca de formação e do seu fazer para lidar com a complexidade e desafios dessa prática. Portanto, sistematizar discussões sobre a operacionalização de um produto coletivo foi colocado como um dos maiores desafios.

Outro fato percebido diz respeito à legislação e às produções apresentadas sobre a preceptoria, que elencam a Educação Permanente e as diretrizes do SUS como inerentes à formação e ao trabalho do preceptor. Apesar da inegável contribuição teórica destes processos de formação de preceptores para a transformação da realidade da preceptoria no Brasil, ainda são poucas as publicações e análises científicas acerca deste tema que dêem voz aos preceptores e expressem a sua realidade na prática, principalmente dos PRMS nos HUS. Neste sentido, o presente estudo responde a uma demanda de produção científica da área.

Embora o número de artigos sobre a temática preceptoria tenha aumentado nos últimos anos, ainda é necessário ampliar a discussão sobre a formação e o trabalho dos preceptores. Buscou-se, como contribuição deste estudo, dar

visibilidade ao trabalho do preceptor e, sobretudo, ao aspecto interdisciplinar de sua atuação nos campos do ensino e da saúde. Assim, torna-se um interesse a socialização do conhecimento gerado para incentivar novas pesquisas sobre o tema.

Em suma, pensar a relação entre a formação e o fazer dos preceptores no cotidiano, remete à necessidade de uma *práxis* interdisciplinar, tendo na Educação Permanente uma ferramenta indispensável à sua formação e de seu trabalho como educador, fortalecendo as instituições em seu compromisso social. A *práxis* não significa, então, apenas a objetividade do trabalho, mas também a sua subjetividade, a do preceptor, inserida nesta prática. Sendo assim, ela não transforma somente coisas, mas o próprio preceptor; é, por si só, transformadora. A *práxis* do preceptor envolve ensinar, e o ensino transforma. A realidade do ensino e da prática do preceptor é dinâmica e mutável. Ensinar exige a convicção de que a mudança é difícil, mas é possível. E é a partir desse saber fundamental que os preceptores poderão programar a sua ação político-pedagógica.

7 O PRODUTO

Acredita-se que o trabalho em equipe interdisciplinar e de forma integrada seja determinante para a condução da preceptoria junto aos residentes, para um melhor cuidado aos usuários e para a formação dos próprios preceptores. Compreende-se que é necessário discutir as questões no coletivo, num princípio de roda, como aponta a EPS (BRASIL, 2005c). O momento fundamental na formação permanente “é o da reflexão crítica sobre a prática” (FREIRE, 2016, p. 40).

REUNIÕES INTERDISCIPLINARES EM FORMATO DE RODAS DE CONVERSA

I – APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

Este produto é resultado do estudo realizado durante o Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem da UFF e da pesquisa e vivência atuando como preceptora na REMUS do HUAP/UFF.

A partir da observação da prática cotidiana no trabalho da preceptora, gerou-se uma constante reflexão sobre a importância dos “encontros de profissionais”, para além dos *rounds* estritamente clínicos e por categorias uniprofissionais. Ele foi pensado também a partir do material coletado nas entrevistas, da revisão de literatura e encontros informais com os colegas preceptores, determinando o uso da tecnologia educacional Rodas de Conversa.

Observou-se uma grande lacuna entre o conhecimento e a realização da preceptoria na REMUS, havendo uma deficiência e distância entre o pensar/refletir coletivo e o fazer dos preceptores, através da sobrecarga de trabalho e da ausência de reconhecimento, conhecimento sobre a EP e formação pedagógica. As rodas de conversa, ocorrendo com a participação dos preceptores, poderão minimizar o impacto de um fazer mecanizado e preso a procedimentos e atividades engessadas e favorecer um processo de formação/educação permanente.

Pretende-se, através das rodas de conversa, trazer experiências da práxis que interferem no processo de formação e trabalho do preceptor, considerando seus desafios, conflitos, bem como o apontamento de soluções, sugestões, inovações,

construindo, através de um coletivo de propostas, subsídios para a elaboração das diretrizes do trabalho interdisciplinar.

A introdução das “metodologias” rodas de conversa nos processos de trabalho na saúde provêm do reconhecimento de como tais estratégias podem revelar-se facilitadoras à práxis na formação de preceptores, consistindo em um método de participação coletiva em debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar uns aos outros. As rodas de conversa têm como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos preceptores por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação e envolvem, portanto, um conjunto de trocas de experiências: conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos.

Dessa forma, justifica-se o produto como estratégia para um trabalho de aproximação e de práxis coletiva entre os preceptores (público-alvo da pesquisa), para futuramente lançar propostas e ações envolvendo gestores, tutores, residentes, usuários e outros profissionais de saúde.

A roda de Conversa metodologia ativa apoiada na proposta de Paulo Freire (2016) como método dialógico, consiste na criação de espaços de diálogo, onde as pessoas se expressam, ouvindo cada um que compõe a Roda de Conversa e a si mesma. A Roda de Conversa permite aprofundar o diálogo com a participação democrática, de acordo com a vivência que de cada um tem sobre o assunto a ser discutido. Este método estimula o compartilhamento de conhecimentos, a troca de aprendizagens, valorizando a experiência de cada participante da Roda.

II – OBJETIVOS

Aplicar a tecnologia educativa roda de conversas que proporcione reuniões interdisciplinares de preceptores, na perspectiva da formação e trabalho baseados na concepção crítico-reflexiva de Paulo Freire e da EPS, motiva a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação.

III – METODOLOGIA

Trata-se de uma metodologia ativa em que parte-se da realidade e a ela volta-se dialeticamente (ação-reflexão-ação), buscando no coletivo diferentes olhares sobre os problemas do cotidiano. A roda de conversa é um espaço de diálogo, no qual os preceptores não impõem suas palavras, mas juntos pensam e dizem sobre o seu conhecimento e realidade cotidiana. Através da conversação e dessa troca de conhecimento é possível melhorar sua formação e trabalho.

O material a ser utilizado nas Reuniões são textos, vídeos, cartazes, imagens, notícias de jornais, etc. A partir desses materiais e do tema proposto para cada dia da roda de conversas, será possível discutir/problematizar o tema proposto, deixando que os participantes falem e apontando os problemas que eles gostariam que fossem trabalhados. Posteriormente, ocorrerá o encerramento em que cada preceptor fará uma autoavaliação.

A dinâmica da roda de conversa não tem uma proposta “fechada” ou vertical de aplicação, porém é facultado um planejamento como forma de organizá-la previamente e definir os objetivos para socializá-los posteriormente com o grupo participante.

ROTEIRO PRÉVIO DO PRODUTO: REUNIÕES EM FORMATO DE RODAS DE CONVERSA)

- a) Número de preceptores: 12 (máximo desejável);
- b) Local a serem realizadas as reuniões: Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Tendo em vista que este é o local de trabalho dos preceptores, não será necessário deslocamento para outro local, gerando mais conforto e privacidade para aqueles que participarem das reuniões;
- c) Data e horário a ser definido de acordo com a disponibilidade da agenda dos preceptores de forma a não interferir em seu trabalho dentro do Hospital Universitário;
- d) Material a ser utilizado: Textos, vídeos, cartazes, imagens, etc.;
- e) Temas prováveis (“disparadores”);

- f) Começará com uma breve apresentação da pesquisa e da dinâmica aos participantes, explicando o objetivo da reunião. Posteriormente, apresentação dos participantes;
- g) Problematização (deixar que os participantes falem, apontando os problemas que eles gostariam que fossem trabalhados);
- h) Relatar a produção do conhecimento e propor soluções coletivas;
- i) Encerramento da reunião;
- j) Autoavaliação.

REFLEXÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO PRODUTO COMO CONSTRUÇÃO DO “SER INACABADO”³⁵

A possibilidade de ausência de formação e preparação/qualificação para o desempenho da função de preceptor, aliada à inexistência de um plano de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar de preceptoria, fez refletir sobre a importância de se ter reuniões, em formas de “rodas de conversa” envolvendo esses profissionais.

Anterior à entrada no Mestrado Profissional da EAACC e a partir da reflexão individual sobre como transformar as práticas e rotinas engessadas que envolviam o trabalho e o fazer na preceptoria da REMU, pensou-se inicialmente em elaborar uma proposta de formação pedagógica para a preceptoria com o título: “formular e propor diretrizes para a elaboração de um Projeto Político-Pedagógico a partir das experiências vivenciadas e do ponto de vista dos próprios preceptores no ambiente de trabalho, tendo por base a PNEPS e pautada na educação progressista de Paulo Freire”. Contudo, acredita-se que o referido projeto precise ser uma construção coletiva e fruto de debates.

Nesses últimos meses em que se refletiu sobre o trabalho como preceptora à luz da teoria e aprendizados da pesquisa e do Mestrado e dialogando com seus pares, pensando sobre o produto como algo material, operacional, ficou claro que

³⁵ Trazendo a reflexão de Freire (2016, p.52) sobre a consciência do inacabamento ao desafio de construir e “aplicar” o Produto: “como seres históricos, inacabados, e conscientes do inacabamento, gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feita tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuse sua inexorabilidade. (...) inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. É na inconclusão do ser que se funda a educação como processo permanente.

ele seria fruto da realidade, da vivência dos preceptores. Então, algo sempre em movimento, em construção.

Foi num diálogo informal, após atendermos um caso pontual e que precisava de respostas e “soluções” multiprofissionais, com um residente educador físico, duas assistentes sociais, uma nutricionista, uma coordenadora de enfermagem e uma enfermeira, que surgiu a ideia de, antes de construirmos um Projeto Político-Pedagógico³⁶ para a preceptoria (que deveria envolver mais atores, como a gestão, residentes, tutores e outros profissionais não pertencentes à REMUS), se não seria interessante, uma atividade, um produto, que parece simples, mas que não ocorre no processo de trabalho e é extremamente importante: reuniões coletivas e interdisciplinares dos preceptores. Atualmente os encontros profissionais se dão por meio dos chamados *rounds*, com discussões somente acerca dos aspectos da doença, prescrições, procedimentos e condutas clínicas e com uma característica peculiar: *rounds* estritamente por categorias profissionais. Sendo assim propôs-se promover um debate acerca da contribuição coletiva para a efetividade e regularidade de reuniões em formato de rodas de conversa, baseadas na concepção crítico-reflexiva de Paulo freire e da Educação Permanente em saúde.

Com o objetivo de dar voz aos preceptores e no intuito de implantarmos reuniões periódicas para levantamento sobre as questões que permeiam a formação pedagógica e o trabalho da preceptoria, no dia 07/01/2019 convidou-se os profissionais, agendando a nossa primeira reunião para o dia 17/01/2019, às 16h. O horário escolhido deu-se por conta de ser na parte da tarde, já que o trabalho na enfermaria na parte da manhã é bem agitado, além de ser um horário após a visita. Como não se dispõe de salas para reunião em nosso local de trabalho e nossas salas de atendimento e os *boxes* serem minúsculos, a alternativa foi a utilização das mesas que comportam mais de dez pessoas dos corredores, que são utilizadas pelos alunos e profissionais para o manuseio dos prontuários. Apesar de ficarmos em volta da mesa, pôde ser oportunizada a reunião em formato de roda, onde cada participante interage espacialmente com o outro.

³⁶ Ressaltamos que a REMUS ao longo de sua existência passou por vários momentos de reconstrução e com limites para o diálogo e novas propostas de trabalho.

Convidamos diversos profissionais para a nossa primeira reunião e atividade interdisciplinar, entretanto, somente 07 confirmaram presença, a saber: 03 assistentes sociais; 02 nutricionistas; 01 coordenadora de enfermagem; 01 enfermeira. Informamos que não foram convidados outros profissionais não preceptores para não fugir aos critérios de elegibilidade da pesquisa, conforme a legislação do MEC, de acordo com o processo de trabalho e visando o foco inicial do produto da pesquisa. Em relação a outros participantes, como técnicos de enfermagem, usuários, tutores, e gestores, etc., foi decidido em comum acordo não inseri-los nessa primeira reunião, já que o objetivo era primeiramente traçar um plano coletivo, através dos anseios dos preceptores sobre como nos organizarmos para essas reuniões. Tal decisão não nos afastará e nem impedirá de valorizar a participação de todos futuramente.

Três dias depois, houve indagações por um dos preceptores convidados sobre a pauta da reunião e sobre o que seria abordado. Foi explicitado que a partir das situações/problemas vivenciados por nós preceptores e com o objetivo de traçarmos estratégias para nos reunirmos regularmente é que construiríamos nossas ações. A partir do que foi colocado e para o grupo ter uma noção do que seria trabalhado, a partir desse produto, foram disponibilizados dois pequenos textos para ambientação: o caso “Reunião de Equipe” e o texto sugerido pelo módulo 04 “Vivendo o mundo do trabalho – o trabalho humano e os coletivos”, do manual do curso “Facilitadores” (BRASIL, 2005d), que foram trabalhados em uma disciplina do Mestrado. O objetivo era que, com a leitura prévia dos textos e com a identificação dos problemas enfrentados e relacionados pelos preceptores, pudessem ser elaboradas coletivamente questões norteadoras, respondê-las baseadas na prática e correlacioná-las a esses textos, iniciando um debate sobre a formação pedagógica e a importância de termos atividades de EPS.

No dia agendado para a reunião (17/01/2019), porém, ela não aconteceu; o motivo é que somente um preceptor estava presente. Dos outros 06 confirmados, 02 verbalizaram que não poderiam estar presentes, pois estavam envolvidos no atendimento de um paciente internado cujo estado de saúde havia se agravado, e que estavam em falta de profissional dessa categoria, aumentando a sobrecarga de trabalho. Outros 02 profissionais haviam sido deslocados para outro setor. A coordenadora encontrava-se em outra reunião marcada em caráter de urgência para

discutir escalas de trabalho e, por fim, o último profissional havia entrado em licença médica.

No plantão seguinte, esses profissionais foram contactados e foi decidido de comum acordo que, haveria o agendamento de uma nova reunião interdisciplinar de preceptores e ainda, planejando “seduzir” outros preceptores, com um “Café Permanente³⁷” nas reuniões. Ressaltamos que as reuniões estavam programadas para serem retomadas após as férias e licença afastamento-capacitação da pesquisadora para o Mestrado, o que não ocorreu devido a licença médica.

A EP pode impactar a equipe multiprofissional de saúde, pois tem estrita relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional. Ela abarca conceitos e diretrizes do SUS e da PNEPS como a Corresponsabilização, a Integralidade, o Cuidado e o trabalho em equipe, articulando-os “às possibilidades de desenvolvimento profissional, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2009, p. 20).

Considera-se que a EP é aprendizagem no trabalho e se baseia na Aprendizagem Significativa, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Podemos entendê-la então como aprendizagem-trabalho (ocorre no cotidiano das pessoas e organizações), sendo realizada a partir da problematização³⁸ do processo de trabalho e da atuação dos trabalhadores da saúde, levando em consideração as necessidades de saúde dos usuários. “Os processos de EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2009, p.20).

A PNEPS traz explícita e materializa a proposta de como a EP pode impactar o trabalho em equipe, desde que articulada com:

[...] os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à Saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede [...], em que todas as ações

³⁷ A bebida é cultural entre os profissionais de saúde e um dos poucos espaços de pausa e conversas, muitas vezes sobre o processo de trabalho.

³⁸ Segundo Freire (2016), baseado em uma concepção crítico-reflexiva, a problematização é um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade.

e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.” (BRASIL, 2009, pp. 20-21).

O impacto sobre o trabalho da equipe, através da EP, se dará através de estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem condizentes com metodologias e dispositivos de modo a garantir a formação integral, ou seja, visando também a interdisciplinaridade.

Conforme já citado, Cortez et al. (2013) fazem uma discussão sobre os paralelos entre a EC e a EP, apontando a relevância desta, principalmente, no que tange ao enfoque dos saberes interprofissionais:

A EPS visa ao questionamento da “realidade e suas metas de pactos e acordos diversos que conformam propostas e projetos potentes para mudar as práticas e operar realidades vivas, atualizadas pelos diferentes saberes e conexões, pela atividade dos distintos atores sociais em cena e pela responsabilidade com o coletivo”. E tem por objetivo trabalhar com as equipes e não com os trabalhadores corporativamente organizados, ou seja, apresenta um enfoque multiprofissional e interdisciplinar (p. 334).

A Interdisciplinaridade desafia para um novo olhar. Exige diálogo e desafios de mudar o que está posto. É na coletividade e respeitando o saber e a contribuição de cada um, que podem surgir projetos e debates sobre as propostas de resolutividade, visando a transdisciplinaridade. Na visão transdisciplinar busca-se o diálogo, a junção e complementação dos saberes, pois promoverão uma aprendizagem e trabalhos de forma integral, não fragmentados. Mais do que conhecer e trabalhar, a transdisciplinaridade propõe o desejo de aprender, buscando estratégias que envolvam a fala e a participação de todos.

Ainda como justificativa para o produto da pesquisa, a colocação de trabalhadores juntos (multiprofissionalidade) num mesmo local de trabalho não configura um trabalho interdisciplinar e transdisciplinar. Eles precisam ser “agenciados no ‘modo-equipe’ de trabalhar” (BRASIL, 2005d, p.99):

[No] modo-equipe de trabalhar os trabalhadores se re-arranjam para atender [...] em sua integralidade, construindo projetos terapêuticos. [...] Os trabalhadores precisam tomar para si a tarefa de cuidar e reconhecer que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários

distintos olhares, saberes e fazeres. Cooperar uns com os outros para uma finalidade comum: o cuidado (CORTEZ et al., 2013, p.99).

Por fim, acreditamos que o trabalho em equipe deva ser algo a ser construído cotidianamente pela interação dos preceptores, estabelecendo projetos coletivos. E é nesse trabalho que refletimos sobre a relevância de se ter reuniões em forma de rodas de conversa.

SUB PRODUTO: AULA³⁹ DE INICIAÇÃO À EPS E PARA AMBIENTAÇÃO NAS REUNIÕES⁴⁰

Módulo I

Educação permanente em saúde

A EP tem sido adotada, no Brasil, como política de desenvolvimento humano para SUS. Apresenta-se como uma proposta de ação estratégica em cumprimento à Constituição de 1988, à Lei 8080/90 e à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS).

A EP é aprendizagem no trabalho e se baseia na Aprendizagem Significativa, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Podemos entendê-la então como aprendizagem-trabalho (ocorre no cotidiano das pessoas e organizações), sendo realizada a partir da problematização do processo de trabalho e da atuação dos trabalhadores da saúde, levando em consideração as necessidades de saúde dos usuários. Os processos de EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

³⁹ Aula adaptada para preceptores. Fonte: Aula sobre a EPS elaborada pela pesquisadora para graduandos da Farmácia – atividade da Docência. Foi utilizada partes da discussão e das análises efetuadas na discussão da Categoria 6: “Educação continuada é uma coisa e Permanente é outra”³⁹

⁴⁰ Entendemos que o fato de se preparar conteúdos em forma de aula não descaracterizará os objetivos da metodologia das rodas de conversas, baseadas na concepção pedagógica de Paulo Freire e da EPS. Trata-se de “ambientar” os preceptores nessa política, já que percebemos pelas entrevistas, através da observação e convívio na Preceptoría que a maioria desconhece ou não vivenciou a EPS em sua formação e cenários de prática.

A educação permanente é baseada na pedagogia da problematização; no trabalho reflexivo grupal e na transformação das práticas dos serviços. É sustentada pela concepção de aprendizagem para a transformação das atividades profissionais mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde.

Segundo Luz (2010),

[a] educação permanente pode possibilitar que os profissionais repensem suas práticas e condutas, entendam o processo de trabalho no qual estão inseridos, busquem novas estratégias de intervenção e, além disso, pode fazer com que superem as dificuldades individuais e coletivas no trabalho (p. 5).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi proposta no Brasil em 2004, sendo caracterizada como uma estratégia que almeja promover transformações nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, estimulando que haja o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços. A Portaria GM/MS n. 1.996 de 20 de agosto de 2007 – que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências - instituiu a Política de Educação Permanente que surge para definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2009), adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Art. 2º - Para efeitos desta Portaria

I - Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;

II - aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propôs a PNEPS como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema. A PNEPS traz explícita esta proposta e materializa a

hipótese deste trabalho de como a EP pode impactar o trabalho em equipe, desde que articulada com:

os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à Saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede [...], em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. (PNEPS, pp. 20-21).

A educação permanente é uma estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, atenção, formação e controle social, uma vez que o processo de aprendizagem tem natureza participativa e apresenta como eixo principal o cotidiano nos serviços de saúde. Voltada para o mundo do trabalho, a educação permanente caracteriza a junção entre saúde e educação constituindo o quadrilátero da formação que contempla gestão, ensino, atenção e controle social. No ensino, incorpora a educação formal, educação permanente a educação continuada.



Representação do quadrilátero da formação

Fonte: Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005)

Mas afinal, qual seria a diferença entre educação permanente e a educação continuada? A educação permanente é focada no processo de trabalho que visa a transformação de uma realidade da prática de saúde pela discussão e análise conjunta e participativa dos problemas reais do ambiente de trabalho, indo além de

capacitações técnicas e aprimoramento de habilidades, e gerando aquisições de novos conhecimentos, atitudes e desejo de aprendizagem constante (FARAH, 2003). Já a educação continuada complementa a formação do profissional, sendo entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração esporádica, centradas no indivíduo, com intuito de aperfeiçoamento, definida por meio de metodologias formais (FARAH, 2003).

Educação Permanente X Educação Continuada

Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público – Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico - científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Continua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: MANCIA et.al, 2004.

A educação permanente institui a aprendizagem no processo de trabalho, utilizando metodologias ativas de ensino voltadas para a resolução dos problemas. Essas metodologias colocam o trabalhador como agente principal do aprendizado, ou seja, ele deixa de ser um agente passivo (que apenas escuta) e passa a ser um membro que participa da construção do conhecimento com autonomia, que contribui para a resolução dos problemas encontrados em sua prática de trabalho.



Sabemos que as capacitações não contextualizadas onde há apenas a transmissão de conhecimentos não são eficazes para que ocorram transformações no setor de saúde. Treinamentos pautados em um ensino tradicional (educação bancária) não desenvolvem nenhum compromisso com a formação para o Sistema Único de Saúde, pois só prescrevem habilidades e comportamentos engessados para uma realidade distinta àquela dos participantes.

A Pedagogia da Transmissão



Paulo Freire chamou essa pedagogia de "educação bancária", pois professor "deposita" os conteúdos na cabeça dos alunos

Fonte: Contexto Social e Biografia de Paulo R. N. Freire .PEREIRA, Elisabete M.A, sem data.

Em :https://www.gepes.fe.unicamp.br/pf-gepes/paulo_freire-biografia.pdf

Portanto, as ações de educação permanente devem focar no uso de estratégias dialógicas, favorecendo entre os participantes as trocas de saberes, experiências, problemas e ideias para solucioná-los. Essas estratégias pedagógicas

promovem cenários de aprendizagem condizentes com metodologias e dispositivos de modo a garantir a formação integral, ou seja, visando também a interdisciplinaridade.



Cabe citar que a educação permanente causa um impacto na equipe multiprofissional de saúde, pois tem estrita relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional. Ela abarca conceitos e diretrizes do SUS e da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2009) como a corresponsabilização, a Integralidade, o Cuidado e o trabalho em equipe, articulando-os “às possibilidades de desenvolvimento profissional, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (PNEPS, p. 20).

Módulo II

Vídeo sobre educação permanente

<https://www.youtube.com/watch?v=2-E2We4CjdU>

Módulo III

CASO JARDIM DAS FLORES

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Flores fica situada na região do Vale de São Jorge. Lá vive uma comunidade formada por famílias de trabalhadores da indústria metalúrgica. Além da UBS, há também uma escola municipal para crianças de 1ª a 8ª séries. Mais embaixo, há um campo de futebol, do qual a própria comunidade cuida, para o lazer da meninada. Há, ainda, igrejas espalhadas pela região e um comércio muito movimentado.

Na unidade de saúde, floresce um pequeno jardim na entrada, que é cuidado pelo Sr. José, com atividade voluntária de jardineiro. Lá trabalham 30 pessoas que mantêm o atendimento no horário de 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. São 8 auxiliares de enfermagem, 2 escriturários, 3 auxiliares de serviços gerais, 2 vigias, 2 pediatras, 2 clínicos, 2 ginecologistas, 2 dentistas, 1 técnico em higiene dental, 1 gerente, 2 auxiliares de farmácia, 1 assistente social, 2 enfermeiras, que se dividem em jornadas de 20, 30 e 40 horas semanais. Esses trabalhadores garantem os serviços de consulta médica nas 3 especialidades (clínica, pediatria e gineco-obstetrícia), visitas domiciliares, vacinação, curativos, inalação, coleta de material, atendimento odontológico básico, dispensação de medicação, grupos educativos para gestantes, hipertensos e diabéticos.

A população da área de abrangência da Unidade é de 18 mil habitantes.

A gerente realiza reuniões com os trabalhadores da unidade somente para resolver problemas, ou para acertos administrativos e transmitir informações. A unidade não conta com Comissão Local de Saúde.

Cena 1 – Filomena busca atendimento na unidade de saúde

Filomena é dona de casa, tem 45 anos, mãe de dois adolescentes, e esposa de um operário metalúrgico. Mora na periferia da cidade e sofre de frequentes dores de cabeça.

Amiúde, vai ao centro de saúde consultar o médico.

Naquele domingo, a dor repete-se e Filomena resolve que no dia seguinte vai retornar a unidade de saúde mais uma vez como tem feito, periodicamente, nos últimos anos.

Na segunda-feira, pontualmente às 04:30h da manhã, debaixo de uma brisa fresca do mês de maio, sai de casa para a Unidade de Saúde, onde chega às 04:50h para obter uma senha, o passaporte para a desejada consulta médica.

Às 07h, Sr. Valdeci, porteiro da Unidade de Saúde, abre a porta, coloca ordem na fila e distribui 12 senhas, correspondentes a maior parte das 16 consultas ofertadas pelo médico clínico naquele dia. Filomena é a 11ª. Dirige-se com calma a recepção e, portando seu precioso “salvo conduto”, cumprimenta as recepcionistas, as quais conhece há 8 anos desde a fundação da Unidade de Saúde.

- Pode sentar e esperar o médico, Filomena. Ele só chega 08:30. Filomena sabe que vai ser a manhã inteira ali. Enquanto a recepcionista revira o arquivo em busca do seu prontuário, dirige-se até o banco no fundo da sala e encosta por ali, esperando um alívio para as dores de cabeça. Já não sabe quantas vezes veio à unidade e é o mesmo problema. Dor vai e volta. A Unidade cheia, criança chorando, muita fala que bate como um zumbido na sua cabeça. O som das vozes parece oco, confuso, e a dor ali, insistente.

Já veio muitas vezes ao médico para resolver o problema da dor de cabeça, mas nunca houve uma resposta satisfatória no sentido de dar um jeito definitivo ao seu problema.

Nos últimos anos, passou por muitos deles. Tem o Dr Marcus, que foi o primeiro da Unidade. Chegava cedo, mas era muito apressado e às 08:30, mais ou menos, já tinha atendido todo mundo. Mandou fazer uns exames. Filomena fez raio-x, tirou sangue, voltou ao médico que receitou uns remédios caros. Ela comprou depois de algum tempo e tomou todos eles. A dor foi embora, mas depois voltou.

Depois do Dr Marcus veio o Dr Virgílio. Não chegava cedo, porque tinha que passar no hospital antes de vir para a Unidade. Mas nunca faltava. Consultou Filomena muitas vezes. Cada vez pedia um tanto de exames e, depois de prontos, receitava novos medicamentos. Mas nunca tinha tempo pra conversar direito. As consultas eram rápidas e silenciosas. Falar, só o necessário, respondendo às perguntas que o médico fazia e só.

Agora é o Dr. Gustavo, médico novo e já sem tempo para conversar. Quer ver o problema da cabeça, pesquisa tudo pelos exames e receita muitos remédios. E assim vai passando a vida de Filomena. Queixa-se das dores aos médicos, ao marido, aos filhos, às vizinhas, à diretora da escola e até o padre já ouviu.

Às 08:30 chega o médico e as pessoas agitam-se para a consulta que está prestes a ocorrer. Filomena havia esperado boa parte da manhã, tendo de ouvir as piadinhas de sempre que fazem com ela.

- Olha ela de novo, vem toda semana e não tem nada – comenta a funcionária.
- É, deve ser manhosa, não quer trabalhar em vem para cá – diz outra.

Filomena não tem boa reputação com os funcionários da Unidade de Saúde. É tida como uma pessoa que procura o serviço sem necessitar. Que já se pesquisou seu problema e verificaram que não tem nada. Uns falam que ela toma consulta de quem realmente precisa. Mas ela sente dor, vai fazer o quê? A dor está lá e é o tal negócio, ela pensa “pimenta no olho do outro não dói”. Pois, então, ele sente dor e pronto, vai buscar o recurso.

- Mas são tantos anos e nada. O que será que eu tenho? – começa a indagar a mulher.

Após ter feito a pré-consulta com a auxiliar de enfermagem, que verificou sua pressão arterial e peso, e uma ansiosa espera por 45 minutos, tempo em que o médico realizou 10 consultas anteriores à sua, Filomena é chamada ao consultório.

No consultório...

- O que a Sra tem? – Pergunta Dr Gustavo, olhando o relógio.
- Dor de cabeça doutor. Desde ontem, não passa...
- Tá com febre?
- Não senhor. Eu tenho tido dor no corpo.
- O corpo, a gente fala depois, quero saber da cabeça. Tem dor atrás dos olhos? Tem tontura?
- Não senhor.

O médico passa a examiná-la. Após o término, Filomena pergunta:

- Posso conversar com o senhor?
- Sim.
- O meu corpo todo está doendo e acho que a minha pressão está alta.

O médico interrompeu-a, verificou a pressão anotada:

- A pressão está boa, mais alguma coisa?
- Não, senhor.

Após um curto tempo de relógio, ela sai com a receita de um analgésico, a indicação para exames e retorno daí a 15 dias. O mesmo ritmo que se repete na sua vida nos últimos anos.

Filomena sai com um nó na garganta. Queria falar alguma coisa, mas ficou entalado ali. Uma conhecida sensação de que faltou alguma coisa na consulta...”Eu falei tudo que tinha de falar? Não esqueci alguma coisa? O que foi mesmo que ele perguntou?”

As questões torturam sua memória e ela repassa cada segundo da consulta como se fosse um filme rodando em seu cérebro. Tentava se recordar das perguntas do médico, seus gestos. “Ele franziu a testa, será que é sinal de que meu problema é sério? Vou perguntar da próxima vez que vier aqui.” – pensa a mulher enquanto caminha vagorosamente na Unidade de Saúde.

Dirige-se a recepção, que fica com a prescrição de exames para marcar e comunicar a Filomena. Ela sai da Unidade e leva consigo a dúvida, a expectativa do exame marcado, a esperança de curar aquela dor, a ansiedade pelo retorno ao médico para perguntar o que ela tem, falar da sua angústia, da sua vida. Que vida?! A vida da qual nunca lhe perguntaram e sobre a qual ela nunca falou.

No retorno, após 30 dias, de posse dos exames, Filomena repetiu o mesmo ritual: a brisa, a madrugada na fila, o porteiro. A recepção, seguida da espera e da pré-consulta. Finalmente a consulta médica. Dessa vez quem falou com o médico foi o papelório que ela trouxe. Foi com ele que o médico conversou. Colocou o raio-x contra a luz, balbuciou alguma coisa, olhou o exame de sangue e falou algo mais (Tão baixo!...) Depois pegou a caneta e prescreveu a receita. Deu-lhe o papel com os nomes dos remédios e mandou procurar a Farmácia.

“E a vida?” – pergunta-se uma frustrada e dolorida Filomena. “A vida é para ser vivida e não falada, deve ser assim. Também, ele tem tanta coisa pra fazer...não vai ter tempo pra ouvir”. A sensação de que faltou alguma coisa, sentimento de descuidado, desproteção, insegurança.

- Tenho ou não um problema sério? E se for um câncer?

Filomena decide que assim que puder vai agendar consulta com outro médico. Quer ver o que ele vai falar do seu problema. Quer ter certeza. Mesmo que o pessoal vá xingar e criticar por estar voltando à Unidade, ela vai marcar assim mesmo.

Na farmácia, a auxiliar que atendeu Filomena verificou a receita e entregou os medicamentos, explicando a forma de tomá-los. Escreveu na caixa de cada um o intervalo de horas para consumo e recomendou que os mesmos fossem tomados

nos horários certos e guardados em lugar adequado, longe do alcance das crianças. E, com voz carinhosa, ela disse:

- E a vida Filomena, como está? Tudo bem na família?

A pergunta surpreendeu. Nunca lhe perguntaram isso. Mas ao mesmo tempo destampou algo preso na garganta e ela começou a falar do desemprego do marido, da falta de dinheiro, da gravidez da filha, da prestação atrasada, enfim, a vida era um turbilhão que ela não estava conseguindo controlar.

Depois da conversa, Filomena mostrou-se mais aliviada.

PROBLEMATIZANDO.....

1- *Identifique os problemas encontrados no caso acima e suas hipóteses*

2- *Agora, vamos refletir:*

Como a Educação Permanente pode transformar a construção do processo de trabalho (comunicação adequada, trabalho em equipe visando à integralidade do cuidado, resolutividade, organização do serviço e atendimento humanizado) com centralidade e repercussão na vida do usuário?

Para auxiliar na reflexão sobre o papel da educação permanente para a resolutividade dos problemas encontrados no Caso “Jardim das Flores-Filomena”, leia o texto: “O modo hegemônico de produção do cuidado e o Processo de Trabalho em Saúde”. Página 51- Texto 1.

Acesso:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf

Material retirado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Brasil. Ministério da Saúde. 2ª ed. Ver. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2008a.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa, 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.
- 2- Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
- 3- Ministério da Saúde. Portaria N° 1996. Brasília; 2007. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf>
- 4- “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/02.pdf>
- 5- Ministério da Saúde, II Caderno de Educação Popular em Saúde. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/texto-2-4-cc3adrculos-de-cultura.pdf>
- 6- Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6053/pdf_1
- 7- A experiência de realizar um Estágio Docência aplicando metodologias ativas, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_22.pdf
- 8- Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0301.pdf>

REFERÊNCIAS

ABEM. *Cadernos da ABEM*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 09, 2013.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1995.

AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. A preceptoría na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 2, pp. 316-327, 2015.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, v. 20, pp. 884-899, 2011.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org.). *Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações*. Londrina: UEA, 1999.

BETTO, Frei. Dez conselhos para militantes de esquerda. *Revista caros amigos*, 50, p. 34, 2001.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, pp. 363-373, 2008.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. *Papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino*. 2009. 104 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, pp. 65-85, 2011.

BOTTOMORE, Tom (Org.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é Educação*. São Paulo: Brasiliense, 199p. (Coleção Primeiros Passos).

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Poder Executivo*, Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Congresso Nacional*, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Resolução nº 287 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de outubro de 1998. Dispõe sobre as categorias profissionais de nível superior para fins de atuação do Conselho. *Diário Oficial da União*, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Seção 1, p. 164, 7 mai. 1999.

BRASIL. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 jul. 2005a.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-publicacaooriginal-30355-pl.html>

BRASIL. Lei nº 1.111, de 05 de julho de 2005. Fixa as normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a educação para o trabalho. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 5 jul. 2005b.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html

BRASIL. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Ministério da Saúde; FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005d.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005. Institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Ministério da Saúde; Ministério da Educação, Brasília, DF, Seção 1, p. 112, 4 nov. 2005e.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Ministério da Educação; Ministério da Saúde*, 17 jan. 2007a.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Ministério da Educação; Ministério da Saúde*, 2007b.

BRASIL. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, série B, Textos Básicos de Saúde, p. 64, 2009.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. *Poder Executivo*, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, seção I, pp. 24-25, 16 abr. 2012.

BRAVO, M. I. S. *Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 2006.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, pp. 179-191, 2013.

CARLSON, Elisabeth; BENGTSSON, Mariette. Perceptions of preceptorship in clinical practice after completion of a continuous professional development course - a qualitative study Part II. *BioMed Central Nursing*, v. 14 (1), n. 41, 2015.

CASTRO, M. M. de C. *O Serviço Social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS*. Brasília, DF: Temporalis, ano 13, n. 26, pp. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309/4944>.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, pp. 41-65, jun. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, pp. 161-168, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília, DF, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais)

CORREA, Guilherme Torres et al. Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica. *Pro-Posições*, Campinas, v. 26, n. 3, pp. 167-184, dez/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v26n3/0103-7307-pp-26-03-0167.pdf>

PEIXOTO, L. et al. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. *Enfermería Global*, v. 12, n. 9, pp. 307-322, 2012.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*, v. 6, n. 2, pp. 123-125, 2003.

FAZENDA, Ivani C. A. *Interdisciplinaridade: História, Teoria e Pesquisa*. Campinas: Papirus, 13ª edição, 1994.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (org.). *Didática e interdisciplinaridade*. Campinas: Papirus, 12ª edição, 1998.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. *Educação permanente: uma dimensão formativa no Serviço Social*. Porto Alegre, 2008.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 54ª reimpressão, 2016.

GADOTTI, Moacir. *Saber Aprender: Um olhar sobre Paulo Freire e as perspectivas atuais da educação*. Universidade de Évora, Congresso Internacional Évora, set. 2000.

LUZ, F. M. *Educação em saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho*. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Varginha, Minas Gerais, 2010.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, pp. 605-610, out. 2004.

MARTINS, Lígia Márcia; LAVOURA, Tiago Nicola. Materialismo histórico-dialético: contributos para a investigação em educação. *Educar em Revista*, v. 34, n. 71, pp. 223-239, nov. 2018.

Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/59428/36843>>.

MARTINS, Maria Helena Pires; ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *Temas de filosofia*. São Paulo: Moderna, 1992.

MARX, K. *O Capital*. Livro 1, capítulo VI (inédito). São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo. 2007

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, pp. 758-764, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia C. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n.4, pp. 586-593, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0586.pdf>>. Acesso: 22 jan. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 6ª edição, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Revista Emancipação*, v. 2, pp. 435-442, 2010.

<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1937> Acesso em: 20/05/2019

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, pp. 621-626, mar. 2012.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, pp. 668-700, 2009.

Disponível em: <http://www.pcb.org.br/portal/docs/int-metodo-teoria-social.pdf>

PEREIRA, Cosme Sueli; TAVARES, Cláudia Mara. Significado da modalidade de preceptoria no âmbito da residência multiprofissional em saúde num Hospital Universitário. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 32, n. 4, 2016.

Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/991>

RAMOS, M. N. et al. *Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF, pp. 375-390, 2006.

RIBEIRO, Eliana C.O. Exercício da Preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 11, supl. 1, pp. 77-83. 2012.

RIBEIRO, Kátia Regina Barros; PRADO, Marta Lenise. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 1, pp. 161-165, 2014.

Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43731>.

ROSDOLSKY, Roman. *Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx*. Rio de Janeiro: EDUERJ, Contraponto, 2001.

SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana et al. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, pp. 346-361, ago. 2012.

SILVA, Cristiane Trivisiol et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35, n. 3, pp. 49-54, set. 2014.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00049.pdf>

SILVA, Cristiane Trivisiol et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>.

SILVA, Letícia Batista. *Trabalho em Saúde e residência multiprofissional: problematizações marxistas*. 2016. 246 f. Tese (Doutorado em) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev. Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 1, pp. 200-209, jan. 2018.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serviço Social & Sociedade*, n. 114, p. 390, abr./jun. 2013.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, pp. 102-106, 2010.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.
Acesso: 22 jan. 2019.

SOUZA, Maria das Graças G. *A Ebserh bate à porta: o trabalho do Assistente Social na Residência Multiprofissional em Saúde do HUAP/UFF no contexto da contrarreforma do Estado*. In: ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *70 Anos da Escola de Serviço Social da UFF*. Niterói, RJ: Editora UFF, 1ª edição, 2015.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA – EEAAC
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto: **O trabalho do preceptor na residência multiprofissional de um hospital universitário: interdisciplinaridade e formação pedagógica ou “cada um no seu quadrado”?**

Pesquisador responsável: Maria das Graças Garcia e Souza

Instituição: Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF

Telefones: (21) 2629-9213 e (21) 99443-5104

E-mail: gracags@yahoo.com.br

Prezado preceptor:

Você está sendo convidado a participar da pesquisa para a dissertação de mestrado do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, orientada pelo Prof. Dr. Bendito Cordeiro, cujo título é **“O trabalho do preceptor na residência multiprofissional de um hospital universitário: interdisciplinaridade e formação pedagógica ou ‘cada um no seu quadrado?’”**.

O estudo visa a contribuir nas áreas de ensino, pesquisa e assistência, ampliando o conhecimento sobre o trabalho do preceptor na Residência Multiprofissional dentro de um hospital Universitário na perspectiva do trabalho em equipe.

O objetivo principal do estudo é compreender se a atuação dos preceptores da Área de Concentração SAMUCA do HUAP/UFF contemplam a interdisciplinaridade e a formação pedagógica nos moldes da Educação Permanente. Já como objetivos secundários, analisaremos através da literatura e legislações existentes o tema preceptorial; identificaremos comparativamente as visões que os profissionais de

Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Serviço Social possuem da sua atuação como preceptores e apontaremos como se configura o trabalho interdisciplinar na prática da Preceptorial.

Conforme prevê a Resolução 466/2012, toda pesquisa em seres humanos envolve riscos. Os riscos da pesquisa são possíveis estranhamentos e constrangimentos durante a entrevista, pelo fato de abordarmos algumas rotinas e formas de trabalho que contrapõe ao exercício da preceptorial de fato interdisciplinar, de acordo com o SUS e dentro da perspectiva da Educação Permanente. Estes serão minimizados pelo fato da participação ser voluntária, o que lhe faculta permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, o que não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com seus pares ou

instituição envolvida. Ainda é garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, que ocasione constrangimento de qualquer natureza, e é garantido o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

As entrevistas serão gravadas por meio de um gravador e transcritas na íntegra. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo e não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico: eventos ou periódicos, preservando o anonimato.

Os benefícios relacionados à sua participação serão o de aumentar a troca de conhecimentos e refletir sobre o seu trabalho como preceptor, proporcionando a melhoria nos atendimentos e o seu compromisso social de trabalhador na instituição, além do comprometimento da pesquisadora em socializar os resultados coletivos da pesquisa futuramente.

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o preceptor pela sua participação no estudo. O encontro, com duração de no máximo 01 (uma) hora, com o pesquisador para a realização das entrevistas, será pré-agendado, adequando-se a sua rotina de trabalho.

Você receberá uma cópia deste termo onde constará o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o Sr./Sra. deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição - subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e-mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas:

E-mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____ Idade: _____, RG nº _____

_____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

CODIGO: P	IDADE:	SEXO:
Qual a sua formação (graduação/pós- graduação):		
Em qual setor/área de concentração você atua?		
Quanto tempo de serviço na instituição?	Quanto tempo atua como preceptor?	

2. QUESTIONÁRIO

1. O que é ser preceptor para você?
2. Como se dá o exercício da preceptoria no seu dia-a-dia?
3. Descreva como se dá o trabalho conjunto da equipe no seu campo de trabalho em relação à REMUS? Existem atividades em que os preceptores de todas as profissões participam Se sim, quais?
4. Comente sobre a diretriz da interdisciplinaridade e como ela se aplica no cotidiano do seu trabalho como preceptor.
5. Você já participou de alguma atividade ou formação para exercer a preceptoria? Como foi preparado para essa função? Se sente capacitado?

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO



Universidade Federal Fluminense



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

Declaro tomar ciência e autorizar, como **Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)/EBSERH**, a coleta de dados da pesquisa intitulada: **“O trabalho do Preceptor na residência multiprofissional de um Hospital Universitário: Interdisciplinaridade e Formação Pedagógica ou “Cada um no seu quadrado”?** Esta pesquisa deverá trazer contribuições científicas, acadêmicas e sociais para os sujeitos pesquisados e para os pacientes, sendo a pesquisadora **Maria das Graças Garcia e Souza**, ciente de suas responsabilidades; bem como o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, conforme a Resolução CNS 466/2012

Niterói, 8 de dezembro de 2017.

PROF. RUBENS ANTUNES DA CRUZ FILHO
Gerente de Ensino e Pesquisa HUAP/EBSERH

Rubens Antunes da Cruz Filho
Gerente de Ensino e Pesquisa HUAP/EBSERH
Matrícula SIAPE: 69999201

Hospital Universitário Antonio Pedro
Rua Marquês do Paraná 303 – Centro – Niterói – RJ – CEP: 24033-900
Tels: 2629-9408/9409/9421 Fax : 2629-9418
e-mail: rubensacfilho@huap.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.544.095

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho do preceptor na Residência Multiprofissional de um hospital Universitário: interdisciplinaridade e formação pedagógica ou "cada um no seu quadrado"?

Pesquisador: MARIA DAS GRACAS GARCIA E SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82844417.8.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional de Ensino na Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.544.095

Apresentação do Projeto:

O Programa de Residência Multiprofissional em saúde teve início no Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF em 2010, seguindo os moldes do MEC. A Residência Multiprofissional em Saúde constitui modalidade de ensino de pós-graduação, voltada para a educação em serviços e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. Dentre os profissionais envolvidos no Programa pela condução dos residentes, temos o preceptor. Trata-se de estudo sobre a formação e a atuação dos preceptores na Residência Multiprofissional em Saúde (REMUS) do HUAP/UFF. Objetiva analisar como se configura o trabalho interdisciplinar e a formação pedagógica nos moldes da Educação Permanente em Saúde no exercício da preceptoria. Pesquisa qualitativa e de natureza descritiva, que escolhe como participantes 15 preceptores, tendo como cenário a Área de Concentração da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da REMUS do HUAP/UFF. Como instrumento de coleta de dados serão aplicadas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um gravador e, posteriormente, a transcrição das falas dos preceptores. O tratamento e a análise dos dados coletados serão trabalhados através da técnica da análise de Conteúdo e à luz da Triangulação

Endereço:	Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar		
Bairro:	Centro	CEP:	24.030-210
UF:	RJ	Município:	NITEROI
Telefone:	(21)2629-9189	Fax:	(21)2629-9189
		E-mail:	etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.544.095

de Métodos de Minayo. Pretende-se como produto criar coletivamente “Roda de Conversas” na perspectiva da Educação Permanente, baseada na concepção crítico-reflexiva de Paulo Freire.

Metodologia Proposta: A pesquisa será qualitativa, de natureza descritiva, que terá o materialismo histórico dialético como base e método de análise. Optou-se por esse método, pois auxilia a não só ver a aparência dos fenômenos, mas sua essência, permitindo uma maior aproximação com o objeto e dele extrair as categorias e suas diversas expressões; apreendê-lo num movimento histórico e dialético. A contribuição da pesquisadora Minayo será contemplada, permitindo assim, discutir as ações e reações dos preceptores e compreender o objeto de estudo a partir das perspectivas dos participantes, dos diferentes significados atribuído às experiências vividas no contexto da Residência em Saúde. **TRIÂNGULAÇÃO DE MÉTODOS (Minayo):** estratégia de diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento, agregando distintos pontos de vista sobre um mesmo tema. O cenário de campo no qual a pesquisa se realizará é no âmbito da REMU do HUAP/UFF, especificamente na Área de Concentração SAMUCA, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Para a coleta de dados serão utilizadas entrevistas semiestruturadas, pois de acordo com Minayo (1998), este tipo de entrevista objetiva apreender a fala dos sujeitos, remetendo aos objetivos da pesquisa e configurando-se em uma “conversa” com suficiente abertura para aprofundar a comunicação. Pretendemos, a partir de autorização e resguardado o sigilo dos participantes, utilizarmos um gravador e posteriormente descrevermos as falas. Num segundo momento, retiraremos as partes principais, de acordo com os conteúdos apreendidos em nossa análise bibliográfica e de revisão de literatura. Os participantes da pesquisa serão 15 preceptores da equipe multiprofissional da Área de Concentração da SAMUCA/HUAP/UFF.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender se a atuação dos preceptores da Área de Concentração SAMUCA do HUAP/UFF contemplam (sic) a interdisciplinaridade e a formação pedagógica nos moldes da Educação Permanente.

Objetivo Secundário:

- Identificar comparativamente as visões que os profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia,

Nutrição e Serviço Social possuem da sua atuação como preceptores;

- Apontar como se configura o trabalho interdisciplinar na prática da Preceptoría;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são possíveis estranhamentos e constrangimentos durante a entrevista, pelo fato de abordarmos algumas rotinas e formas de trabalho que contrapõe ao exercício da preceptoría de fato interdisciplinar, de acordo com o SUS e dentro da perspectiva da Educação Permanente.

Endereço:	Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar		
Bairro:	Centro	CEP:	24.030-210
UF:	RJ	Município:	NITEROI
Telefone:	(21)2629-9189	Fax:	(21)2629-9189
		E-mail:	etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.544.095

Estes serão minimizados pelo fato da participação ser voluntária, o que lhe faculta permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, o que não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com seus pares ou instituição envolvida. Ainda é garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, que ocasione constrangimento de qualquer natureza, e é garantido o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

Os benefícios relacionados à sua participação serão o de aumentar a troca de conhecimentos e refletir sobre o seu trabalho como preceptor, proporcionando a melhoria nos atendimentos e o seu compromisso social de trabalhador na instituição, além do comprometimento da pesquisadora em socializar os resultados coletivos da pesquisa futuramente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, que terá o materialismo histórico dialético como base e método de análise. Envolverá 15 preceptores com mais de dois anos de experiência no Programa de Residência Multiprofissional em saúde do HUAP. A proposta é bem fundamentada, apresentada corretamente, com objetivos bem definidos e com metodologia adequada para que estes objetivos sejam alcançados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações;

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047984.pdf	04/03/2018 22:49:57		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostaaocp.pdf	04/03/2018 22:42:01	MARIA DAS GRACAS GARCIA E	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.544.095

			SOUZA	
TCLE / Termos de Assentimento /	novotcle.pdf	04/03/2018 22:39:32	MARIA DAS GRACAS GARCIA E	Aceito
Justificativa de Ausência	novotcle.pdf	04/03/2018 22:39:32	SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomodificado.pdf	04/03/2018 22:38:56	MARIA DAS GRACAS GARCIA E SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.pdf	12/12/2017 21:23:11	MARIA DAS GRACAS GARCIA E SOUZA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	12/12/2017 21:22:15	MARIA DAS GRACAS GARCIA E SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	12/12/2017 21:21:15	MARIA DAS GRACAS GARCIA E SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 14 de Março de 2018

Assinado por:

ROSANGELA ARRABAL THOMAZ

(Coordenador)

Endereço:	Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar		
Bairro:	Centro	CEP:	24.030-210
UF:	RJ	Município:	NITEROI
Telefone:	(21)2629-9189	Fax:	(21)2629-9189
		E-mail:	etica@vm.uff.br