UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

JANAÍNE MARIA DE OLIVEIRA

OS SENTIDOS DE SER PRECEPTOR NAS EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: DESAFIOS A EDUCAÇÃO NA SAÚDE

NATAL
2016

JANAÍNE MARIA DE OLIVEIRA

OS SENTIDOS DE SER PRECEPTOR NAS EXPERIÊNCIASDE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: DESAFIOS A EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentada à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Orientador: Prof. Dr. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim
Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

Natal
2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Oliveira, Janaíne Maria de.
Os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade de um município do nordeste brasileiro: desafios a educação na saúde / Janaíne Maria de Oliveira. - Natal, 2016.
116f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)-Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Orientador: Prof. Dr. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim.

1. Atenção Básica - Dissertação. 2. Estratégia saúde da familia - Dissertação. 3. Preceptoria - Dissertação. I. Amorim, Ana Karenina de Melo Arraes. II. Título.

RN/UF/BSCCS CDU 614.253

Janaíne Maria de Oliveira

OS SENTIDOS DE SER PRECEPTOR NAS EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE DE UM MUNICIPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: DESAFIOS A EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – UFRN
(Orientadora)

Profa. Dra. Jacileide Guimarães – UFRN
(Membro Interno)

Profa. Dra. Fatima Raquel Rosado Morais – UERN
(Membro Externo à Instituição)

Prof. Dr. João Bosco Filho – UERN
(Membro Externo à Instituição)

Aprovada em: 29 de julho de 2016.

Aos meus pais, José e Maria. Exemplos de fibra e simplicidade.

“ Meu querido, meu velho, meu amigo”

Roberto Carlos

AGRADECIMENTOS

A meus pais José Antônio e Maria Odete, pessoas simples que mesmo tendo apenas o ensino fundamental, cultivaram em mim o desejo de estudar, de buscar e dar sempre o meu melhor.

Aos meus seis irmãos, por juntos darem o sentido de família, de ninho. Pelo abraço sempre caloroso e zelo pela irmã caçula.

À Luka, Déborah pelo incentivo no início de tudo isso, acreditando e me dando coragem para resgatar esse desejo de entrar no mestrado.

À Ana Karenina, minha orientadora, posso dizer que tive a satisfação de ter sua companhia nessa trajetória. Teve sensibilidade de perceber meu tempo, minhas limitações sem desacreditar do meu potencial. Como sempre ouço, ainda temos muito a caminhar mais iremos colher os frutos desse trabalho. Vamos em frente!

À banca (Prof Jacileide, João Bosco e Raquel, Maísa e Luka) por terem aceitado o convite e por contribuírem com o trabalho e como disse o Prof João Bosco, por terem partilhado comigo dessa festa da ciência.

Aos meus colegas de trabalho da unidade básica nas pessoas de Marlete, Andreia e Ana Neres, sou grata pela compreensão e carinho que tiveram comigo.

À comunidade da área de trabalho. Aqui faço um agradecimento a todos na pessoa de Dona Helena Neri, pessoas de uma sabedoria ímpar, que sempre me presenteou com um bom dia, um sorriso largo e uma bênção todas as vezes que esteve na UBS enquanto esteve entre nós.

Aos meus colegas de trabalho da AB e preceptores, companheiros na luta pela formação em saúde para o SUS, especialmente aqueles que me ajudaram fazendo parte dessa pesquisa.

Aos meus queridos companheiros do Hospital da Mulher na pessoa de Beth, Priscila e Liane, que foram sempre pacientes comigo, confiaram e ajudaram a coordenar o acolhimento nesse período.

Aos meus estimados amigos do acolhimento, na pessoa de Luana, Karina, Ana Paula, Dora e Nilma, que sempre cuidaram de mim inclusive me poupando em noites de plantão anteriores as tantas viagens que fiz para aulas.

A Flávia pelo carinho e preocupação que sempre teve com todos nós da turma MPSF – RENASF 2014. Lembro de você desde o dia que fiz a inscrição. Acolhendo a cada um de nós nesse período tão difícil.

Aos 23 queridos colegas da turma MPSF-RENASF 2014. Foram tantos desafios, tantas idas e vindas, tantos almoços que mais eram uma festa. Como sempre falei.. partilhamos vida. Mesmo com toda dificuldade, cansaço, sono, e tudo mais que enfrentamos, os nossos encontros sempre recompensavam, as brincadeiras, os risos, as trocas. Em especial ao grupo dos TDF (Rafa, Rejane (cleidinha), Bebel, Alê freire, Joel e Zu,) com vocês deixo um pouco de mim e levo muito de vocês.

À Jaércia, Josemar e mamãe que nessa reta final compraram minhas ideias e me ajudaram a fazer da defesa um dia uma festa no meu coração.

A todos vocês meu muito obrigada**.**

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
ABEM - Associação Brasileira de Educação Medica
APS - Atenção Primária na Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviço
DCNs - Diretrizes Curriculares Nacional
ESF - Estratégia Saúde da Família
GES - Gerencia Executiva da Saúde
HUOL - Hospital Universitário Onofre Lopes
IES - Instituições de Ensino Superior
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde
MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS - Ministério da Saúde
MPSF - Mestrado Profissional em Saúde da Família
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB - Normas Operacionais Básicas
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PPP - Projeto Político Pedagógico
PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde
PITS - Programa de interiorização do Trabalho em Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
PRÓ-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde
PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
PROFAE - Programa de Capacitação e Formação em Saúde da Família
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UBS - Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O processo de se pensar e fazer saúde passou por grandes mudanças desde a criação do Sistema Único de Saúde, o que, consequentemente, impulsionou mudanças nos processos de formação profissional em saúde, movidas pela necessidade de ter profissionais com uma visão voltada para a integralidade do cuidado em saúde. A partir dessa necessidade, a inserção do estudante nos serviços de saúde passa a ser mais valorizada. Tendo assim o preceptor um papel fundamental na aproximação do estudante com a população e o território, na consolidação da integração ensino-serviço-comunidade. Diante dessa importância, esse estudo foi impulsionado a questionar quais os sentidos que levam os profissionais do serviço a exercem a preceptoria? Eles têm dimensão do seu papel como articulador desse processo de integração? O que motiva esse profissional e quais suas fragilidades? Com essas questões em mente, este estudo objetivou investigar os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade, a partir dos discursos dos profissionais preceptores na ESF, O estudo utilizou a abordagem qualitativa com alicerce na produção de sentidos presentes nos discursos dos profissionais preceptores, e tem como base teórica a abordagem das práticas discursivas no referencial construcionista e teve como atores 20 profissionais preceptores na ESF que recebem estagiários de graduações da saúde de instituições de ensino pública e privadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas e analisadas, permitindo a construção dos sentidos do ser preceptor a partir de 4 eixos analíticos, a saber: 1. Motivações e potencialidades; 2. Limitações e críticas; 3. Relação ensino-serviço-comunidade; e 4. Ser preceptor. Como resultados foi percebido que o preceptor exerce a função de educador na sua atuação prática. Entretanto tem dificuldade de atribuir-se a função de educador e, apesar de limitações técnicas e educacionais, ele desempenha com compromisso a preceptoria, desejando qualificação e organização dessa prática de modo a não sobrecarregar seu trabalho na ESF. Percebeu-se também que o ser preceptor envolve o trabalho de articulação ensino serviço, mas não na sua dimensão coletiva e também sem a articulação com a comunidade e o território como contexto fundamental no processo saúde-doença. Conclui-se que na luta para normalização da função de preceptoria ainda há muito o que avançar, faz-se necessário, porém, refletir sobre os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos obstáculos, com estudos que

venham a suscitar soluções para essa problemática, assim como progredir no sentido da qualificação do profissional preceptor para que este possa vim a cumprir essa função com maior propriedade, contribuindo para o fortalecimento do SUS e reafirmação da ESF como cenário para formação em saúde.

PALAVRAS CHAVES: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Preceptoria.

ABSTRACT

Since de creation of the Health Unic System, the process of to do and to think health has been for big changes. Consequently, this drove changes on the formation process in the health, driven by need of to tue professionals with the vision to turned for the integrality of the health care. Starting from this need, the student insertion on the health services it's more valued, where the preceptor has a fundamental paper in the aproximation between student, population and territory and in the consolidation for the integration between teaching, service and community. From that importance, this study was boosted for to question what are the feelings that lead the professionals of the service for exercised the preceptory? They are dimension for the your paper into articulation on the process of integration? Whats motivates this professiona and are they your frailties? Whith this questions on the mind, this study objected to investigate the feelings and directions from to be preceptor in the experiences for the integration between teaching, service and community, starting from the speeches of the preceptors professionals in the Family Health Strategy. This study used the qualitative approach, subatantiated in the senses productions on the speeches for the preceptors professionals and has with theoretical basis the approach of the discursive practices on the construction referential and participated 20 preceptors professionals from de Famlily Health Strategy who receive interns from the private and public graduation institutions. Were are realized interviews, transcribed and analyzed, which allowed the construction of the preceptors feelings from for 4 axes for analysis: 1. Motivations and potentialities; 2. Reviews and limitations; 3. Relationship between teaching, service and community; and 4. To be preceptor. The results showed what the preceptor has exercised your educator function in your practice, but has difficulty in to feel this function. Although for techniques and educacional limitations, plays with commitment the preceptor function and want organization and qualification of that practice for don't overload your job in the Family Health Strategy. Besides that, the preceptor involves the articulation between teaching and service, but not in your collective dimension as well as articulation with community and territory as fundamental context in the health and disease process. This study concluded that in the struggle for standardization for the preceptor function there is so much to evolve. It's required reflexion on the ways threshed on the obstacles, with studies that to arouse solutions for this problem, it's

required progression in the professional qualification for the preceptor exercise this function with biggest property and to contribute for the fortification of the Heath Unic System and the Family Health Strategy as scenario from health formation.

KEY WORDS: Primary Health Care; Family Health Strategy; Preceptorship

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 16

1.1 O interesse pelo objeto do estudo 16

1.2. Contextualizando e justificando o objeto do estudo 18

CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEORICO 24

1.1. O SUS e a Atenção Primária na Saúde 24

1.2. O SUS e a Educação profissional na saúde 27

1.3. Concepções de preceptoria e diretrizes para a função de preceptor no SUS 29

1.4. Integração ensino-serviço-comunidade como desafio para formação em saúde 32

1.5 Integração ensino-serviço-comunidade e a ESF 34

1.6 Educação permanente direcionada a preceptoria 37

1.7 Experiências exitosas de preceptoria no Brasil 38

2. DELINEAMENTO METODOLOGICO E ASPECTOS ÉTICOS 41

2.1 O tipo do estudo 41

2.2 O local do estudo 43

2.3 Sujeitos do estudo 44

2.4 Aspectos éticos e legais 45

2.5 Coleta dos dados e preparação do *Corpus* de análise 45

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES 47

3.1. Motivações e Potencialidades do ser preceptor 48

3.1.1. Comprometimento com a formação 49

3.1.2. Mudança do olhar e renovação da própria pratica profissional 50

3.1.3 Produção de conhecimento e aproximação com as IES 52

3.2 Limitações Técnicas e Educacionais e Críticas 53

3.2.1 Falta de tempo para atividade de formação 54

3.2.2 Escassez de insumos e estrutura física 56

3.2.3 Incerteza quanto a função e sua delimitação 58

3.2.4 Insegurança técnica e despreparo pedagógico 65

3.2.5. Motivações éticas, ajuda dos estudantes na sobrecarga de trabalho e falta de motivação 69

3.3 Relação ensino, serviço e comunidade 70

3.3.1. O Estudante como elo entre a rede de atenção básica e as demais redes 71

3.3.2. Apropriação pelo estudante da realidade do serviço, da comunidade e do trabalho em equipe. 72
3.3.3. Formação de vínculo dos estudantes com a comunidade, com a equipe e com o preceptor 75
3.4 Ser Preceptor 78
3.4.1. Ser referência profissional 79
3.4.2. Compromisso com a formação em saúde 80
3.4.3. Ser preceptor e ser professor na dicotomia entre teoria e pratica 81
3.4.4. Elo entre o estudante e a comunidade 85
CONSIDERAÇÕES FINAIS 87
A preceptoria como possibilidade para consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e desafios à formação em saúde 87
REFERÊNCIAS 92
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE 103
APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA 108
APÊNDICE C: PERFIL DOS PRECEPTORES PARTICIPANTES 109
APENDICE D: MAPA DE PRODUÇÃO DOS SENTIDOS 112
ANEXO A 114

1. INTRODUÇÃO

1.1 O interesse pelo objeto do estudo

Este trabalho é o resultado de pesquisa realizada no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (MPSF/URFN). Além disso, consiste também das reflexões que se deram a partir da vivência nas experiências de integração ensino serviço que tive ao longo de 15 anos de trabalho na Atenção Básica, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, por conseguinte, como preceptora.

Acredito que minha inquietação com os desafios postos a preceptoria tenha começado, exatamente, por ter iniciado a prática da função ao mesmo tempo que iniciei minha vida profissional, sem entender muito sobre o que era a preceptoria, sentindo na pele a responsabilidade de estar participando do processo de formação de futuros profissionais sem ter a dimensão das atribuições, do papel, das competências de um preceptor na Atenção Básica, munida unicamente com as experiências de uma recém-graduada no ano de 2001. Graduação essa que foi vivenciada no período onde eram fomentadas as mudanças propostas para a formação profissional que culminaram com a aprovação, entre os anos de 2001 e 2014, das Diretrizes Curriculares Nacional (DCNs) para os cursos da área da saúde.

Com o passar do tempo, acertando e errando, fui me envolvendo com esse universo. Tive a grata oportunidade de participar do PET-SAÚDE durante o período de 2009 a 2014, quando amadureci muito para o exercício da preceptoria pelas trocas de experiências entre os profissionais e estudantes que faziam parte do programa. A partir de então comecei a me inquietar com uma dimensão mais coletiva dos limites e desafios à essa prática, tão importante para formação dos recursos humanos na saúde e, também, a questionar como os outros profissionais se percebem no exercício da função, quais as motivações e as limitações para tal prática, sobretudo no que se refere à relação ensino-serviço-comunidade e à falta de regulamentação da função na Estratégia Saúde da Família do município onde exerço minhas atividades laborais há 8 anos e onde foi desenvolvida a pesquisa.

O MPSF permitiu que eu materializasse em pesquisa essas minhas inquietações e angústias, a qual resultou nessa dissertação cujo objeto foi os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade. A pesquisa objetivou investigar esses sentidos, a partir dos discursos dos profissionais preceptores na ESF atuantes no município onde atuo como enfermeira e preceptora.

Ao tomar a dimensão dos sentidos acerca da função dos profissionais de saúde que exercem a preceptoria, tivemos em mãos um material robusto de possibilidades de reflexões sobre o ser preceptor e os desafios relativos à integração, ensino, serviço e à formação profissional com perfil que atenda às necessidades do SUS. Apresentamos a seguir o trabalho que foi estruturado da seguinte forma:

No item **Contextualizando e Justificando o Objeto do Estudo** apresentamos alguns avanços da AB como estratégia de transformação no modelo de atenção, direcionando para as mudanças na formação em saúde, com recursos humanos com um olhar mais integral à saúde da população e o preceptor como parte fundamental na efetivação dessas mudanças. Passando pela justificativa da pesquisa e objetivos.

Já no segundo capítulo intitulado de **Fundamentos Teóricos** detalhamos o referencial teórico que embasa a pesquisa em sete tópicos, iniciando com o SUS e a Atenção Primária na Saúde, onde fazemos uma reflexão acerca das lutas para consolidação do SUS e atenção primária à saúde como escolha para o enfrentamento do modelo hegemônico, seguindo pela discussão sobre o SUS a educação profissional na saúde, no qual trazemos as mudanças nas diretrizes curriculares para formação de recursos humanos para o SUS voltado para integralidade no cuidar. No terceiro tópico apresentamos as concepções de preceptoria indicadas pela literatura e as diretrizes para função de preceptor no SUS. Em seguida, discutimos a integração ensino-serviço-comunidade como desafio para formação em saúde e suas especificidades na ESF. Nos dois últimos tópicos, discutimos educação permanente direcionada a preceptoria e apresentamos as experiências exitosas de preceptoria no Brasil.

No terceiro capitulo intitulado de **Método e Aspectos Éticos** trazemos o percurso e o delineamento da pesquisa de abordagem qualitativa, as ferramentas e procedimentos para a produção e análise dos dados segundo a

análise do discurso e a produção de sentidos na perspectiva construcionista social. Além da descrição do processo de pesquisa em sua totalidade, apresentamos os aspectos éticos e legais respeitadas pela mesma.

No quarto capítulo que tem por título **Resultados e discussões** trazemos o perfil dos preceptores que participaram da pesquisa, além do detalhamento da análise dos dados com as discussões referenciadas na literatura, organizada pelas categorias que emergiram da análise agrupadas em quatro eixos analíticos, a saber: 1. as motivações e potencialidades; 2. limitações e críticas à função da preceptoria, às IES e à gestão; 3. a relação ensino, serviço e comunidade e 4. os sentidos de ser preceptor.

Ao final ficam compreendidas as **Considerações finais: reflexões sobre o estudo e apontamentos para prática.** Aqui trazemos a síntese da pesquisa e alguns desdobramentos com o intuído de contribui com a regulamentação da função de preceptor, reafirmando a importância da integração ensino-serviço-comunidade, na perspectiva para formação em saúde.

1.2. Contextualizando e justificando o objeto do estudo

Muitas foram às mudanças ocorridas na atenção à saúde no Brasil no decorrer dos anos, com destaque as ocorridas a partir da criação do Sistema Único de Saúde - SUS e da Constituição Federal na década de 80. Frente a essas mudanças, inúmeros são os desafios no processo de regulamentação e efetivação de políticas públicas que consigam tornar reais os princípios e diretrizes do SUS e que eram e ainda são contra hegemônicos na sociedade.

O sistema ainda hegemônico, que pauta a atenção à saúde na assistência curativa, hospitalar, vem sendo aos poucos substituído por um sistema universal, que valoriza a integralidade no cuidado e na promoção da saúde e também na formação e prática profissional nessa área.

Para atender as necessidades que o SUS traz de profissionais com olhar voltado para atenção integral ao indivíduo deixando de ser um mero expectador do seu tratamento, mas assume um papel importante de corresponsabilidade no cuidado e da contextualização territorial deste.

As entidades formadoras também passaram por mudanças para apresentar-se em igual processo de transição na educação dos profissionais da saúde, abandonando um modelo de ensino onde o professor é o detentor e único transmissor de conhecimentos, para uma formação baseada no compartilhamento de saberes, onde a coparticipação é o foco das relações existentes no processo de cuidado e, consequentemente, nos processos de ensino e aprendizagem na saúde.

Mudanças essas que foram durante muito tempo negligenciadas, possivelmente por não se tratar de uma ação prioritária que contribuiria para o fortalecimento de um modelo que busca trazer a participação social na construção do SUS. Em contrapondo a essa negligência, de acordo com Ribeiro (2012), tem crescido a necessidade de se ter um perfil profissional com a formação cada vez mais ampla, com o domínio de ferramentas de avaliação crítica do conhecimento e das transformações sociais, imprescindíveis para um exercício profissional mutante.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200, inciso III, estabelece que o SUS tenha como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. A concepção que permeia os processos de educação na saúde aponta para a necessidade de integração entre as instituições formadoras, os serviços de saúde e a comunidade.

Dessa forma, ganha destaque o estabelecimento destas parcerias como uma estratégia para facilitar a construção do conhecimento a partir da reflexão crítica da realidade, o que possibilita a articulação entre a teoria e a prática e, consequentemente, a qualificação da atenção prestada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Cabe destacar que esse modelo se torna possível na medida em que ocorre o ingresso contínuo e progressivo de estudantes da área da saúde, nos seus diversos processos formativos, nos espaços oficiais de serviços de saúde, inserindo-se em uma base territorial adscrita, com necessidades sociais específicas, o que compõe um perfil epidemiológico próprio, que passa a ser objeto de estudo, intervenção e modificação por todos os envolvidos nesse processo de ensino-aprendizagem.

Com a mudança na forma de como as universidades brasileiras conduziam seus processos formativos, inicia-se uma tensão social que indica a

necessidade também de transformações nas práticas dos serviços de saúde, e que culminaram com a criação da Política de Educação Permanente – PNPS em 2003. A PNES tornou-se um eixo que orienta o SUS no cumprimento do seu papel na formulação de propostas que orientem a formação de recursos humanos em saúde, desenvolvimento, regulação e gestão do trabalho em saúde e é orientada pelos princípios da integração entre o ensino, o serviço e o trabalho, objetivando promover mudanças entre as relações desses campos (BRASIL, 2019).

Neste contexto, cabe indagar qual seria o ator responsável pela articulação desse processo, que tenha características e competências capazes de garantir uma formação em saúde que atenda às necessidades do SUS, entrando em cena o ser preceptor, que pode ser definido como o profissional de saúde com função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, que exerça atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica a estudantes em vivência de graduação ou de extensão (BRASIL, 2012).

A Atenção Primária à Saúde – APS, que no Brasil se refere a AB, possibilita essa integração do ambiente de trabalho com o ensino de forma mais concreta e efetiva (BARRETO et al., 2011). Por isso o preceptor tem um papel fundamental nessa apropriação dos estudantes com as competências, habilidades e atitudes da vida profissional.

De acordo com Autônomo (2013), não há uma definição consensual e única entre os autores sobre o conceito de preceptor, encontrando diversos conceitos na literatura estudada, assim como diferentes nomenclaturas para esse termo, alguns explícitos nos programas dos cursos de saúde ou mesmo em regimentos de programas criados para promover a articulação ensino serviço como por exemplo o PET-SAÚDE. De modo geral, o termo refere-se ao docente das IES que acompanha estudantes nas práticas dos estágios curriculares por disciplina ou refere-se ao profissional de saúde que exerce sua atividade laboral na Atenção Básica e recebe estudantes da graduação especificamente para atividades dos programas.

Tomamos o conceito colocado por Missaka (2010) como referência principal neste trabalho, por ser o que mais se aproxima do sujeito do estudo que conceitua preceptor como o profissional do serviço de saúde que não é da

academia e tem um relevante papel na inserção do recém-graduado no ambiente de trabalho, enfatizando o desenvolvimento de habilidades na prática clínica, protagonista do processo de formação e que tem como desafio inserir no seu cotidiano a atividade de supervisão e orientação de estudantes, exigindo assim conhecimentos pedagógicos, além dos necessários conhecimentos técnicos ensinados na graduação.

Apesar da diversidade de definições para palavra preceptor, é consenso a importância da função de preceptoria no processo de ensino na saúde, bem como a exigência de habilidades técnicas e aptidão para ser educador para o exercício da função. Além de características pessoais e afeição pela formação profissional no serviço, o preceptor necessita de capacitação técnica, não só aquela advinda da sua própria formação profissional. Isso por que, segundo Maciel e Ribeiro (2012), as dificuldades que o profissional do serviço encontra ao exercer a função de preceptoria envolve da falta de políticas de pessoal, das precárias condições dos ambientes de trabalho e a pouca oportunidade para qualificações e educação permanente em saúde.

Até pouco tempo a preparação ou organização dos profissionais do serviço para o exercício da preceptoria ainda era muito fragilizada, apesar de ser uma prerrogativa do SUS como já colocado anteriormente, no tocante a oferecer auxílio à construção formativa na saúde.

Recentemente foi criada a Portaria Interministerial n° 1.124 de agosto de 2015, que instrui as diretrizes para criação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviço - COAPES, com o intuito de fortalecer, no âmbito do SUS, a integração ensino, serviço e comunidade, e define a responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - de promover a formação de preceptores, apoiando ações de valorização desta atividade por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos para qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades, e às IES a responsabilidade de elaborar um plano de capacitação e educação permanente voltadas ao aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais do serviço.

Diante do papel significativo do profissional do serviço em exercer a preceptoria, essa pesquisa é justificada por estar contribuindo com o fortalecimento da integração ensino serviço a partir da investigação dos sentidos

de se exercer a preceptoria, ajudando no entendimento das limitações dos profissionais preceptores ao desenvolver a função e por suscitar caminhos para possíveis mudanças na forma como a preceptoria vem sendo desenvolvida.

Muitos estudos falam da importância da preceptoria, de reafirmar seu papel no processo formativo, mas poucos são os estudos que buscam compreender como o preceptor se percebe nesse processo, quais suas fragilidades e potencialidades, como é a sua relação com os estudantes, ele consegue ser um elo entre o estudante e a comunidade, o que move esse profissional do serviço a continuar a exercer a função mesmo com as limitações? Existe preparação ou algum processo de educação permanente que embasem a atuação no ensino por esses profissionais? Existe um perfil desejado para o exercício da preceptoria, tempo de atuação ou afinidade com o ensino?

O despertar pelo tema surgiu a partir da minha prática profissional enquanto enfermeira na atenção básica e na preceptoria há quinze anos, vivenciando as dificuldades e sentindo as limitações que tive ao iniciar o exercício da função juntamente com minha primeira experiência de trabalho, recém-graduada. Inicialmente, minha percepção das limitações se deu no meu universo singular, mas ao ingressar no Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET-SAÚDE no ano de 2009, comecei a ter contato com outros profissionais, inclusive de outras categorias profissionais que vivenciavam a preceptoria e assim como eu sentia algumas limitações como também bebiam do mesmo interesse que tinha de querer melhorar minha prática enquanto preceptora e formadora de recursos humanos para saúde, despertando em mim o interesse pelo assunto, agora já numa esfera mais coletiva.

No município onde atuo profissionalmente há 8 anos, não existe um padrão de atuação no exercício da função entre os profissionais do serviço, não são claras as atribuições, as competências para se exercer a função, não há uma seleção para se exercer a função, geralmente é feito um comunicado partindo da Gerência Executiva da Saúde – GES, por meio de ofício, comunicando que a Unidade Básica de Saúde - UBS irá receber o estudante no serviço, já designando o nome dos estudantes, e por quanto tempo eles irão permanecer.

Esse estudo pretende contribuir na reflexão acerca dos problemas enfrentados pelos profissionais do serviço no exercício da preceptoria e assim ajudar a superação de alguns entraves que podem dificultar a formação

profissional com perfil voltado a integralidade do cuidado. Além disso, pode vir a colaborar para elaboração de um aporte normativo a respeito da prática da preceptoria, efetivando mudanças na gestão e no trabalho em saúde.

Sendo assim, acredita-se que investigar os sentidos do ser preceptor, a partir dos profissionais da ESF (Enfermeiros, Médicos e Assistente Social), será de extrema relevância para o reconhecimento por parte dos profissionais e instituições formadoras de suas responsabilidades frente à saúde que é dispensada a sociedade e o compromisso social que se deve ter com a consolidação do SUS em todos os espaços de formação e atuação na saúde.

Espera-se, pois, com esse trabalho, contribuir de maneira efetiva com propostas que venham subsidiar a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como cenários de práticas de educação profissionais na saúde e integração ensino/serviço/comunidade na perspectiva do “reconhecimento dos equipamentos de saúde como espaços de ensino, agregando-se aprendizagem significativa nas práticas de saúde” (DEMARZO et al, 2009, p. 229). Esse estudo poderá também contribuir para a avaliação e reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde que se inserem nesse contexto, a qual deve ser pautada na integralidade das ações, bem como apresentar dados e informações que poderão suscitar novas pesquisas, reflexões e discussões.

Neste sentido, a pesquisa teve como objetivo geral investigar os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade, a partir dos discursos dos profissionais preceptores na ESF de um município de médio porte do Nordeste Brasileiro e, como objetivos específicos: 1. Conhecer as principais motivações que os preceptores do serviço têm para exercer tal função, 2. Identificar as potencialidades e limitações técnicas e educacionais que esse profissional enfrenta no seu cotidiano para desenvolver a função de preceptor, 3. Investigar como o preceptor percebe sua função de agente educador na saúde e mediador na relação ensino-serviço-comunidade.

CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEORICO

1.1. O SUS e a Atenção Primária na Saúde

A luta por uma saúde com melhor qualidade se dá muito antes da criação do Sistema Único de Saúde na década de 80, com o movimento de reforma sanitária durante o processo de redemocratização. É nesse contexto que surge aqui no Brasil uma concepção de saúde mais ampla, na qual a doença não fosse o ponto de partida para compreensão.

É nesse momento que se amplia o conceito de saúde para muito além da ausência de doença, mas para uma conjuntura de ser e estar do indivíduo e da sua coletividade, bem como da necessidade de se discutir o acesso igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. De acordo com Campos, Barros e Castro (2004, p. 746):

> A definição de saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação.

É neste sentido de compreensão da importância de se pensar saúde de forma articulada com diversos setores, na integralidade das ações, na garantia do acesso a toda população e do controle social, que é reforçada a necessidade de estratégias que permitam a reconstrução de posturas, diretrizes e propostas integradas, capazes de oportunizar a população uma saúde pautada nos princípios preconizados pelo SUS, à universalidade, integralidade e equidade, buscando a melhoria da qualidade de vida e afirmação do direito à saúde, como se ver amplamente discutido nos conceitos de promoção da saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde e adoecimento em nosso país, como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade

do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006, p. 7), no SUS a estratégia de promoção da saúde “é tida como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso país como: violência, desemprego, falta de saneamento básico etc, e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde”.

Desta forma, os problemas e necessidades de saúde serão objetos de intervenção, bem como seus determinantes e condicionantes, envolvendo as ações e serviços que procurem minimizar os efeitos do adoecer, melhorando as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas mais saudáveis pelos sujeitos e pela coletividade no território, onde estão inseridos.

São no território que se materializa os problemas de saúde da população, um cenário vivo e em constante processo de mutação, interagindo com os determinantes do processo saúde/doença e que fundamenta o planejamento e desenvolvimento de ações em saúde, onde os diversos atores sociais interagem na busca da resolução de seus problemas ou interesses. Neste sentido, as Redes de Atenção à Saúde - RAS surgem como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 4).

Nelas o primeiro elemento a ser levado em consideração é exatamente a população, uma característica essencial das RAS. Segundo Mendes (2010), essa população vive em territórios sanitários organizados socialmente em famílias e deve ser cadastrada e acompanhadas de acordo com os riscos sóciossanitários, plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação, sob a responsabilidade da atenção primária, vinculada a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Essa discussão acerca dessa nova forma de se organizar e pensar saúde inicia-se no mundo já na segunda e terceira década do século XX, quando se tem a percepção de tentar aproximar o trabalho em saúde da população, aparecendo desta época os conceitos de distrito sanitário e de Centros de Saúde. Isso começou nos Estados Unidos entre os anos de 1910 e 1915, de

acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2009), com os esforços em aproximar aos serviços de saúde da população, em relacionar os serviços a uma população delimitada, ou seja, uma área definida, com características sociais, ambientais, culturais comuns, a procurarem atendimentos de saúde em um único foco administrativo.

Esses tinham como principal característica a oferta de serviços de medicina preventiva e curativa, na figura de um médico generalista, que assumia a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças que acometiam os indivíduos. A construção desse vínculo da relação profissional-paciente era percebida pelo cuidado personalizado e único, nos seus aspectos biológico, psicológico e social.

No Brasil, a consolidação da adoção do modelo de atenção à saúde pautada na Atenção Primária na Saúde - APS tem sua regulamentação no âmbito jurídico-institucional nas chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n° 8.080/90 e 8.142/90), além das Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996. A NOB/SUS 01/96 em especial, explicita e dá consequência prática aos princípios e diretrizes do Sistema, favorecendo, ainda mudanças essenciais no modelo de atenção no Brasil (BRASIL, 1999). Esse redirecionamento do modelo de atenção busca centrar a atenção na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente onde estão inseridas, além de fortalecer a relação equipe e comunidade, especialmente no seu núcleo social primário que é a família.

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009), o norte inspirador para a implementação da Estratégia Saúde da Família nos mais diversos municípios brasileiros foram à reorganização da rede de assistência à saúde, mediante políticas que focalizassem na universalização do acesso da população a AB, consolidando o processo de descentralização da saúde iniciado com a implementação do SUS.

Desse processo de reorganização foi inicialmente falado no Brasil em Atenção Básica à Saúde, no final do ano de 1993, com a institucionalização, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família- PSF. De acordo com Mendes (2011), o ciclo da AB, sofreu a influência de várias matrizes, mas a principal foi do PSF, com resultados muito expressivos, entretanto esse modelo de AB praticado esgotou-se, não suprindo as demandas que as RAS pedem da APS.

A interpretação de APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde leva a entendê-la como uma forma particular de “apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 96).

1.2. O SUS e a Educação profissional na saúde

Outro grande desafio no sentido de promover a reorientação do pensar saúde na ótica da APS, se dá exatamente através da formação profissional, já que assim como a atenção à saúde do indivíduo, a formação profissional também era orientada pela atenção a doença e pela reabilitação, com vínculos fragilizados entre ensino e serviço.

Esse processo de mudanças nos processos formativos para área da saúde no Brasil também se contextualiza com a Reforma Sanitária Brasileira, buscando novas estruturas pedagógicas, além das novas interpretações do fenômeno saúde-doença, com currículos mais integrados as articulações ensino-serviço e, já neste momento, comunidade.

A formação em saúde, antes tida como resultado de uma “colcha de retalhos” de saberes suturada com as concepções de corpo destituído de alma e sem ligação com outros, de forma estável e explicável, pautando a assistência na eliminação das doenças, passa a luz da área da Saúde Coletiva, dentre outras ciências, a inventar outros modos de formar, de educar, refletir e atuar em saúde, voltando o olhar para as histórias de vida dos indivíduos, a integralidade e as vivencias culturais de cada ser (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Historicamente a formação em saúde tem uma tendência a centrar a busca pelo conhecimento no modelo médico-hegemônico, talvez pela própria vinculação da formação profissional em saúde está muito mais ligada à formação médica, ampliada com o advento de outras categorias profissionais. Entra nesse sentido a relação dominador/dominante nas práticas do cuidado em saúde que aconteciam, onde o profissional era detentor do conhecimento e que este se sobrepõe ao conhecimento popular e as práticas de saúde comunitária. Essa

relação é mencionada por Mattos (2008) como uma “forma de expropriação da saúde, na medida em que, uma vez constituída a ordem médica na vida social, os indivíduos não parecem mais ser capazes do cuidado de si, passando a ter dependência do conhecimento dos profissionais”.

Com o advento das mudanças nos processos formativos em saúde, surge também a ideia de resgatar a medicina social como proposta alternativa em defesa da saúde da população. O que para Mattos (2008, p. 327) “trata-se de enfatizar as ações preventivas, criticar a centralização da noção de doença e a ineficácia das ações da medicina individual e assistencial”. Iniciando assim a busca por uma formação em saúde pautada na integralidade das ações e no cuidado do indivíduo, sem desconectá-lo do seu contexto social.

Essas reformulações trouxeram para as instituições de ensino médico e demais áreas da saúde novos desafios, já que a atenção ao indivíduo começa a se dar no primeiro nível de atenção à saúde, assumindo assim uma formação pautada na assistência de forma personalizada e continuada a indivíduos e seus familiares, inseridos no seu contexto comunitário e territorial.

Durante a década de 80, ainda no auge dos debates e lutas sociais, começa um processo de busca por experiências onde a integração ensino-serviço não se resumisse aos muros dos hospitais, mas fosse ampliado para as unidades básicas de saúde, recuperando assim a integralidade nos processos formativos em saúde. É nesse contexto que se a necessidade de integração ensino-serviço começa a demandar às instituições formadoras dos profissionais de saúde, a buscar reformas curriculares que consigam dar resposta à necessidade da população por uma atenção à saúde de forma mais integral, considerando o contexto social onde os indivíduos vivem.

Para Neves e Heckert (2007), o cotidiano dos serviços de saúde e suas relações com os modos de fazer a atenção e gestão é matéria primordial na construção dos processos de formação que busquem os desafios propostos pela concretização do SUS e do seu princípio de integralidade, modificando assim as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados. Neste sentido, as discussões entre autores acerca dos serviços de saúde, como palco das atividades de formação em saúde, têm sinalizado que a complexidade que permeia o SUS requer ações de formação que se consolidem num processo de construção coletiva com os atores envolvidos.

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que a formação para área da saúde poderia ter como objetivo a mudança das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização desse processo, e sua possibilidade de dar acolhimento e cuidado nas mais diversas dimensões e necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades.

Outro aspecto relevante dentro dessa relação de articulação do ensino-serviço é a questão do controle social dentro desse processo. Cabe ressaltar que a participação social está garantida nas diretrizes constitucionais do SUS e que sua integração nesse processo poderia trazer a introdução da noção de relevância e responsabilidade social do ensino. O ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde, devendo estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

1.3. Concepções de preceptoria e diretrizes para a função de preceptor no SUS

Diante do que foi exposto até o momento acerca dos processos de reorientação profissional pautado fortemente na integração dos estudantes com os serviços de saúde e com a comunidade na APS, entra em discussão um ator que é peça fundamental para sua efetivação. Compreender quem seria esse articulador e conhecer qual seu papel na inserção do estudante nos cenários de prática se torna cada vez mais relevante.

A preocupação com a preparação dos profissionais de saúde que recebem os estudantes nos serviços e que auxiliam na sua formação torna-se cada vez mais necessária, tamanha é a importância dentro da formação em saúde, e de como eles se percebem nesse processo. O ator responsável por essa articulação, e que deve ter características e competências capazes de garantir uma formação em saúde que atenda às necessidades do SUS, é o preceptor, que pode ser definido como o profissional de saúde com função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de

especialidade profissional, que exerce atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica a estudantes em vivência de graduação ou de extensão" (BRASIL, 2012).

No decorrer dos tempos, esse profissional do serviço vem recebendo várias denominações, dentre elas preceptor, supervisor, tutor a ainda mentor, sem, contudo, existir documentos que oficializem cada termo desses. Entretanto, será usado o termo preceptor, por ser entre os autores, o que mais se aproxima do profissional ao qual se trata a pesquisa, além de ser a denominação usada no município estudado para designar o profissional do serviço que desenvolve função de preceptoria.

A palavra preceptor vem do latim *praecipio* que quer dizer "mandar com império aos que lhe são inferiores". E pode ser definido como "o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica" (BOTTI; REGO, 2008, p. 370). E que tem a função de educador e de desenvolver habilidades clinicas no estudante, captando as oportunidades de aprendizagem, tornando a sua prática uma possibilidade para ensinar, dividir experiências, ensinando, orientando e dando suporte que favoreçam o aperfeiçoamento clinico para o exercício da profissão (BOTTI; REGO, 2011).

Segundo Pagani e Andrade (2008, p. 99) "o preceptor tem atuação concentrada em habilidades e conhecimentos inerentes a sua própria experiência profissional". Citada por alguns autores como uma função cumulativa, como profissional da ESF e como educador, contribuindo na formação dos profissionais e ainda como gestor dos processos de trabalho e ou serviços com a gestão participativa nos territórios.

Devido a sua aproximação com o estudante e muitas vezes identificação deste com a sua prática profissional, pode-se criar laços de confiança, podendo até ser considerado como orientador/conselheiro, pois se trata muitas vezes de uma figura de suporte, apoio, ajuda proteção e cuidado, já que o diálogo entre estudante e o preceptor se dá muitas vezes de forma mais horizontal, contribuindo para seu desenvolvimento profissional e também pessoal, desmistificando assim a ideia de educação bancária na qual o estudante é deposito do saber do preceptor (PAGANI e ANDRADE, 2012).

Seu papel ainda está sendo construído, muito embora já se saiba muito dessa relação e que se tenha sua atuação como um fortalecedor da formação profissional em saúde, destacando assim a importância deste preceptor como um educador e na construção do SUS, baseado nos seus princípios, e na melhoria pela qualidade de vida.

O profissional preceptor deve estar capacitado para o desenvolvimento de sua função, visando proporcionar a formação de competências no estudante, para facilitar o desenvolvimento profissional deste. Infelizmente o que se observa é que em geral o preceptor não é preparado para exercer essa função e muito menos ter apoio e incentivo para tanto, e que habitualmente essa função é desenvolvida por profissionais assistenciais lotados nas unidades de saúde, carentes de formação pedagógicas (BENTES, et al, 2013).

Diante dessa realidade, é importante destacar que a formação e os processos de educação permanentes para o profissional exercer a função de preceptor são fundamentais, afim de que este possa sempre oferecer orientações seguras que aprimore as habilidades técnicas dos estudantes, contribuindo para formação humanística, ética e com valores morais.

O profissional preceptor teve ter uma identidade que determine de forma objetiva seu papel no processo de ensino, diretrizes que normatizem um perfil mínimo necessário, capaz de fazê-lo desenvolver sua função com segurança e livre de qualquer prejuízo ao processo de formação profissional em saúde. Outro aspecto que se observa é que o papel de preceptor não é, em algumas situações, uma opção pessoal do profissional do serviço, mas uma condição assumida pelo fato de trabalhar em uma instituição que recebe estudantes nos seus campos de prática profissional, e isso pode acabar demandando um esforço extra para atender as necessidades “impostas” no desenvolver da função.

Diante da tamanha responsabilidade e da importância do preceptor para a formação profissional em saúde, discutir os aspectos didáticos- pedagógicos envolvidos no desenvolver dessa função pode, segundo Santos (2013), melhorar o processo de formação de preceptores humanistas e técnicos competentes, que possuam conhecimento, habilidade, atitude e comportamento ético e compromisso social, pois atuar como preceptor é um oficio pleno de desafios diários, que significa acreditar que esse profissional pode contribuir de forma

profícua para formação de profissionais conscientes de suas responsabilidades sociais.

1.4. Integração ensino-serviço-comunidade como desafio para formação em saúde

Muito embora se tenha avançado nos processos formativos dos profissionais de saúde, muitos ainda são os desafios a serem enfrentados relativos à qualificação, valorização e formação de recursos humanos na saúde pautados nas necessidades do SUS, primando pela melhoria da qualidade da atenção à saúde no Brasil, refletindo assim nas reduções de morbidade e mortalidade da população.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200, inciso III, estabelece que o SUS tenha como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, e a partir dessa responsabilidade, tem sido proposto pelo Ministério da Saúde e da educação diversas iniciativas que viabilizem e efetive essa lei.

Nos últimos anos os avanços no campo da educação dos recursos humanos para o SUS tiveram como norte a reorientação da formação na saúde, com programas que permitissem a incorporação ao processo de formação da área da saúde uma abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde inicialmente com o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas – PROMED em 2001, como iniciativa de apoiar a implementação das DCNs, em 20 cursos de graduação em medicina Criado por determinação dos Ministérios da Saúde e Educação, como uma política indutora visando à reorientação da formação do médico com ênfase nas mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da AB na saúde (Brasil, 2002a).

Entretanto com base nessa primeira inciativa de integração ensino serviço, foi realizado um estudo pelo Ministério da Saúde – MS por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, em várias regiões do país sobre a aderência dos cursos de graduação às DCNs com um recorte que envolveu os cursos de enfermagem, medicina e odontologia,

profissões inseridas na ESF. Com o objetivo de aprimorar o PROMED e ampliar a cobertura para outras profissões de saúde, incluindo além dos cursos de Medicina, também, Enfermagem e Odontologia, em 2005, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde – Pró-Saúde (Brasil, 2005).

A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipe são pouco explorados pelas instituições formadoras, o que se reproduz nas equipes de saúde nos serviços, resultando em isolada e limitada ação de cada profissional, o Pró-Saúde passa a incluir os cursos de Enfermagem e de Odontologia, além do curso de Medicina com o objetivo de buscar a superação desses obstáculos, em uma ação conjunta do Ministério da Educação e da Saúde. Por essa especificidade, o papel indutor do Pró-Saúde é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança na busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade (BRASIL, 2007).

Levando em consideração essa necessidade de adequação dos processos de formação aos processos de trabalho na AB e nas propostas de melhoria da qualidade da atenção prestada, em 2007 o PRÓ – Saúde estendeu suas ações para mais 14 profissões da área da saúde, por recomendações do Conselho Nacional de Saúde – CNS, já com a incorporação de outras profissões da saúde na AB no SUS pela criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família – NASF (HADDAD, 2012).

Com o acompanhamento das ações desenvolvidas pelo PRÓ-SAÚDE e identificação de limitações ainda existentes, cria a partir da Portaria Interministerial n° 1.802 de 2008, o PET- Saúde, com propostas de reforçar as ações de integração ensino serviço por meio de projetos de intervenção com base em diagnósticos situacionais no território, o que segundo Haddad (2012), teve como objetivo geral o mesmo que o Pró-Saúde, mas lançou mão de novas estratégias, focadas nos cenários de prática e no processo de ensino-aprendizagem nas redes de serviços, envolvendo o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS.

O Pró-Saúde já tinha o intuito de promover mudanças institucionais, migrando a área da saúde da universidade para integração com a comunidade e suas necessidades em saúde. Entretanto o PET-Saúde veio endossar esse movimento de entrada dos estudantes da graduação nos cenários vivos,

proporcionando maior concretude nas intervenções baseadas em diagnóstico situacional do território.

Nesse contexto de apropriação dos estudantes dos campos de prática e do reconhecimento desse movimento para consolidação da importância da articulação ensino-serviço-comunidade para formação em saúde, observa-se a aproximação dos profissionais de saúde do serviço como ator de grande significado nesse processo.

Desde os primórdios da formação médica fala-se na existência do profissional do serviço nos processos formativos, mas a partir da criação desses programas de aproximação da formação em saúde, já incluindo as demais áreas como enfermagem, odontologia, serviço social, entre outros, observa-se a convocação desses para conduzir a inserção dos estudantes nos territórios, mais precisamente na ESF.

Com o intuito de fortalecer a integração entre ensino, os serviços e a comunidade, no âmbito do SUS, foi instituída a Portaria Interministerial n° 1.124/15, para celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviço – COAPES, que tem como objetivo garantir que a formação em saúde aconteça nos cenários de prática, tanto na graduação quanto na pós-graduação, sob a responsabilidade do gestor da área, além de designar atribuições às partes envolvidas no funcionamento da integração ensino, serviço e comunidade (BRASIL, 2015).

Além de pontos relacionados a responsabilização das ações destinadas a garantir a formação em saúde dentro das necessidades do SUS, os COAPES colocam alguns pontos importantes que podem ajudar na ordenação da preceptoria enquanto atividade do profissional do serviço, tais como definição das atribuições do profissional preceptor, promoção da formação para o exercício da função, com apoio das ações que visem valorizar o profissional no desempenho da preceptoria e na institucionalização da função como parte das ações pertinentes ao profissional de saúde no exercício das suas atividades, como carga horária, progressão funcional, carreira entre outras (BRASIL, 2015).

1.5 Integração ensino-serviço-comunidade e a ESF

A luta pela efetivação de um modelo assistencial pautado na AB é uma luta que ainda vem sendo travada diariamente, pois o SUS que temos ainda está distante do SUS que almejamos e que fora proposto pelos movimentos da Reforma Sanitária. O que segundo Feuerwerker (2015), a situação de disputa para garantia da saúde como direito, põe em risco a legitimidade política e social do SUS, pois alguns elementos como a organização da gestão, o modelo tecnoassistencial e a forma como são colocadas as políticas de saúde, podem impedir a mobilização dos atores capazes de colaborar na preservação dessa legitimidade.

O direito a saúde acaba sendo visto erroneamente pelos usuários e por alguns profissionais de saúde, devido aos avanços dos serviços de saúde privados, como o direito de consumir consultas médicas, procedimentos e medicamentos, pautados pela concepção de saúde ainda no modelo médico-hegemônico, ainda predominantes, ocasionando inclusive as altas demandas de atendimento curativos individuais nos serviços de saúde (FEUERWEEKER, 2013).

Os valores oriundos desse modelo de atenção acabam contaminando ainda hoje os princípios que orientam a formação dos profissionais e estão presentes no fazer saúde de alguns trabalhadores do SUS que ainda tiveram sua formação pautados nesse modelo.

A AB tem assumido um papel importante na reorientação dos modos de cuidar, tratar e de se acompanhar a saúde dos indivíduos e da sua coletividade, provocando repercussões também nos modos de ensinar e de aprender sem que tenha sido reformulado os modos de fazer formação, movidos pela necessidade de se re-formar os profissionais que atuam e que irão atuar no SUS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Algumas iniciativas foram suscitadas com o intuito de propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico além da valorização do ensino a partir da realidade do território, buscando fortalecer os movimentos de mudança nos processos de formação. Entretanto a mudança que direcionou a formação em saúde para a AB e consequentemente à ESF foram as DCNs que recomendam que a formação do profissional de saúde deve atender às necessidades sociais da saúde assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização no atendimento, com formação humanista, crítica e reflexiva, capaz de

reconhecer os problemas e situações de saúde mais prevalentes no perfil nacional, atuando com senso e responsabilidade social como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL,2001).

A adequação às DCNs pelas IES, a partir dessas recomendações, se dá pela integração entre as atividades de ensino e o treinamento em serviço, com preceptoria pelos profissionais do serviço e nos serviços de referências ligados à ESF, tornando importante que o processo de formação se dê na própria rede ambulatorial da AB, onde é possível conviver com a realidade local da população, inseridos na ESF.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada a partir da Portaria Ministerial n°648, de 28 de Março de 2006, e visa reorganizar a AB de acordo com preceitos do SUS, como uma estratégia que busca qualificar, expandir e consolidar a AB, usando como instrumento a reorientação do processo de trabalho enfatizado os princípios, diretrizes e fundamentos de saúde das pessoas na dimensão individual e coletiva, garantindo a relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Segundo Campos et al (2006), a ESF veio com o intuído de dar ênfase nas práticas não convencionais de assistência à saúde, incentivando atividades que visem a promoção da saúde e a prevenção de doença como forma de reorganizar as demandas em saúde, tendo como destaque o trabalho em equipe, a educação em saúde, os princípios de integralidade, hierarquização, regionalização e as ações inter-setoriais.

Como ferramenta que permite a inserção do estudante nos serviços de saúde, a Integração ensino-serviço é entendida por Albuquerque (2008) como espaços em que se dá o diálogo entre o trabalho e a educação; esses espaços assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante desenvolve acerca do outro no cotidiano do cuidado.

Buscando o fortalecimento da ESF e da AB no âmbito do SUS, foi suscitado como proposta a capacitação permanente de pessoal para saúde, com o intuído de promover o desenvolvimento de recursos humanos, que veio posteriormente embasar a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS

1.6 Educação permanente direcionada a preceptoria

A PNEPS foi criada por meio da Portaria n° 198/04, como estratégia do SUS para formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor saúde, o que repercutiu num grande movimento para a educação na área da saúde com o desenvolvimento de ações indutoras significativas no SUS (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

Mesmo antes da publicação dessa Portaria que cria a PNEPS, alguns programas foram formados com o intuito de dar resposta as solicitações colocadas pelas DCNs. Entretanto, algumas tensões começam a ser percebida entre as IES e os serviços de saúde, quando esses começaram a receber estudantes no seu cotidiano. As IES relatavam que os serviços não estavam abertos para acolher os estudantes para os estágios curriculares ou quando recebiam acabavam utilizando da mão de obra deles de forma oportunista. Por sua vez, os serviços justificavam sua atitude de recusa argumentando que os a estudantes não estavam preparados para o serviço por deficiência na formação (CAMPOS et al, 2006).

Essa situação já dificultava por si só o envolvimento dos profissionais do serviço com a integração ensino serviço. Soma-se a isso como agravante que é considerar como preceptoria o mero envolvimento de profissionais do SUS com as atividades de supervisão e orientação de estudantes de graduação da área da saúde, o que exige uma formação pedagógica para além das funções técnicas assistenciais que já lhe são atribuídas, sem que esta formação ocorra (TRAJMAN, ASSUNÇÃO e VENTURI et al, 2008).

A realidade é que o profissional de saúde agora profissional preceptor, tem dificuldade de ter cursos de formação para sua própria atuação na ESF, muitas vezes sendo admitido para o trabalho na AB sem o mínimo de conhecimento da rotina do trabalho ou alguma especialização na área como em saúde da família, saúde pública ou coletiva, sem o olhar para a clínica ampliada de cunho generalista, como é preconizado pelo SUS.

Isso acarreta em entraves que dificultam a formação em saúde no sentido de um novo perfil profissional, mais crítico, que priorize a atenção integral ao usuário do SUS, reflexo de um profissional preceptor com limitações técnicas e pedagógicas para exercer a preceptoria, sendo este fruto de uma formação em

um modelo antigo, onde muitos confundem transmissão de informação com ensino. O que torna a capacitação docente um desafio para as IES e para os próprios preceptores (ALMEIDA e FERREIRA, 2008).

Mitre, Teixeira e Santos (2014) colocam que a preceptoria media o contato do estudante e profissional de saúde com a prática dos serviços públicos de saúde, mediante atividades voltadas ao desenvolvimento de competências na integralidade do cuidado, na equidade da atenção, as quais devem ser construídas a partir de aprendizagem significativa.

Essa aprendizagem significativa pressupõe que sejam considerados os conhecimentos e as experiências prévias dos educandos como parte integrante e que os conhecimentos se articulam aos conteúdos educacionais, fazendo com que os sujeitos se tornem cognitivos e permitam descobrir e redescobrir novos significados para os conhecimentos pertinente a uma aprendizagem satisfatória e com qualidade (COSTA, 2011). Enfim, o profissional preceptor acompanha o estudante no território de saúde, no processo de educação permanente, analisando suas práticas e saberes, e reconstruindo-as.

Tamanha importância da preceptoria para a integração ensino serviço que estratégias de consolidação da PNEPS para preceptoria vem sendo discutidas. Os próprios Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviço - COAPES são um instrumento que tem como um dos seus objetivos responsabilizar a formação do profissional preceptor para que este possa desempenhar a função com qualificação e assim possa proporcionar uma formação em saúde com base nas necessidades do SUS. Segundo os COAPES, as IES têm a responsabilidade de oferecer aos profissionais da rede oportunidade de formação e desenvolvimento para sua qualificação com base na PNEPS (BRASIL, 2015).

1.7 Experiências exitosas de preceptoria no Brasil

O acesso à assistência à saúde vem ao longo dos anos travando um duelo para que esse direito seja garantido. A disparidade entre o rápido desenvolvimento tecnológico, as mudanças demográficas e epidemiológicas, a escassez de recurso destinados à saúde e as iniquidades sociais, vem impondo um grande desafio a garantia desse direito universal previsto pela Constituição

Federal de 88, sendo um dos maiores desafios na luta pela garantia do acesso à saúde seja quanto aos recursos humanos no SUS, em quantidade e qualidade suficientes (ANDRADE, BARRETO e LOIOLA et al, 2011).

Caminhando paralelamente a essa luta, a reformulação dos processos de educação em saúde vem experimentando estratégias que consigam modificar o perfil de formação profissional que atenda as demandas dos usuários do sistema de saúde vigente, fundamentada na busca por um perfil profissional criativo e consciente do seu processo de aprendizado, na perspectiva de sistemas de saúde que desenvolvam organicamente seus processos de formação e educação permanente.

Para tanto, há que se pensar em parcerias entre os sistemas de saúde, as suas redes de atenção e as IES de forma interinstitucionais e interorganizadas. Inegavelmente, vem existindo o interesse por parte do governo de implementar políticas capazes de efetivar a integração do ensino, pesquisa e os serviços de saúde, já mencionadas anteriormente como o PRÓMED, o PRÓ-Saúde, PET-Saúde entre outras, pelos Ministério da Saúde e da Educação. Entretanto o mais importante tenha sido a criação da PNEPS, tendo como seu diferencial a inclusão da educação dos profissionais do serviço como uma das suas uma finalidade (CECCIM, 2005).

Para Ceccim (2005), há que se descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica da PNEPS, compreendida aqui como estratégia de transformação do trabalho na saúde, para que os serviços de saúde venham a ser cenários de atuação crítica, reflexiva e tecnicamente competente, para que seja consolidado o SUS como uma rede – escola.

A criação de Sistema Saúde Escola – SSE vem responder a alguns desafios como de se integrar os diversos programas e projetos e sua efetivação nos níveis de gestão, de reduzir o espaço entre formação e trabalho, garantindo quantidade e qualidade dos recursos humanos para o SUS (ANDRADE, BARRETO e LOIOLA et al, 2011).

Essa estratégia é o resultado do esforço gerado por vários atores que trabalham, colaboram e apoiam-se dentro de cada rede local de saúde, como uma alternativa a integração ensino-serviço e serviço-ensino, valorizando a gestão participativa e democrática, compreendendo que o sucesso do SUS

depende da formação em serviço, da educação permanente e do desenvolvimento dos profissionais de saúde (SOARES, PINTO e DIAS, 2008).

Na realidade do Brasil, o SSE mobiliza os gestores, trabalhadores do SUS, as IES (públicas e privadas), de ensino técnico e superior para o enfrentamento dos desafios à mudança do modelo assistencial, contribuindo para promover o acesso à saúde com qualidade (BARRETO, ANDRADE e LOIOLA, et al, 2006).

A responsabilidade do trabalhador de saúde nesse processo é enfatizada, cabendo a ele um assento no Conselho Gestor, com direito a voz, como também nos processos de educação permanente que se aplicam às redes assistenciais, modificando as práticas em saúde, identificando as necessidades, qualificando e humanizando os participantes (CECCIM, 2005).

Usaremos como exemplo de experiência exitosa de preceptoria no Brasil, que ocorre no estado do CE, tanto no município de Sobral como em Fortaleza, que é uma das experiências mais avançadas na implementação do SSE. No SSE de Sobral – CE, os avanços vêm se dando na perspectiva de ser um sistema aprendente, onde o território, as ESF, os grupos e movimentos sociais, as lideranças da população, os diferentes espaços organizacionais, onde existem as situações de tensionalidade e conflitos geradoras de novas e significativa aprendizagem (BARRETO, ANDRADE e LOIOLA, et al, 2006).

Para Brandão (2006) toda rede local de saúde e os seus atores passam a ser vistos com dupla função, a de educador e a de educando, onde são abandonados os ultrapassados papeis centrados na figura do professor e no conteúdo.

2. DELINEAMENTO METODOLOGICO E ASPECTOS ÉTICOS

2.1 O tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com natureza exploratória, e abordagem qualitativa. É considerado descritivo por busca delinear as peculiaridades de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre as variáveis, onde os fatos são observados, analisados, classificados, interpretados e registrados (LAKATOS, 2010).

É também exploratória por "proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses" (GIL, 2009, p.42). Esse tipo de estudo envolve também levantamento bibliográfico "[...], pois visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores" GIL (2009, p.43).

Dada a subjetividade do tema e considerando os objetivos propostos e apresentados anteriormente, optamos por trabalhar com uma abordagem qualitativa por ser capaz de interpretar fenômenos, e que ocorre por meio da interação constante entre a observação e a formulação conceitual, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2013).

Como ferramenta para análise dos dados coletados, foi usado a análise do discurso, vendo que esta possibilita captar o sentido não explícitos nas falas. De acordo com Macedo et al (2008), é no terreno da linguagem que se pode explicar a determinação de fenômenos e conceitos, utilizando a palavra como ponte entre os locutores ou interlocutores. A palavra pode transparecer as contradições e conflitos possíveis de uma data realidade, a partir do aglomerado de fios ideológicos existentes em um determinado grupo social, pois a partir da compreensão do discurso pode-se ter o entendimento das relações sociais que nela existem (MINAYO, 2009).

A análise do discurso empregada no estudo caminhou na perspectiva construcionista social da percepção dos sentidos. Para Spink e Metrado (1999),

nessa perspectiva, o conhecimento não é representado, pois não se trata de algo que se possui, mas que se “constrói em coletividade”, em tempo e espaço específicos.

Assim, o conhecimento situa-se no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele presente ou não. A produção de sentidos pode ser entendida como uma construção social interativa, de onde as pessoas inseridas nas suas dinâmicas sociais, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com os fenômenos e situações da sua vida cotidiana (SPINK, 2010).

Brito e Marra (2011), diz que o próprio entendimento dos significados pode revelar a identidade do sujeito, focando o conhecimento no centro dos processos de interação social, fazendo ser destacado o que realmente acontece nas relações humana e de como ocorre à produção dos sentidos nesses processos, considerando a linguagem utilizada pelos sujeitos na construção dos sentidos da sua realidade.

Para Guareschi, Weber e Comunello (2006), utilizar a perspectiva construcionista não quer dizer abandonar a existência material das pessoas, eventos ou fenômenos, mas refletir que essa existência material não tem significado universal por si só e isso permite ao homem pensar-se de determinado modo, formas diferentes de ser e de se reconhecer.

Ainda de acordo com esses autores, ao escolher a produção de sentidos se faz opção por um processo interativo, já que não se produz sentido individualmente, mas sim como uma construção social e que está se dá numa matriz que atravessa as questões históricas e culturais, permitindo lidar com os fenômenos e situações do mundo social, portanto se permite lidar com as questões do cotidiano.

A etapa inicial desse estudo consistiu no levantamento bibliográfico através da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, nas bases de dados eletrônicas LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde, Medline - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica e na biblioteca eletrônica de acesso aberto SCIELO - Scientific Eletronic Library Online. Foi estabelecido um plano de leitura sistemática e uma triagem desses artigos, com a finalidade de sistematização de estudos pertinentes ao tema e ao objeto. A

referida revisão ajudou na fundamentação teórica, ajustes metodológicos e consistência teórica para a análise dos dados coletados.

2.2 O local do estudo

A pesquisa foi realizada num município de médio porte do Estado do Rio Grande do Norte, no nordeste do Brasil, localizado na mesorregião do Oeste potiguar e à microrregião homônima, entre as capitais Natal (RN) e Fortaleza (CE), distante 278Km e 245 Km, respectivamente.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE sua área total é de 2.110.207 Km ² e uma população absoluta de 266.758 habitantes, o que a coloca como segunda cidade mais populosa do Estado. Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, entre os anos de 2000 a 2010, teve uma taxa média de crescimento anual de 1,97%.

Possui uma rede de saúde bastante ampla e diversificada e tem uma gestão plena do sistema municipal de saúde. Na rede de AB possui 45 UBS, destas 13 estão na zona rural e as outras 32 na zorna urbana. Com modelo de atenção à saúde voltado a AB, contanto com um total de 69 equipes de ESF e 01 equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Para dar assistência a toda essa rede, conta com um total de 232 profissionais de saúde trabalhando diretamente na AB, destes 54 são médicos, 73 enfermeiros, 32 assistentes sociais e 69 dentistas. Nem todas as UBS contam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, apenas 9, com profissionais de várias categorias como psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos entre outras especialidades médicas. O município recebe estudantes nas USB das IES pertencentes ao seu território, num total de 1 públicas e 2 privadas, sejam no nível técnico, graduação e pós-graduação, que somam um total de 534 estudantes hoje em campos de pratica. Destes, apenas 152 são estudantes concluintes dos cursos de graduação nos estágios curriculares finais da sua formação, acompanhados por um total de 126 profissionais de saúde que exercem a função de preceptoria e que totalizam o universo desta pesquisa.

2.3 Sujeitos do estudo

No segundo momento foi realizado o levantamento dos dados junto aos profissionais de nível superior que atuam em UBS da ESF no município onde o estudo foi realizado e descrito no item acima, que desenvolvam atividades de preceptoria e/ou supervisão de estudantes em atividades da graduação.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do referido município, existem vinte (20) UBS que são cenários de prática de estudantes nos cursos de graduação da área da saúde (enfermagem, medicina e serviço social), de três instituições de ensino superior sediadas na cidade, uma pública e duas privadas.

A pesquisa foi realizada com os profissionais que voluntariamente quiseram participar e que atuam em uma das vinte (20) UBS, cenários de prática dos estudantes, perfazendo um total de aproximadamente cento e vinte e seis (126) sujeitos, dos quais foram entrevistados (20) sujeitos compondo a amostra da pesquisa.

Para delimitar essa amostra foi utilizado como critério entrevistar ao menos um profissional de cada uma das 20 UBS do município estudado e que são cenários de práticas para os estudantes da graduação dos cursos da área da saúde. Nesse processo, buscou-se intencionalmente absorver todos os profissionais médicos e assistentes sociais, já que são os grupos menores, que totalizaram 4 médicos e 3 assistentes sociais e o restante enfermeiros até que se contemplasse um profissional por UBS que recebe estudantes da graduação, totalizando13 enfermeiros.

O maior número de enfermeiros se dá provavelmente pelo maior número de profissionais envolvidos com a preceptoria, tendo em vista o maior número de cursos de enfermagem (3 cursos), comparado com as outras categorias (um curso de medicina e um curso de serviço social).

A escolha pelas categorias de enfermagem, medicina e serviço social se deu primeiro por serem as categorias que são integrantes da equipe básica da ESF e segundo porque continham algum curso de graduação dessas áreas na cidade onde o estudo fora realizado, seja nas IES pública ou privadas. A categoria da odontologia, mesmo sendo pertencente a equipe básica na ESF, ainda não recebe estudantes de graduação, pois ainda não existe a oferta do curso em nenhuma das IES locais.

Foram considerados critérios de inclusão: ser profissional de nível superior que atue em uma das UBS; ser ou ter sido preceptor de estudantes da graduação na área da saúde de uma das instituições de ensino; e aceitar participar voluntariamente da pesquisa com assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Os critérios de exclusão foram: não ser profissional de nível superior que atue em uma das vinte e uma UBS, não ser ou nunca ter sido preceptor de estudantes da graduação da área da saúde de uma das instituições de ensino, estar de licença médica e ou não aceitar participar voluntariamente da pesquisa com assinatura em TCLE.

2.4 Aspectos éticos e legais

A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos cabíveis e preconizados pelas legislações vigentes, com parecer aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte no dia 02 de outubro de 2015 (ANEXO A), em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde através da Plataforma Brasil, com CAAE 47323115.4.0000.5292.

Os profissionais foram entrevistados unicamente pela pesquisadora autora do estudo, em dias, locais e horários marcados previamente e respeitando-se a conveniência do profissional e do serviço em que atua, no período de 07 de dezembro de 2015 a 27 de janeiro de 2016 e tiveram duração média de 15 a 34 minutos.

2.5 Coleta dos dados e preparação do *Corpus* de análise

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado a entrevista semidirigida e com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) na produção de dados que compuseram o *corpus* de análise da pesquisa.

Composta por 14 perguntas que foram feitas de forma flexível, abrindo espaços durante a entrevista para acrescentar algum questionamento que o pesquisador achou pertinente e que não estava necessariamente no roteiro, já

que pode sofrer alterações no decorrer da entrevista. De acordo com Mattos e Castro (2010), esse tipo de instrumento pode dar ampla liberdade ao pesquisador, pois é flexível e permite perguntas e/ou as intervenções para elucidar um caso particular do roteiro previsto.

Segundo Gil (2010), a entrevista consiste na conversação face a face, na qual a informação é expressa verbalmente. Corroborando o que Minayo (2012) fala, que a entrevistas podem ser consideradas conversas, assim como um encontro entre o entrevistado e o entrevistador com a finalidade de obter informações a respeito do assunto que se deseja compreender.

Uma entrevista semiestruturada é definida como um conjunto de perguntas fechadas e abertas, no qual, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação predefinida. (MINAYO, 2012).

Fora usado para registrar as entrevistas a gravação digital das falas dos profissionais, em seguida os dados submetidos a análise e posteriormente transcrição na íntegra. Esse instrumento de coleta de dados é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais (MINAYO, 2002).

No terceiro momento, após transcrição das entrevistas na íntegra obedecendo rigorosamente à forma pela qual o sujeito se expressar, incluindo eventuais erros, pausas, repetições e hesitações de palavras. A fim de ajudar na identificação do enunciador da fala e ao mesmo tempo garantir o sigilo, usou-se a nomeação das falas por um código em que seria possível identificar o sujeito. Ex.: E1 significa o (a) entrevistado (a) 1.

Em seguida foi iniciado a análise dos dados levantados durante as entrevistas, a partir do referencial da análise do discurso por avaliarmos ser essa abordagem a mais adequada, a fim de identificar através das falas quais sentidos são produzidos no cotidiano das práticas do ser preceptor no seu cotidiano (SPINK, 1999).

Inicialmente foi construído o Mapa Bruto de Associações de Ideias que continha 13 categorias que refletiam os objetivos do estudo, com o desígnio de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas, facilitando a visualização das dimensões teóricas do estudo. Após leitura detalhada do mapa bruto, foi gerada uma redefinição das categorias, gerando uma aproximação com

os sentidos tidos como atividade fim, e que foram agrupados em quatro eixos analíticos. Cada eixo gerou diferentes categorias de sentido, de acordo com o apêndice C.

Eixo 1: Motivações e potencialidades: Comprometimento com a formação; Mudança do olha e renovação da própria pratica profissional; Produção do conhecimento e aproximação com a academia; Motivações éticas, ajuda dos estudantes na sobrecarga de trabalho e falta de motivação.

Eixo 2: Limitações e críticas: Falta de tempo para atividade de formação; Escassez de insumos e estrutura física; Incerteza quanto à função e sua delimitação; Insegurança técnica e despreparo pedagógicos.

Eixo 3: Relação ensino, serviço e comunidade: O Estudante como elo entre a rede de atenção básica e as demais redes; Apropriação pelo estudante da realidade do serviço, da comunidade e do trabalho em equipe; Formação de vínculos dos estudantes com a comunidade, com a equipe e com o preceptor.

Eixo 4: Ser preceptor: Ser referência profissional; Compromisso com a formação em saúde; Ser preceptor e ser professor na dicotomia entre teoria e pratica; Elo entre o estudante e a comunidade.

A partir de então foi buscado elos com a literatura da área e identificação dos padrões de relacionamentos sustentados ou suprimidos nos sentidos identificados. Ainda segundo Pedrosa e Spink (2011), buscamos no material, analisar outros dados que confirmem as proposições/interpretações feitas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 20 participantes da pesquisa, na distribuição por categorias 4 foram profissionais médicos, 3 Assistentes Sociais e 13 Enfermeiros, que tem juntos um tempo de formação média de 16 anos com pós-graduação na sua maioria voltada à saúde da família e saúde pública. Dos preceptores da categoria médica três participantes têm residência em medicina de família e comunidade e de uma forma geral, isso permite que a amostra tenha tecnicamente formação adequada para contribuir com a qualidade das entrevistas.

Todos têm experiência de atuação na atenção básica, especificamente na estratégia saúde da família de um tempo médio de 11 anos de atuação e na preceptoria um tempo médio de 5 anos de exercício da função, seja em instituições de ensino públicas ou privadas.

Quanto a qualificação pedagógica para exercer a preceptoria, a maioria dos participantes não tinham feito nem um tipo de capacitação especifica para exercer a função, exceto 3 entrevistados que responderam terem feito o curso de formação de preceptores para o SUS oferecido pelo Hospital Sírio Libanês no ano de 2015 por iniciativa própria, além de um profissional médico que participou da formação de preceptores para residência médica em saúde de família e comunidade, mesmo sendo uma formação que capacita para o exercício da preceptoria, esta não foi para a função que a pesquisa está voltada que foi para os cursos de graduação.

O processo de análise gerou uma organização dos dados, emergindo então quatro eixos analíticos fundamentais em torno do sentido de ser preceptor. Dentre os eixos um deles consiste no eixo nuclear e é denominado de “ser preceptor”, sendo apresentado ao final desta seção. Os demais eixos foram agrupados a partir das questões que emergiram e que se relacionam ao sentido de ser preceptor de modo importante e significativo para os entrevistados, são eles: 1. Motivações e potencialidades do ser preceptor; 2. Limitações Técnicas e Educacionais e Críticas; 3. Relação ensino, serviço e comunidade. Cada um dos eixos temáticos analíticos se desdobra em diferentes subcategorias de sentido apresentadas a seguir.

3.1. Motivações e Potencialidades do ser preceptor

Esse primeiro eixo norteador busca compreender quais as motivações que os profissionais de saúde têm ao exercem a função de preceptor continuar a desenvolver essa função e como identificam suas potencialidades técnicas e educacionais. Nesse eixo serão analisados os sentidos colocados pelos entrevistados como motivadores para o exercício da preceptoria, a saber: o comprometimento com a formação dos futuros colegas de profissão; que a pratica da preceptoria motiva a atualização profissional e consequentemente um novo olhar para sua prática enquanto profissional da ESF; a aproximação com a pesquisa e com as IES; além da falta de motivação relatada por alguns dos participantes da pesquisa.

3.1.1. Comprometimento com a formação

A participação do profissional de saúde nos processos de formação na área da saúde é algo importante. É o que Missaka e Ribeiro (2011) defendem quando dizem que o profissional do serviço tem um papel fundamental para formação e aprendizagem prática de estudantes inseridos nos serviços de saúde, pois exerce uma função de ensino muito embora isso ainda não seja reconhecido. Ele é o profissional que atua dentro do seu ambiente de trabalho e de formação. Por isso a preceptoria está voltada para as rotinas e o processo de ensino é construído nas experiências diárias nos serviços de saúde.

Dentre as muitas atribuições que compete ao preceptor, Troncon et al (2014) ressaltam aquela de facilitador e assessor da aquisição das habilidades e competências exigidas pelo mercado de trabalho ao estudante, bem como a de modelo e de exemplo de profissional competente. Assim, é reforçado o que os preceptores colocam sobre perceber que sua função como preceptor vai além de proporcionar o conhecimento teórico e técnico, mas envolve ser exemplo a ser seguido tão logo esses estudantes adentrem no mercado de trabalho, favorecendo que o estes tenham condições de exercer sua capacidade de organização, pensamento crítico, liderança, dentre outros aspectos importantes.

De acordo com Barros (2010), o papel do preceptor enquanto formador é primordial exatamente por ser o profissional com sensibilidade, habilidade, conhecimento e principalmente experiência e que pode desenvolver o papel de

mediador de conhecimento no processo de formação nos serviços de saúde e, segundo Walter et al (2011), o preceptor ao contribuir para o aperfeiçoamento técnico do estudante melhorando sua prática clínica, sente satisfação pois sua ação não se limita apenas ao estudante, mas na qualificação de sua categoria profissional.

Dessa forma os profissionais de saúde participantes da pesquisa colocam que contribuir com a formação profissional de um futuro colega de profissão melhorando a qualidade da formação e consequentemente da sua categoria profissional motiva a exercer a preceptoria. Ter a consciência de estar participando do processo de formação como um facilitador do aprendizado e de que seu papel é importante para que o estudante possa ser um bom profissional aparece nos discursos a seguir:

> Simplesmente a paixão mesmo de ver um bom profissional, por querer ver a enfermagem com pessoas competentes, que venham de uma formação boa, que saibam fazer com responsabilidade, com qualidade, que possam argumentar com qualquer outro profissional à altura o que estão fazendo e dizendo. É encontrar com aqueles profissionais que já foram nossos alunos e a gente vê a qualidade, a diferença onde eles estão então isso é o que me motiva ainda. (E11)
> Eu me sinto motivada e tenho o maior prazer em transmitir meus conhecimentos. É questão de ensino-aprendizagem. Eu gosto. Eu me realizo. [...]. Eu sinto que fiz algo pela profissão, pela valorização profissional e pelo aluno. (E18)
>
> Eu acho que a minha motivação é a questão de participar do processo de formação, enquanto preceptora a gente exerce um papel muito importante. E isso me motiva: eu participei do processo de formação dessa pessoa, e contribuí com a minha experiência, meu saber, minha vivência. (E19)

Um outro aspecto relevante nos discursos dos preceptores entrevistados quando questionados sobre motivação é que exercer a preceptoria renova seus conhecimentos e proporciona um novo olhar sobre sua pratica profissional, a aproximação com os estudantes revigora, atualiza os conhecimentos e que será detalhado a seguir

3.1.2. Mudança do olhar e renovação da própria pratica profissional

A preceptoria normalmente é citada na literatura como uma pratica de transmissão de conhecimentos. Isso pode vir da definição da função de preceptor trazida por Botti e Rego (2008), que colocam sua atuação como mentor, orientador, guia e outras atribuições que remeta o ser preceptor como o detentor e transmissor de conhecimentos. Entretanto, a preceptoria pode ser pensada a partir da ideia de troca de saberes, da construção e reconstrução de conhecimentos a partir da relação entre pessoas, saberes e contextos de aprendizagem.

O tempo de atuação profissional e os questionamentos dos estudantes podem levar o preceptor a refletir sobre o seu saber, o seu fazer e do seu momento profissional, partindo do pensamento como profissional assistencial, mas também como preceptor, despertando com isso a motivação para buscar novos conhecimentos, novos objetivos (TAVARES, SANTOS, COMASSETTO et al, 2011).

Oliveira (2014) coloca que o convívio com os estudantes proporcionado pelo exercício da preceptoria ajuda o profissional de saúde a buscar sua atualização, refletindo criticamente sobre a sua prática, o que gera uma assistência variada na rotina dos atendimentos a população e o raciocínio clinico mais ágil. Corroborando com os entrevistados que colocam que a presença do estudante no serviço motiva a sua atualização porque eles chegam com conhecimentos novos acerca da prática e que muitas vezes os profissionais não têm oportunidade de ter.

Pinto e Cyrino (2015) dizem que existe uma série de benefícios advindos da interação dos profissionais do serviço com os estudantes, levando em consideração os conhecimentos prévios que eles trazem para aproximação com a prática nos serviços de saúde e que se refletem numa maior instrumentalização técnica e qualificação do cuidado ofertado à população, operacionalizando as práticas, enriquecidas com conhecimentos oriundos de espaços do universo dos estudantes.

> Os alunos trazem aquela visão de quem acabou de aprender as coisas. Eles falam de síndromes que eu olho assim hã? (risos). Porque eles acabaram de ver isso, aquela raridade da raridade, que a gente não vê nunca e acaba nem lembrando e faz a gente estudar porque a gente acaba se empolgando junto com eles. É uma renovação, eu acho. E (4)

> A função de preceptoria pra mim veio pra somar, serviu pra desmistificar muitas barreiras que existiam no cotidiano do trabalho e com os estudos que foram feitos junto com esses alunos a gente foi desenvolvendo os nossos trabalhos e foi trazendo é... Um novo olhar pra determinadas situações. Então a função da preceptoria modificou o fazer profissional completamente. Desmistificou muitas barreiras que eu tinha de analisar o meu usuário. Se pudesse ser preceptora para sempre, eu queria ser! (E5)

> A maior motivação que tenho para receber alunos é porque me sinto estimulada a continuar estudando. Eles vêm cheios de novas ideias, de coisas que no meu tempo não existia, então me revigora.... Continuar aprendendo, continuar melhorando e principalmente melhorando os processos de trabalho, por que é com a preceptoria, é com esse olhar que a gente consegue visualizar determinadas realidades que a gente não consegue visualizar enquanto simplesmente enfermeira da estratégia. (E10)

A aproximação com as instituições de ensino também aparece como motivação, pois além da oportunidade de continuar aprendendo estando no convívio da academia, também é possível mostrar que as experiências existentes nas unidades de saúde podem ser exitosas e compartilhadas para comunidade acadêmica com a produção cientifica. É o que será analisado no item a seguir.

3.1.3 Produção de conhecimento e aproximação com as IES

No processo de fortalecimento das unidades de saúde como cenário de práticas no SUS e de valorização do profissional que exerce a função de preceptor, as IES tem a responsabilidade de solidificar e fomentar arranjos institucionais que promovam o fortalecimento das práticas existentes nas unidades de saúde em projetos e pesquisas que envolvam profissionais do serviço realmente como autores e não apenas em agradecimentos ao final dos estudos. Esse profissional tem a oportunidade de ser reconhecido no mundo acadêmico pelas suas experiências exitosas na atuação prática (Pinto e Cyrino, 2015).

Muitas vezes o profissional de saúde acaba afastando-se da produção cientifica por medo, por desconhecimento ou até por não reconhecer suas

práticas e experiências de trabalho como algo capazes de serem alvo de algum trabalho acadêmico que tenha valor cientifico, como se pesquisar fosse algo pertinente apenas as IES, num universo não aberto para ele.

> Eu acho que esse é exatamente um dos momentos em que a gente consegue mostrar um pouquinho desse valor, da produção científica que pode existir dentro das unidades de saúde e que fica disperso, a gente tem né e que é necessário. (E9)

> Serve pra aproximar a gente justamente da academia, dá a gente essa oportunidade desse contato, e com esse contato a gente acaba que muitas vezes fazendo parte da banca de monografia de alguém, da defesa de alguns, convidados pra alguns momentos que eles tenham na universidade. Fazer algum trabalho junto com os alunos, porque eles levam as coisas que fazemos para apresentar em congressos e isso me deixa gratificada. (E10)

Em contrapartida, os questionamentos sobre motivações possibilitaram os entrevistados a relatarem a falta de motivação para exercer a preceptoria como sentido, que acabam exercendo por comprometimento ético com a profissão ou por não querer dizer “não” para instituição ou para o estudante ou por sentir que o estudante divide a responsabilidade do serviço com ele, é o que será discutido no tópico seguinte.

Ao tentar analisar os sentidos que desmotivam os profissionais de saúde para exercerem a preceptoria estamos adentrando nos fatores que limitam ou dificultam essa prática, como foi colocado pelos entrevistados e que norteia o eixo das limitações e críticas a seguir.

3.2 Limitações Técnicas e Educacionais e Críticas

O segundo eixo norteador vem tratar das limitações técnicas e educacionais que o profissional do serviço encontra ao desenvolver a função de preceptor, além das críticas a essa função, às IES e à gestão que aparecem indissociáveis das limitações e dificuldades vividas pelos profissionais no cotidiano da preceptoria. Dentre as possíveis situações que podem tornar frágil o exercício da preceptoria, foram identificados cinco sentidos predominantes nas falas dos entrevistados: Falta de tempo para atividade de formação; Escassez

de insumos e estrutura física; Incerteza quanto a função e sua delimitação; Insegurança técnica e despreparo pedagógico e Falta de regulamentação da função. Trabalhamos a seguir cada um dos sentidos que nos conduzem a uma síntese sobre as limitações vividas pelos trabalhadores e equipes e críticas feitas pelos mesmos.

3.2.1 Falta de tempo para atividade de formação

Quando se fala do trabalho na ESF, o profissional de saúde tem uma série de atribuições pertinentes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2012), além de inúmeros programas e campanhas que exigem metas e ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde. Há também situações que podem dificultar o exercício dessas atribuições como, por exemplo, o número elevado da população coberta por equipe (muitas vezes além do que é preconizado pela PNAB) e o próprio exercício da preceptoria desenvolvidas concomitantemente. Tais dificuldades são vivenciadas pelos profissionais que participaram da pesquisa. Isso pode levar a um estado de tensão para esses profissionais por estarem buscando cumprir com metas e programações, dar atendimento com qualidade aos usuários e ainda ofertar orientações e acompanhamento aos estudantes que estão sob sua supervisão naquele momento.

De acordo com Oliveira (2014), a preceptoria pode atuar com um fator que dificulta aos profissionais de saúde que desempenham essa função o alcance de metas ou ações pertinentes à ESF, uma vez que quando essas são pactuadas e programadas não é levado em consideração a presença do estudante no ambiente de saúde juntamente com o profissional no exercício de sua atividade laboral, além do possível aumento do tempo nos atendimentos e procedimentos feitos juntamente com os estudantes quando comparados com aqueles feitos sozinho ou com outros profissionais da equipe. Tal investimento na formação dos estudantes traz como consequência objetiva a diminuição ou mesmo a inviabilidade do cumprimento dessas metas que visam, na sua maioria, números elevados de atendimentos e procedimentos como fator avaliativo para qualidade do serviço.

Pinto e Cyrino (2015) corroboram com essa percepção quando dizem que na cobrança por produtividade, outras ações do trabalho em saúde que são partes fundamentais na operacionalização dos preceitos do SUS pode sofrer prejuízo, como no caso das atividades de ensino, o que demonstra negligência com a legitimação do papel do SUS na formação em saúde. É o que relatam o E 9 e o E 18:

> Eu acho que ainda é esse atropelo de muitas atividades, de muitos programas pra gente dar conta, de muitas campanhas, de muitas ocupações, dificuldades do serviço, condições de trabalho que a gente tem passado demais por isso tudo dificulta, por que a gente acaba que não dando condições para que aquele aluno desenvolva todas aquelas atividades por falta de tempo. (E9)

> Outra coisa que me atrapalha, eu vejo muito no serviço como acontece hoje; altas demandas e a gente não poder muitas vezes dar atenção aquele aluno, e às vezes eles ficam muito soltos. (E18)

O dano causado pela falta de tempo do profissional do serviço para acompanhar de fato os estudantes no desenvolver das atividades de estágio também é visto como danoso por Rocha (2014) ao dizer que quando diz que quando o trabalho do preceptor é marcado pela falta de tempo e de organização para preceptoria, os estudantes podem vivenciar um estágio conturbado com provável pouca contribuição por parte desse preceptor para sua formação endossando o que é dito pela seguinte entrevistada.

> Eu acho que a principal dificuldade é a questão de tempo. O tempo, a pressão da demanda. Ela também influencia de uma forma considerável. Porque às vezes você está com uma fila de espera, e aí você está com um interno que precisa de mais tempo, né? Então isso acaba desgastando. Falta de tempo pra ser só preceptor, planejar as atividades, poder "tá" constantemente avaliando, revendo o que é que eu posso fazer, onde é que eu posso melhorar. (E 1)

A diferença de objetivos existente entre a agenda do trabalho imposto pelos programas e campanhas sazonais pensadas de forma verticalizada pelos gestores do SUS dos propostos pelas políticas de educação e formação em saúde é notória. Feuerwerker (2013) defende que isso pode ter consequências

danosas na disputa pelo modelo de atenção na relação do conceito e produção de saúde e na expectativa e sonhos dos futuros e atuais trabalhadores da saúde na busca pela orientação da formação profissional em saúde. Ainda segundo essa autora a grande questão envolvida leva a refletir sobre a dicotomia entre uma formação pautada no biologicismo ou nas necessidades dos usuários, em números de procedimentos ou na produção do cuidado e, por outro lado, uma formação em saúde baseada na produção do cuidado trazendo assim a integralidade e as tecnologias leves para o centro da questão.

Dentre os sentidos relatados pelos entrevistados como limitantes à prática da preceptoria, dois estão muito próximos, o sentido de tempo para desenvolver a função que foi detalhado agora e o outro vem tratar das limitações ocasionadas pela escassez de materiais de trabalho e estruturas físicas das UBS exatamente por estarem relacionadas com causas extrínsecas ao sujeito preceptor. Essas limitações vão além da pratica da preceptoria em si, mas dizem respeito sobretudo a atividade laboral do profissional de saúde e a gestão das políticas que muitas vezes não atendem as necessidades de práticas e procedimentos pertinentes aos serviços de saúde de uma forma geral.

3.2.2 Escassez de insumos e estrutura física

Como já colocado, a escassez de insumos e materiais, muitas vezes básicos, para as atividades de rotina de uma UBS é uma realidade vivida por grande parte das UBS existentes no território nacional e pode trazer além de limitações para pratica da preceptoria, limitações para o atendimento prestado ao usuário. Conforme Moimaz et al (2010), são necessários um maior número de investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos para os serviços de saúde, pois boa parte deles encontram-se sucateados ou em desuso e que esse é um dos critérios colocados como relevante na avaliação da qualidade de atendimento aos usuários. Ao mesmo pensamento Trajman (2009) relata que as infraestruturas das USB precisam ser adequadas para o acolhimento do estudante uma vez que o espaço reduzido e as condições físicas precárias podem dificultar a prática da preceptoria. É o que colocam os entrevistados 2 e o 12:

> Eu não vejo muitas dificuldades na, na questão da preceptoria em si como função em ser desempenhada, mais na verdade as condições é que impõe a gente a falta de insumos pra que a gente pudesse desenvolver uma, uma atividade melhor, a realidade na preceptoria. (E2)

> As dificuldades que o serviço nos coloca como falta de material, estrutura física inadequada das unidades. Eu to pra receber outra turma de alunos e eu to com frio na barriga. (E12)

Lima e Rezende (2015) colocam que a falta de recursos materiais como audiovisuais pode dificultar ou até impossibilitar a realização das ações de promoção e educação em saúde, controle social e planejamento de atividades pela equipe e constitui uma realidade enfrentada e um importante desafio para todos os atores envolvidos: profissionais do serviço, gestão e as IES. Para que esse problema que se faz tão comum nos serviços de saúde seja resolvido não é bastante que esses atores se preocupem com a realidade, tão pouco que profissionais e estudantes adotem soluções momentâneas para esses problemas. É necessário a responsabilização de quem ocupa cargos de gestão, a quem competem a decisão e resolução de tais problemas bem como a organização coletiva de modo a pressionar as instâncias competentes pela melhoria das condições de trabalho. É o sentido que fica claro nas falas dos entrevistados 7 e 5.

> Às vezes eu acho que nós não temos as condições de trabalho que necessitaríamos pra desenvolver, 'pra' planejar. Eu digo até aqui: "a gente planeja uma ação, faz o planejamento bonitinho, e quando a gente vai colocar em prática não é dado as condições necessárias pra gente desenvolver aquele trabalho". Às vezes eu acho que o trabalho fica meio engessado. (E7)

> Nós temos algumas limitações na estrutura das unidades, espaço físico insuficiente para desenvolver as ações ou materiais. Mas que a gente consegue enquanto profissional vencer, muitas vezes não levamos as dificuldades pra gestão, tentamos resolver internamente né! (E5)

Apesar de limitantes essas dificuldades enfrentadas pelos preceptores e pelos estudantes na prática do dia a dia da formação em saúde o que se percebe é que não constitui um fator de recusa pelos profissionais do serviço em receber estudantes, e que utilizam de forma criativa soluções, muitas vezes pontuais, para superar essas dificuldades.

Quando as limitações são de ordem estrutural e de infraestrutura optam por restringir o número de participantes quando usam o espaço físico das UBS para se adequarem ao tamanho, ou por utilizar outros espaços sociocomunitários – equipamentos sociais como as associações de moradores, igrejas, escolas etc. - para realização das atividades, tanto de promoção da saúde como muitas vezes até para atendimentos clinico. Tal realidade é muito comum especialmente nas cidades pequenas onde existem uma concentração considerada da população na zona rural, onde a realidade é mais precária em condições sociais, econômicas e sanitárias.

Já quando as limitações se dão pela falta ou insuficiência de recursos materiais como cartolinas, data show, material educativos, jogos e brinquedos até lanches ou brindes para serem sorteados em algumas atividades, acabam por adquiri-los com recursos próprios, pegam emprestados de alguma outra instituição ou pedem a colaboração no comercio em prol de alguma ação em especial.

Para Barreto et al (2011), é fundamental que as IES e os municípios percebam a importância de assumir a responsabilidade de prover condições adequadas de trabalho para as UBS que são cenários de prática na formação em saúde, tanto com a estrutura física como com recursos materiais, que favoreçam o trabalho em todos os níveis de atenção e o conforto do usuário para que este possa participar ativamente dos processos.

Mesmo diante de dificuldades e limitações de ordem da gestão como colocado até o momento, observa-se nas falas dos entrevistados que estes não seriam motivos para deixarem de exercerem a função da preceptoria. Entretanto, aparece também muita dúvida sobre a função de preceptor, a compreensão de ser ou não uma função pertinente ao profissional de saúde detalhado a seguir.

3.2.3 Incerteza quanto a função e sua delimitação

A proposta de integração ensino-serviço vem desde a criação do SUS com a Lei 8080 que busca propor métodos e estratégias para educação continuada e formação dos recursos humanos na saúde. A luta pela consolidação do SUS e o abandono do modelo médico-hegemônico está

presente também nos perfis dos trabalhadores do SUS que tiveram sua formação ainda voltada para modelo de atenção.

Martins (2011), coloca que a forma como se organiza o processo de trabalho dos profissionais de saúde é que determina qual o modelo de assistência estaremos seguindo, se estamos procurando formar profissionais para trabalhar apenas para replicar o que já vem executado (assistencialismo, concentração no biológico) ou se queremos formar futuros profissionais para trabalhar em uma estrutura que está em processo de mudanças (promoção da saúde, clinica ampliada).

Para Trajman et al (2008), essa questão é recente na área da saúde e a resposta se dá a partir do envolvimento dos profissionais do SUS com atividades de supervisão/orientação de estudantes nos serviços de saúde e esta é nomeado de preceptoria.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação dos cursos das áreas da saúde desde 2001 colocam como inerente às atividades do profissional de ESF a preceptoria baseada num processo de ensino-aprendizagem que busca a reflexão crítica a partir da realidade dos serviços de saúde. Dias et al (2015) qualificam como conflituosa a aceitação de outra função, no caso a função de preceptoria, pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, o que requer maior atenção por parte dos gestores para tentar garantir condições mais adequadas para o exercício dessa nova atribuição na tentativa de minimizar essa problemática

Segundo Jesus e Ribeiro (2012), a função da preceptoria não é muito clara e torna sua regulamentação e reconhecimento uma urgência também para as IES ao mesmo tempo que se faz necessário fomentar meios para o desenvolvimento de habilidades necessárias ao exercício da função pelos profissionais de saúde. Para os entrevistados da pesquisa essa função é pouco entendida e reconhecida como sendo uma das suas atribuições enquanto profissional da ESF, mas sim como uma função “a parte”, o que é percebido nos trechos das falas dos entrevistados.

> Eu acho que o preceptor ele necessita ser reconhecido como função, porque é um desgaste dentro da função de preceptoria. A gente não tem nenhum benefício ao receber. O que a gente teoricamente acaba tendo é mais trabalho e menos tempo pra

> estar disponível pra esse trabalho e merecia um recurso a mais. Eu não tinha esse reconhecimento da gestão, pra isso. E no nosso plano de cargos, carreiras e remuneração não tem nada. (E1)
>
> Eu faço prazerosamente, mas acho que é uma função cumulativa, mas não é nada que eu ache demais não, eu gosto. (E4)

A necessidade de se organizar a prática da preceptoria na saúde é algo de consenso entre os autores que falam do assunto, tamanha é sua importância no processo de integração ensino-serviço. Santana (2014) defende que é importante que exista algum tipo de estimulo positivo para que o profissional de saúde se sinta útil e estimulado para continuar exercendo essa função.

Santos et al (2012) dizem que é possível que o profissional que exerce a função de preceptoria acabe o fazendo devido as suas habilidades técnicas, apesar da necessidade de ser capacitado com conhecimentos técnicos amplos e da capacidade de transmitir conhecimentos.

Apesar da preceptoria ser uma função inerente ao profissional de saúde, exercê-la poderia ser feita apenas por aqueles profissionais que tem habilidade para docência ou que desejam adquiri-la, o que pode ser feito nos processos seletivos, no caso da função de preceptor, onde só quem tem interesse se habilitaria para as vagas, evitando com isso que profissionais que acreditam ser uma função cumulativa a desempenhem.

A preceptoria é uma função que não nasce sozinha, é o que bem coloca Paulo Freire (1991, p. 192) quando diz que “ ninguém começa a ser educador numa certa terça-feira às quatro horas da tarde... A gente se faz educador na prática e na reflexão sobre a prática”. É assim que a preceptoria se desenvolve e se aperfeiçoa, através da reflexão sobre a prática do trabalho e do seu papel na formação dos futuros profissionais.

Existe na verdade uma concordância de diversos autores sobre a importância da preceptoria para efetivação da integração ensino-serviço, de que o profissional de saúde é o sujeito capaz de permitir a efetivação dessa integração, de que é imprescindível capacita-lo pedagógica e tecnicamente para o bom exercício da função mas que a regulamentação e normatização da função da preceptoria ainda é muito insipiente e isso acaba refletindo em conflitos, limitações e desgaste aos que desenvolvem a preceptoria.

A regulamentação da função de preceptoria se faz necessária no sentido de fortalecer a integração ensino-serviço. Lima e Rozendo (2015) acrescentam que a preceptoria pode oferecer possibilidade de encontro dos estudantes com a realidade das comunidades, com o trabalho multiprofissional e com as demandas dos serviços de saúde, contribuindo de forma efetiva para formação profissional com perfil almejado pelas DCNs. Esses mesmos autores colocam que ter um profissional/preceptor competente, comprometido, responsável, capaz de produzir vínculos e com habilidade prática dialógica e solidária com perfil para função pode promover impacto positivo na formação profissional em saúde.

A Portaria Interministerial n° 1.124 de 2015 que institui as diretrizes para celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), o mais recente instrumento criado com o intuito de fortalecer a integração ensino, serviço e comunidade no SUS coloca como responsabilidade das Secretarias Municipais articulada com as IES definir critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para o desenvolvimento das atividades de preceptoria além da questão de valorização ou incentivo à pratica dessa função com a inclusão de medidas em todas as instancias de responsabilidade como: gestão da carga horária, o incentivo de qualificação, progressão funcional ou carreira dentre outras possibilidades mediante a relação indissociável ensino e serviço.

Os profissionais entrevistados colocam que sentem certa imposição por parte da gerencia de saúde para que eles exerçam a função, não sendo priorizado quem realmente tenha perfil para pratica da docência em serviço ou que tenha algum tipo de qualificação especifica para isso, o que pode gerar o desinteresse em desempenhar a preceptoria colocando em risco a efetiva apropriação dos estudantes dos cenários vivos de prática, tornando frágil a formação em saúde, como nos trechos s a seguir.

> Eu não tenho a liberdade de aceitar ou não ser preceptora. Eles da gestão obrigam e pronto. Mas eu acho que isso precisa ser discutido. O profissional pra ser preceptor, ele também tem que ter o perfil de preceptor, não é só porque ele é profissional que ele vai ser preceptor. (E20)

> No serviço público realmente existe certa imposição, às vezes realmente você não pode dizer “eu não quero receber esse aluno”, então é imposto, porque não foi a minha escolha, eu não tenho perfil para isso. Existe uma parceria da universidade com os serviços, e nós profissionais somos obrigados a acompanhar o aluno. (E14)

Em estudo realizado por Carvalho e Fagundes (2008) sobre a inserção da preceptoria nos cursos de graduação na área da saúde retrata que de acordo com os profissionais de saúde, além de não existirem critérios para seleção dos profissionais de saúde que irão desenvolver a preceptoria outros elementos fundamentais são colocados como limitantes para o exercício da função como a falta de algum elemento adicional compensatório para remuneração por esse trabalho, seja financeiro ou com progressão funcional ou na carreira corroborando as seguintes falas dos entrevistados.

> Não existe assim um vínculo uma coisa que você realmente diga assim, não eu sou preceptora, não tem mudança de cargo pelo PCCR no município por desenvolver essa função, para experiência profissional que é bom, muito bom, mais é... Você não muda de nível de função por isso, de cargo né? (E8)

> A questão de ser mais uma atividade dentre tantas atividades que o enfermeiro exerce na estratégia que é um mundo né?! Até mesmo uma questão de remuneração, a gente fala muito em remuneração mais realmente a gente não recebe nenhum tipo de remuneração. (E10)

A questão da remuneração não é algo que aparece como condição obrigatória para o exercício da preceptoria na graduação nos documentos oficiais que tratam da integração ensino-serviço, exceto nos casos da preceptoria para residência médica, mas infelizmente a falta de algum tipo de remuneração leva alguns profissionais a negarem-se a exercer a preceptoria como o exemplo dado pelo entrevistado E3.

> Eu já convivo na preceptoria há muito tempo por gostar, afinal tudo aquilo que a gente faz por prazer e ama, a gente acaba conseguindo ter um bom desempenho. Mas quando eu analiso alguns colegas que estão se negam a receber alunos porque foram chamados para nos ajudar, chegam a dizer que há um déficit na capacitação e até financeiro. O pessoal precisa olhar mais pra esse lado da preceptoria que é muito importante. Não teremos futuros profissionais qualificados se não forem orientados no momento da formação. (E3)

Algumas iniciativas foram criadas pelo Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação no intuito de fortalecer a integração ensino-serviço tamanha sua importância para formação em saúde. Uma delas é o PET-Saúde, criado pela Portaria Interministarial n° 1.802 de 2008 que de acordo com essa mesma portaria objetivava fomentar a formação de grupos de aprendizagem no âmbito da ESF e que considerando o disposto nos Arts. 15 a 18 da Lei n° 11.129 de 2005 instituiu e autorizou a criação de Bolsas para Educação pelo Trabalho para os docentes dos cursos de graduação, estudantes e também para os profissionais de saúde de acordo com as determinações que contam na portaria de sua criação.

Aos profissionais de saúde participantes desse programa cabia remuneração em forma de Bolsa e citada pelo entrevistado 6 como momento onde fora reconhecido pelo trabalho de preceptor, associando a prática da preceptoria dos Estágios curriculares da graduação com o PET-Saúde, tamanha é a condição de valorização mediante remuneração existente nas falas dos profissionais.

> Somos pouco reconhecidas por fazer isso. Eu sinto que ajudo na formação dos alunos em profissionais. Na época do PET SAÚDE éramos mais reconhecidas, mais depois que acabou as coisas voltaram a ser como antes. (E6)

Outras limitações foram citadas pelos participantes da pesquisa que refletem o descumprimento de alguns itens de compromissos e responsabilidade conforme a portaria n° 1.802 de 2008, já citada anteriormente, tanto das IES, como das gestões estaduais e municipais, como a falta de capacitação técnica para o desenvolvimento da função, o que seria uma responsabilidade compartilhada das IES e da gestão e reforça a necessidade e importância para que o preceptor possa desenvolver a função com qualidade. Ao Ministério da Saúde compete promover a formação de preceptores no serviço, apoiando ações de valorização profissional em parceria com as gestões municipais e estaduais, além de dar apoio educacional que busquem o aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais dos serviços a serem ofertadas pelas IES mediante elaboração de planos de capacitação e educação permanente.

As ações de formação e qualificação promovidas pelas IES devem contribuir de maneira responsável na formulação e desenvolvimento de oportunidade de formação e desenvolvimento que contribua com a melhoria da assistência prestada, da gestão, do ensino com base na PNEPS e inclusão em pesquisas (como pesquisador).

Nos trechos das falas a seguir é possível identificar que os profissionais participantes da pesquisa além de perceber a importância de serem capacitados, ainda colocam a omissão das universidades por não o cumprir tal exigência.

> Não há nenhum tipo de incentivo. Uma vez até sugeri à universidade “por que não oferece algum tipo de pós-graduação, por exemplo? ”, porque é um incentivo a mais para quem vai receber o aluno, é uma janela aberta para você adquirir mais conhecimento. (E16)

Algumas críticas foram colocadas ainda às IES pelos preceptores participantes da pesquisa que estão igualmente designadas como de responsabilidade dessas instituições no COAPES. De acordo com a portaria da sua criação, cabe também aa IES supervisionar efetivamente as atividades desenvolvidas pelos estudantes nas redes de saúde por um professor docente da instituição com periodicidade definindo as atividades e as competências que devem ser desenvolvidas pelo estudante, desenvolver avaliação periódica e sistemática do docente e do preceptor de forma compartilhada entre as IES e o serviço, incentivar processos colegiados de acompanhamento educacional para o curso de graduação para que o preceptor possa ter dimensão pedagógica das atividades que esse estudante já desenvolveu. Conhecer o estudante, a forma como ele foi preparado teoricamente, quais as dificuldades que esse estudante teve no decorrer do seu processo de formação, se apropriar do Projeto Político Pedagógico - PPP, participar na construção dos planos de aulas, contribuindo de forma mais efetiva nesse processo, foram colocados pelos entrevistados como ações importantes no exercício da função.

> Você não recebe nenhum treinamento e nem muito menos conhece o projeto político pedagógico que a faculdade tem, a aluna é p sair daqui com quais competências? Simplesmente você vai vendo a realidade dos alunos e vai seguindo. Pouco temos visita dos professores que normalmente só aparece no final para que eu de minha nota a esse aluno. (E11)

> Como não existe articulação unidade/gestão/universidade, a gente às vezes não tem como planejar ações para envolver esses alunos. Uma coisa é você chegar pra eu te acompanhar sem eu nem te conhecer, como é seu desenvolvimento na universidade, e eu dizer “olha, você vai ficar na sala de vacinas”. Eu acho que fica na questão só da boa vontade. É uma responsabilidade grande. Porque é o seu nome que está sendo usado, é sua responsabilidade. (E13)

> Infelizmente essa é uma das grandes lacunas que precisam ser preenchidas: aproximar o preceptor do docente da sala de aula. Então a saída que eu vejo é que aproxime mais esse preceptor que está lá formando recurso humano pro SUS e tenha essa aproximação prévia, que forme, qualifique, oriente qual o perfil desse egresso. Isso eu creio que tem que ser feito urgentemente, porque fica muito desvirtuado. (E17)

Para o exercício da função de preceptoria é importante uma formação pedagógica, além das exigências técnicas que já são atribuídas enquanto profissional atuante na AB. A insegurança técnica e a falta de preparo pedagógico são um outro sentido que emergiu das falas dos entrevistados na pesquisa e que merece análise.

3.2.4 Insegurança técnica e despreparo pedagógico

Como a própria organização da função é algo que vem sendo construída pelas necessidades de mudanças na formação em saúde como já fora colocado anteriormente, a maioria dos profissionais de saúde que assumem a função não tem preparação para o exercício da preceptoria, o que é uma realidade também para os participantes da pesquisa. Muitas vezes sem nenhum tipo de seleção ou critérios mínimos para escolha de quem vai desenvolver a função, a preceptoria acaba sendo desempenhada por qualquer profissional que tenha abertura para pratica da função.

Para Santos et al (2012), não há exigência de formação docente para se exercer a preceptoria, sem que sejam elencados requisitos mínimos para isso, mas que para se desenvolver essa função é exigido muito do profissional de saúde sem que este tenha tido alguma capacitação, qualificação, formação pedagógica e didática e sem remuneração diferenciada, importando apenas que este seja um bom profissional no desenvolver suas atividades profissionais.

Os profissionais de saúde conseguem tornar-se preceptores sem nenhuma capacitação pedagógica especifica para o exercício da preceptoria porque possuem *expertise* em sua área especifica de atuação (que é a saúde da família). Entretanto, desenvolvem junto aos futuros profissionais práticas de cuidado de caráter puramente técnico, sem mas desenvolver também competências pedagógicas e reflexões críticas que proporcionem ao profissional de saúde em formação ultrapassar a excelência técnica (OLIVEIRA E DAHER., 2016). Nas falas dos entrevistados a seguir aparece esse despreparo e a necessidade de outros elementos para o exercício da preceptoria:

> A gente começa sem nada, né? Começa com a "cara e a coragem". O aprendizado é no dia a dia. Mas assim, sempre que tem tido a oportunidade de ter alguma capacitação eu faço. (E1)

> Deve ter conhecimento teórico, político, social, do estado da saúde atual, educacional, ter conhecimento da área que tá atuando, ter uma formação pedagógica é essencial. Eu te neguei ter formação para exercer a preceptoria, por que eu não tive, mas a própria experiência foi me levando a essa formação, além da vontade, de gostar de ensinar, e eu vejo muita precariedade no nosso meio, porque para o preceptor discernir que quer ser preceptor, ele precisa ter uma formação. (E3)

> Foi quase uma continuidade da residência, eu já ajudava com os alunos do internato, quando terminei a residência foi oferecido, porque eu saí da residência e permaneci no município na ESF, só que na zona rural aí minhas professoras da residência me perguntaram se eu queria ser preceptora dos meninos do internato na zona rural, aí eu aceitei, por isso não tenho preparo para docência. (E4)

Nos trechos das falas dos profissionais fica evidente que eles não se sentem preparados pedagogicamente para as atividades de orientação aos estudantes, mas falam da importância de serem preparados para isso o que pode está refletindo além da importância dada a preceptoria. Outro aspecto também colocado pelos entrevistados é de admitirem lacunas na sua própria formação universitária nesse sentido da docência, não sendo direcionada para esse tipo de atuação profissional.

Para Dias et al (2015), o uso das metodologias ativas pode ser uma estratégia educacional na capacitação de profissionais de saúde para pratica da preceptoria, já que permitem problematizar a realidade que é vivida por eles possibilitando com isso uma maior integração ensino-serviço. A formação de

recursos humanos para o SUS pode garantir maior autonomia aos profissionais e ampliação dos espaços de construção coletiva dentro dos serviços de saúde (SALVADOR et al., 2011).

> Clinicamente a gente até inicia bem preparado, um egresso bem preparado, mais a parte pedagógica ainda, ela.... Ela.... Ainda é um fator limitante a gente não tem essa preparação que a licenciatura as vezes da. O nosso curso é um curso de bacharelado então fica muito a desejar na questão pedagógica mesmo. (E2)

> Não recebi nenhum tipo de formação pedagógica. Mas a UERN vai ter que fazer, coisas que são precisos e que a enfermagem já faz e a medicina está super atrasada, coisas de metodologias ativas. (E4)

> Pedagogicamente não me sinto preparada. Também nunca tive preparação pra isso. O aluno mesmo que vê as fragilidades do dia-a-dia e a gente que orienta ele no que é preciso estudar. (E14)

A falta de atualização profissional pode gerar muitas vezes insegurança nos profissionais em exercer a preceptoria, num confronto de pensamentos e reflexão sobre a sua própria pratica, da insegurança de ter seus conhecimentos testados ou colocados a prova pelos estudantes que teoricamente vem para o estágio com os conhecimentos recentes de quem está ainda na Universidade. Isso pode levar a recusa pelos profissionais em receber estudantes, como também estimulador à atualização profissional.

Essa insegurança pode estar relacionada com a sensação de não se sentir preparado para assumir a responsabilidade da educação de outro profissional, além de haver um aumento do estresse no trabalho por esta executando técnicas ou procedimentos na frente do estudante e este comparar o que está sendo praticado com o que ele aprendeu na universidade (JESUS e RIBEIRO, 2012).

> Eu me senti insegura. Por que foi a primeira vez que eu estava lidando com um aluno de graduação. E será que o conhecimento que eu tenho, que a experiência que eu tenho vai dar conta para suprir as necessidades das perguntas desses alunos, dessa graduação? Então assim, a primeira palavra que me vem na mente é insegurança. Você está expondo todo o seu trabalho, todas as suas fragilidades pra que esse aluno com o olhar dele

> de fora. Ele pode intervir pra o bem, pra melhorar, mais ele pode intervir pra criticar, e você precisa saber aceitar as críticas. (E10)

Para garantir que os profissionais de saúde sejam capacitados de forma que venha a atender a necessidade de preceptores com perfil para formação em saúde, o Ministério da Saúde definiu algumas diretrizes por meio da portaria n° 1.996 de 2007 que cria as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço com instancias intersertoriais e interinstitucionais permanentes para criar, acompanhar e desenvolver a PNEPS (BRASIL,2009).

Cabendo às IES e à gestão contribuir para organização de um perfil de formação desejável ou parâmetros para que um profissional do serviço venha a se tornar um preceptor embasado pelas diretrizes da PNEPS (BARRETO et al, 2011).

Mesmo sendo um fator limitante a falta de capacitação técnica e que dificulta a prática da preceptoria para os profissionais que participaram da pesquisa, fica evidente a vontade de mudar essa condição, buscando melhorar suas deficiências buscando participar de capacitações, estudando, revendo protocolos, tamanho é o comprometimento com a formação dos novos profissionais colocado nos discursos dos entrevistados 11, 13 e 18

> A gente acaba se capacitando, buscando, vendo protocolos, estudando, buscando, indo a cursos, buscando atualizações por que a gente sabe que a gente vai está precisando daquilo pra poder receber esses alunos que estão com um conhecimento teórico maior que o nosso. (E11)

> Há quanto tempo que nós enfermeiros tivemos alguma atualização na atenção às crianças? E aí a gente continua fazendo C e D da mesma forma, e aí eu me pergunto, será que estou fazendo certo? Será que estou orientando pai e mãe de forma correta? [...]. Aí como eu recebo um aluno desse jeito? (E13)

> A falta de capacitação técnica, a universidade deveria capacitar para os programas, pra o que a gente vai desenvolver na prática, e isso fica muito a cargo da gestão que pouco faz também. É uma coisa que me atrapalha, e às vezes fica muito soltos. (E18)

Entretanto nem todos os profissionais tem esse tipo de iniciativa de buscar atualização e acabam exercendo a preceptoria por justificativas éticas ou mesmo com o intuito de diminuir a sua sobrecarga de trabalho, mascarando muitas

vezes a falta de interesse pela docência. Insistir em exercer a preceptoria de forma desmotivada pode ter consequência desastrosas para formação do futuro profissional.

3.2.5. Motivações éticas, ajuda dos estudantes na sobrecarga de trabalho e falta de motivação

A integração ensino-serviço é defendida desde as primeiras leis que regulamentam o SUS, seja pela própria constituição federal de 1988 no seu Art. 200 § III que estabelece que o SUS tenha como competência " ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde" e com isso torna o profissional da ESF corresponsável pela formação em saúde. O desconhecimento sobre preceptoria, o despreparo, não identificação com a docência ou mesmo a forma como foi colocada para esses profissionais o exercício dessa função, pode causar desmotivação e até recusa a exercer a preceptoria.

De acordo com Lima e Rozendo (2015), falhas no planejamento e na comunicação entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde foram consideradas importantes empecilhos para o reconhecimento e valorização do preceptor no que diz respeito a contribuição desse profissional para formação em saúde.

Ainda sob a opinião desse mesmo autor, alguns fatores como ineficiência em atender aos princípios do SUS e a não-habilitação para o fazer pedagógico, podem estar entre os principais entraves à efetivação dos processos de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde. A falta de capacitação formal para docência durante e, às vezes, após a sua formação e também o não reconhecimento da aptidão para docência aparecem nos depoimentos de alguns preceptores. No entanto, apesar de contraditório, exercem a função por motivações éticas ou pela contribuição dos estudantes no contexto de trabalho com muitas demandas.

> Eu vejo como uma questão ética de não me negar a abrir o espaço para qualquer aluno que quer aprender. Isso é necessário para formação deles. Não é que eu tenha estímulo, porque eu não tenho estímulo nenhum pra fazer. Sem falar que não gosto como as coisas acontecem de forma imposta, eu não

> recebo para ser preceptor, eu recebo para trabalhar como enfermeira. (E13)
>
> Não tenho muita motivação não, não gosto de dar aula, gosto de atender, mas querendo ou não, nosso trabalho é tão superlotado que os alunos acabam ajudando no que eu tenho pouco tempo para fazer, na parte de educação em saúde, então eles ajudam, mas querer eles lá eu não queria. (E15)

Diante dos sentidos que limitam o exercício a preceptoria pelos profissionais do serviço e que dificulta a integração ensino serviço, cabe nesse momento refletir as questões pertinentes a relação ensino, serviço e comunidade que podem igualmente enfraquecer essa integração.

3.3 Relação ensino, serviço e comunidade

Dentre os desafios da formação em saúde na busca por um perfil profissional que atenda às necessidades da população, a relação ensino serviço é algo que merece um olhar muito mais cuidadoso por ser exatamente onde o estudante tem a aproximação com a realidade da população, onde ele tem a possibilidade de contextualizar na vida real teorias vistas durante sua formação que. Segundo Souza e Carcereni (2011), a formação ainda é centrada na fragmentação de conteúdos e na centralização do processo ensino aprendizagem que privilegia a excessiva especialização e o distanciamento da formação do profissional de saúde do cuidado contínuo e mais resolutivo à população.

Campos et al (2009) consideram socialmente insensata a formação na saúde centrada no professor pois condiciona aos estudantes uma participação passiva no processo de aprendizagem o que só aumentando o descompasso existente entre as necessidades da população e o perfil formativo em saúde. No processo de reestruturação da formação em saúde, a relação entre os serviços de saúde e o ensino em saúde vem sendo cada vez mais reconhecida tamanha é sua importância e consequentemente a atuação do profissional do serviço como preceptor nesse processo.

Nesse contexto da necessidade de fortalecimento da integração ensino serviço e de afirmação da sua importância para o processo de formação em

saúde surge o terceiro eixo analítico da pesquisa, onde fora encontrado os seguintes sentidos nas entrevistas: O estudante como elo da Atenção Básica com as Redes de Atenção à Saúde - RAS, como instrumento de apropriação da realidade do serviço, das necessidades da comunidade e do trabalho em equipe pelos estudantes e como geradora de vínculos do estudante com a equipe, com o preceptor e com a comunidade.

3.3.1. O Estudante como elo entre a rede de atenção básica e as demais redes

O cotidiano com o trabalho na ESF e com os profissionais do serviço pode proporcionar ao estudante uma aproximação com a comunidade, chegando a reconhecer a população do bairro em outros espaços, como também a maneira como a equipe se relaciona com os usuários pertencentes aquela comunidade, e essa relação pode ser fortalecida à medida que o estudante permanece no serviço inserido na dinâmica da unidade de saúde, nos momentos das consultas, das visitas domiciliares, dos retornos das consultas.

De acordo com Zeferino, Zanolli e Antonio (2012) a formação em saúde que insere o estudante na realidade dos serviços de saúde consegue direcionar os futuros profissionais para as necessidades da maioria da população com responsabilidade, vínculo e compromisso profissional, uma vez que este consegue interagir com as famílias que estão sob sua reponsabilidade atendendo as suas necessidades de forma humanizada e com habilidade para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

A singularidade do trabalho em saúde é capaz de proporcionar encontros entre os usuários e os estudantes que favorecem a construção do exercício profissional, quando do ato de estagiar em diferentes cenários e níveis de atenção. Pode proporcionar também ao estudante o uso de ferramentas diferentes e relações decisivas para sua formação profissional (FEUERWERKER, 2011).

Diante das dificuldades existentes nos serviços de saúde e das limitações para que as redes de atenção funcionem como deveriam, a condição do estudante graduando num dado momento da formação em que ele passa por diversos setores e níveis de atenção das RAS, permite o envolvimento com os

problemas de saúde da população a tal ponto que percebe mais facilmente as dificuldades encontradas pelos usuários no fluxo normal das RAS. Assim, o estudante pode ser um agente facilitador no acesso aos serviços em conexão com unidade de saúde, já que ele está inserido em vários serviços e redes de saúde. É o sentido colocado pelos entrevistados E1 e E4:

> Este aluno, ele começa a nos ajudar pra rede funcionar melhor [...] Quando eles começam a ver os benefícios que têm do aluno, porque como a rede não funciona direito, né? Então assim, a comunidade como um todo ela acaba se beneficiando, e esse benefício eles acabam reconhecendo. Quando os internos conseguem priorizar o atendimento direto com o médico especialista porque tem facilidade e conhece a realidade e necessidade do usuário ou mesmo quando são reconhecidos e chamados pelo nome pelos alunos em outros estágios ao serem atendidos [...]. (E1)

> Quando os meninos começaram os pacientes diziam “eu não quero ser atendido por alunos”. Hoje em dia eles pedem pelo amor de deus para serem atendidos por alunos porque quando eles chegam nos hospitais os alunos tão sempre lá. Enquanto o chefe do serviço passa lá e vai embora, os alunos tão lá. E isso acontece no serviço também, porque eles se inserem na comunidade, veem a realidade e como precisam de ajuda eles fazem o possível, não só atender, mas facilitam até alguma coisa extra também porque eles têm muito contato, eles têm esse acesso; e é interessante. E a comunidade se sente especial. (E4)

A inserção do estudante nos serviços de saúde e na rotina de trabalho dos profissionais de saúde permite que ele tenha uma percepção dos problemas de saúde da comunidade de forma horizontal, conheça quais os entraves que o sistema coloca e que dificultam o atendimento da população de forma mais ágil e eficaz. Estar convivendo com a comunidade no seu cotidiano pode facilitar que o estudante tenha uma dimensão mais realista das causas que levaram aquele usuário aos serviços de urgência e emergência ou nos seguimentos de atenção secundária ou terciária. Essa percepção da realidade dos serviços e da realidade da comunidade será analisado a seguir.

3.3.2. Apropriação pelo estudante da realidade do serviço, da comunidade e do trabalho em equipe.

Na busca por um modelo integral à saúde e um perfil profissional comprometido com os usuários a aproximação com a ESF nos estágios supervisionados permite ao estudante conhecer as necessidades e o contexto onde a comunidade está inserida, permite o despertar para resolução viável dos problemas comuns da população de forma eficaz, eficiente e efetiva (SANTOS, 2010).

A convivência com o profissional de saúde no dia a dia do trabalho na ESF permite ao estudante a aproximação e apropriação da realidade do serviço, das limitações encontradas pelos profissionais para desenvolver seu trabalho dentro do que é possível ser feito sem se distanciar da qualidade e do que é tecnicamente correto.

Muitas são as situações onde profissional se depara com limitações nas opções de tratamento para determinado agravo, realidades onde a autonomia da equipe já não consegue resolver, onde só a vivencia do cotidiano do trabalho na ESF permite ao estudante vivenciar e com isso ter dimensão da realidade social com a qual poderá se deparar quando assumir sua careira profissional, como colocado pelos entrevistados E3 e E4:

> Se você não põe esses alunos dentro da realidade que vão enfrentar, não serão profissionais adequados, a não ser que eles vão trabalhar em outro país em outro sistema de saúde. Então tem que apresentar a eles os problemas que temos no dia a dia, a dificuldade de marcação de especialista ou quando marca a consulta mais o paciente não vai porque não tem dinheiro para pagar a passagem do ônibus, a não adesão a um tratamento por falta de alimentação, isso precisa ser mostrado. É uma forma de se preparar para ser um profissional adequado para trabalhar na nossa realidade. Se não a saúde vai só empurrando profissionais sem qualificação. (E3)

> Tem determinadas coisas que a rede não consegue chegar, fluir, aí você acaba que fica com as mãos atadas e neste sentido você tem que passar a realidade do sistema de saúde para os seus alunos. É diferente, você sabe o que tem que fazer, sabe qual a melhor conduta, mas na realidade você não pode fazer a melhor conduta, você tem que fazer o que cabe no bolso do paciente, o que tem no SUS, enfim [...]. (E4)

Outro grande desafio se dá na questão do trabalho em equipe, já que a formação em saúde se dá na sua grande maioria na esfera individual de cada categoria, cada um cuidando do seu próprio universo. Esse é um desafio não só

à integração ensino serviço, mas da capacidade do estudante se ver pertencente a uma equipe multiprofissional e saber lidar com os limites das competências individuais de cada membro da equipe e com os espaços infinitos de possibilidade do trabalho em cooperação de todos da equipe.

O trabalho em equipe apesar de ser uma necessidade na ESF não é o que acontece facilmente, devido a persistência nas práticas individuais e com foco nos aspectos curativos, exatamente por esses profissionais não terem tido experiência acadêmica interprofissional. As IES não incluem nas grades curriculares momentos de integração entre as categorias profissionais que favoreçam o trabalho interprofissional (LIMA, 2014).

Para Sant'Ana (2014), a atividade da preceptoria é favorecida quando acontece um bom envolvimento entre o estudante e a equipe multiprofissional, quando ele consegue se inserir nos espaços de trabalho de todos os membros da equipe e desenvolve suas atividades além do âmbito individual de sua categoria. E o preceptor tem um papel fundamental nessa apropriação do estudante com a dinâmica do serviço e do trabalho em equipe como é colocado nos trechos das falas dos entrevistados a seguir:

> O preceptor é formador não só para as atividades especificas da sua categoria, ele é de forma geral. Ele tem que articular muito, isso na Atenção Básica, né? Com a própria equipe de saúde a inserção desse aluno. Porque quando ele chega, ele vai ficar ali na unidade por um tempo, então a gente precisa deixá-lo como membro da equipe enquanto ele "tiver" aqui... e.... tentar trabalhar, fazer com que ele saia com essa competência de trabalhar em equipe, de reconhecer os valores dos diversos profissionais. (E1)

> Ainda vejo um grande desafio à preceptoria. As caixinhas de cada curso. Acho que isso é ruim, quando a gente aprender a trabalhar em conjunto, todo mundo junto eu acho que isso seria bem melhor mesmo. A preceptoria deve ajudar nesse sentido. Na verdade, nos preceptores temos que ajudar o aluno em muitos sentidos. Não só ensinando como fazer uma visita, dar um parecer social, mais de ter sensibilidade para ver além do trabalho individual, mas a saber trabalhar em equipe, construir. (E16)

A aproximação com o serviço e com as demandas do trabalho em saúde geram também a criação de vínculos que o estudante vai formando com a comunidade, com a equipe e com preceptor. Tamanha a importância desses vínculos que será discutido no item que se segue.

3.3.3. Formação de vínculo dos estudantes com a comunidade, com a equipe e com o preceptor

O trabalho em saúde na ESF favorece a criação de vínculos pois permite uma relação mais próxima do profissional do serviço com a população onde trabalha, uma vez que estabelece uma relação de cuidado com os usuários de forma contextualizada no seu ambiente social, familiar e comunitário.

De acordo com Feuerwerker (2011), em virtude dos vários encontros que ocorrem entre os trabalhadores, comunidade e estudantes, o trabalho em saúde é considerado único e baseado na criação de vínculos, que é fundamental para que o estudante possa se integrar no processo do cuidado.

Na relação profissional de saúde e usuário é importante que exista abertura dos atores envolvidos, pois algo fundamental para que os vínculos sejam formados é a questão da abertura e disponibilidade para isso. É necessário despir-se de algumas condições historicamente existente na relação de cuidado na qual o profissional acaba reproduzindo o modelo hegemônico com o centro da atenção na doença.

Em pesquisa realizada por Ilha, Dias, Backes e Backes no ano de 2010 sobre o que é necessário para se obter o vínculo profissional-usuário, os usuários na sua maioria colocam que é fundamental que o profissional reconheça a realidade singular e subjetiva de cada indivíduo, já que cada um carrega suas próprias histórias, diferentes problemas, expectativas de sonhos e contexto de vida a ser considerado no trabalho em saúde.

Chagas (2014) coloca como atribuição do preceptor ser mediador do processo da construção de vínculos entre o usuário e o estudante, onde lhe é confiada à integração do estudante com o restante da equipe de saúde, com o usuário e as famílias. É um grande desafio ao profissional de saúde que exerce a função de preceptor é de ser intercessor na construção do vínculo entre os estudantes e usuários, levando em consideração as relações de confiança e de credibilidade que esses profissionais do serviço têm com a comunidade, aceitando os cuidados prestados pelos estudantes.

O desempenho profissional do estudante é avaliado pelo usuário através de seu interesse no momento da prática, nas perguntas feitas, na segurança das orientações prestadas e na resolutividade das condutas, considerando como bom atendimento aquela assistência onde exista uma boa escuta. Essa postura otimiza o processo da assistência, propiciando o vínculo entre estudantes e usuários e permitindo que os profissionais conheçam os usuários e facilitando o acesso destes à assistência (MOIMAZ et al, 2010).

Nas falas dos entrevistados fica evidente importância da criação de vínculos pelos estudantes, apontada na literatura, no momento da sua inserção no campo das práticas.

Os preceptores entrevistados corroboram com essa importância dada ao vínculo que pode ser formado nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica. O envolvimento e a aproximação dos profissionais e estudantes com a comunidade e a relevância dos vínculos para a formação em saúde são fatores considerados pelos entrevistados, assim como o fato de que o vínculo entre estudantes e usuários favorece que este aceite a assistência prestada por aquele, como coloca os entrevistados E2, E6 e E17.

> Uma palavrinha chave dentro da estratégia que é o vínculo. O vínculo por si só, traz confiança e é essa aproximação com a preceptoria onde a inserção do aluno e a comunidade é fundamental pra que aja tanto a aprendizagem por parte dos alunos quanto você de resolutividade ao problema que o usuário te apresente. (E2)

> A comunidade acabava criando vínculo com alguns alunos que conseguia se abrir. Chegava até alguns usuários perguntar pelo aluno depois que o estágio tinha terminado! (E6)

> No início, o comunitário fica comigo e com ela, pra aproximar, pra que esse aluno crie vínculo com a comunidade. Geralmente isso acontece em um mês e depois disso ela cria vínculo com a unidade e comunitários, e eu já não preciso tá aqui. Alguns comunitários não querem a presença do aluno na sala. Geralmente isso acontece com o preventivo. É muito comum a gente ter que conversar com os usuários para que ele possa permitir que o aluno faça algum procedimento mais invasivo, até porque o aluno deverá estar apto a assumir qualquer serviço em pouco tempo e a gente tem essa responsabilidade de pra que ela assuma a unidade acontece. E a gente tem resultados positivos em relação a isso. (E17)

Além da aceitação dos usuários, o estudante precisa também conquistar a aceitação dos integrantes da equipe de saúde onde ele esteja inserido. É o que Chagas (2014) coloca quando diz ser importante a pactuação da equipe que recebe o estudante para a construção de programações de ensino em conjunto, integrando ele com a equipe, formando vínculos e compromisso com a aprendizagem e formação.

O trabalho em equipe não é algo fácil de ser implementado, ainda existem muitas barreiras para que seja efetivado em muitas das equipes de ESF e, por conseguinte nos processos educativos que acontecem no dia a dia do trabalho em saúde. Para Lima (2014), a comunicação entre preceptor e o estudante é algo imprescindível para a prática da preceptoria, e para o relacionamento com os demais profissionais da equipe e deve ser um caminho capaz de nortear adequadamente o estudante quanto aos seus limites na atuação profissional e na habilidade de desenvolver o processo de cuidado com a equipe multiprofissional.

Nas experiências trazidas pelos preceptores entrevistados, o exercício da preceptoria favorece o trabalho em equipe na ESF quando permite a presença dos membros da equipe de saúde nos projetos de intervenção proposto por eles, facilitando a criação dos laços com o estudante, como também de reestruturação dos laços entre todos os atores envolvidos no processo de trabalho. Além de ser benéfico para o estudante a incorporação dele como parte integrante do trabalho interprofissional.

> Quando eles chegam na primeira semana de estagio coitadas, tem até medo de encostar na parede, com muito medo de tudo, não sabe o que fazer, o que pegar, onde colocar bolsa, quem são as pessoas fazem parte da equipe, e aos poucos você vai deixando eles a vontade, crescer, formar o espaço deles, criar seus vínculos por que todo mundo cria seus vínculos não é... E a preceptoria nos dá essa possibilidade tranquilamente. Se o aluno for bem acolhido pela equipe para ele é mais positivo, e ele vai estar mais seguro para desenvolver seus projetos e contar com a ajuda de todos. Tudo depende do acolhimento que o aluno vai receber. (E10)

> Isso vem fortalecendo minha pratica na estratégia, no que se diz ser o vínculo com a equipe, fortalecendo o vínculo da equipe com os graduandos que estão chegando naquele espaço, e a gente sabe que todo ano chegam novos alunos e nós estamos lá. Esses alunos chegam cada um com um projeto de

> intervenção diferente, incorporando nessas atividades a equipe toda, onde a gente orienta e isso muitas vezes vai sendo integrado ao trabalho conjunto dos demais membros. É muito importante e muito desafiador por que hoje eu vejo o quanto a equipe que eu trabalho cresceu com essa minha abertura para a preceptoria. (E12)

Ainda nessa questão da formação de vínculos pelos estudantes que a pratica da preceptoria permite, cabe ressaltar o vínculo com o próprio profissional de saúde que está exercendo a atividade de preceptoria. Isso pode contribuir para o sucesso do processo de formação em saúde, tendo em vista que o preceptor recebe o estudante no seu dia a dia, no cotidiano do serviço e com quem acaba permanecendo durante um período relativamente longo, que varia de cada IES.

Para Barros (2010), na formação em saúde, o preceptor é o ator que precisa reunir características fundamentais para desempenhar o papel de mediador do processo de formação em serviço, como sensibilidade, paciência, habilidade, conhecimento e experiência. Características essas que favorece a criação do vínculo do estudante com o profissional preceptor e as quais o estudante leva pode levar durante toda a sua vida profissional, como colocado pelos entrevistados E10 e E6:

> Eu me sinto professora, amiga, cuidadora, enfim praticamente família, por que assim há uma interação com a gente que não é brincadeira! Acho que é por isso que tudo acontece de forma tão positiva, porque nós construímos boas amizades. Então preceptoria pra mim é tudo isso. (E10)

> Chegamos até ser conselheiro sentimental também quando esses alunos estão passando por momentos difíceis. Passamos muito tempo juntos, partilhamos momentos bons e ruins. Tenho alguns ex-alunos que são meus amigos até hoje. (E6)

Essa ligação entre o preceptor e o estudante pode trazer além da formação de vínculos de amizade, companheirismo e respeito, a admiração enquanto profissional, o querer ter o preceptor como modelo de bom exemplo a ser seguido.

3.4 Ser Preceptor

O quarto e último eixo norteador está relacionado com o objetivo principal da pesquisa e reúne os demais na busca da compreensão dos sentidos de se exercer a preceptoria partindo como núcleo para os demais sentidos encontrados e discutidos anteriormente. Nesse eixo emergiram os seguintes sentidos: ser referência profissional para o estudante, compromisso com a formação em saúde dando ressignificado a experiências formativas malsucedidas, da dualidade de ser profissional de saúde ou ser professor norteado pela dicotomia teoria e prática e de ser um elo de ligação entre o estudante e a comunidade no trabalho com o coletivo.

3.4.1. Ser referência profissional

O momento de inserção do estudante no campo da pratica profissional é um momento geralmente onde afloram os medos, as inseguranças de realizar certo ou errado uma técnica ou algum procedimento. É importante que o preceptor saiba conduzir esse momento para que o estudante consiga adquirir confiança e segurança para desenvolver suas atividades profissionais, transmitindo seus conhecimentos e experiência de forma segura e harmoniosa.

Para Tavares, Santos e Comassetto et al (2011), a transmissão de conhecimentos e de experiências adquiridos durante a vida profissional pelos preceptores aos estudantes, torna-se satisfatória à medida que é estabelecido o contato com a pratica do ensino e a relação que entre eles não é de dominação do saber, mas de interação, transformando o estudante em profissional capaz de desempenhar as práticas que aprendeu.

Oliveira (2014) diz que o preceptor ao exercer a função deve observar o estudante e oferecer um *feedback* e quando necessárias, orientações para melhorar a prática desse estudante. Complementando, Botti e Rego (2011), colocam que o preceptor possibilita através de exemplos na prática, a reflexão sobre condutas ou relações com os usuários.

Esse sentimento de ser referência profissional para os estudantes, de nortear o processo de aprendizagem, passando segurança, tornando o estudante capaz de seguir sua vida profissional com êxito é o que colocam os entrevistados E11 e E13:

> Eu acho que é mais do que um orientador, ele também é... Dos encaminhamentos digamos assim ao aluno né? Ele conduz a formação numa relação de confiança por que você vai saber até onde o aluno pode ir, onde você pode intensificar, se dá certo aquilo, alguns podem não ter desenvoltura necessária para algum procedimento. Confiando que a gente vai estar na retaguarda, que estamos ali pra o que for preciso, se acontecer um erro a gente entra em cena e resolve. (E11)

> O preceptor é aquela pessoa que tá junto realmente. O aluno tá adquirindo experiência, desenvolvendo as práticas, mas é importante ter uma pessoa junto que possa tá orientando, coordenando suas atividades, mostrando como se faz, onde estão os erros, onde deve melhora. O aluno passa um período longo no estágio então ele pega muito da gente e leva isso para vida toda e isso é muito bom, a gente se ver no aluno. (E13)

Muitas vezes durante o exercício da preceptoria, o profissional faz uma visita as suas lembranças de quando passou pela experiência como estudante, algumas vezes não bem-sucedidas, tento uma postura diferente quando na situação de preceptor, decidindo por cooperar com a formação dos estudantes.

3.4.2. Compromisso com a formação em saúde

O profissional de saúde pode, ao exercer a preceptoria, relembrar a sua própria vivencia enquanto estudante e a relação que teve com seu preceptor. Mesmo em situações onde a integração ensino-serviço não acontece de forma positiva, o profissional de saúde reconhece a importância dessa integração, refletindo, e não replicando a sua experiência malsucedida.

Para Rodrigues (2012), o profissional de saúde é um educador por formação e deve ter compromisso ético com a educação dos novos profissionais, segundo as Diretrizes Curriculares Nacional. As ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF referente à prática da promoção da saúde destacam-se os processos educativos tamanho seu compromisso como educador em saúde, seja com a população, seja com a equipe de saúde, como também com os estudantes dos cursos de graduação (RODRIGUES E SANTOS, 2010). Esse sentido idêntico, os entrevistados relatam terem passado por experiências ruins enquanto estudantes, com negação de campo de estágio pelos profissionais de saúde e que se esforçam para não replicarem a experiência negativa com

aqueles que acompanha, demostrando um compromisso com a formação em saúde.

> Tudo caiu de paraquedas, quando eu cheguei na unidade o ano letivo já tinha começado e a outra enfermeira já estava com alunos da graduação, então ela foi retirada da unidade e eu cheguei. Então não tive nem como dizer não, não quero. Eu já passei por esse processo de formação de você chegar numa unidade e o profissional está atordoado, então...pensei, refleti e disse: vou fazer diferente, não vou fazer como eles fizeram comigo de dizer: não eu não quero receber alunos e voltar pra traz com um campo fechado. Não! Vamos fazer diferente, vamos tentar diferente. (E10)

> Eu me coloco na posição de quando eu era aluna, que eu precisava dos preceptores e muitas vezes ficava a desejar, né? Porque preceptoria eu acho assim, que é uma coisa que já tá falando pré... é uma coisa que deve anteceder a sua prática, a sua atuação naquele determinado momento, naquela determinada circunstância (E13)

Como colocado o profissional de saúde deveria ser um educador por formação, especialmente no trabalho da Atenção Básica. Entretanto ao desenvolver a preceptoria é colocado a prova se é desenvolve a função como educador ou meramente contribui para formação técnica, de modo norteado pela lógica de dualidade entre teoria e pratica.

3.4.3. Ser preceptor e ser professor na dicotomia entre teoria e pratica

O profissional de saúde ao exercer a função de preceptor pode gerar conflito na diferenciação das práticas desenvolvidas concomitantemente, (assistência e docência), tendo em vista que ele é responsável pela condução da prática clínica dos estudantes como também por esta conduzir o processo de formação em serviço. Esse conflito pode ser norteado pela ideia de dialética existente entre a teoria e a prática, sendo um sentido que emerge nas falas de alguns dos participantes da pesquisa.

O papel do preceptor é bem variado. Como já discutido antes, ele pode ser exemplo profissional para os estudantes, ser um guia para o aprendizado clinico, o que não reduz o papel de educador pertinente a preceptoria, nem que esse papel de educador não seja fundamental no processo de formação em

saúde e integração serviço ensino. (BOTTI E REGO, 2011). É necessário que o preceptor consiga lidar com os desafios que emergem de cada um deles.

De acordo com Chen, Hsu e Hisieh (2010), o gosto pela pratica do ensino pode acrescentar elementos importantes para a boa pratica da preceptoria. Entretanto, desenvolver a função de ensinar com competência pode ser uma tarefa árdua para o preceptor, principalmente se ele for comprometido com a formação em saúde. Como já discutido no eixo das limitações para o exercício da preceptoria, a falta de capacitação pedagógica, especialmente na questão de avaliação por competência, como hoje ainda vem acontecendo na prática, se faz um dos grandes desafios. É o que foi colocado pelos entrevistados E15 e E11:

> Passar meus conhecimentos adquiridos para um aluno que vai desenvolver aquelas atividades é uma atividade que me realiza, é bom acompanhar alunos no serviço.... Eu não gosto muito de dar aula, por não ter nem preparação para docência, me sinto insegura quando o professor vem da universidade e diz “qual a nota que você dá a aluna? ”. Mas de ter o aluno me acompanhando no serviço eu me sinto confortável. (E15)

> É alguém que gosta muito de... Da formação, de estar junto com pessoas, é ouvir e aprender junto com o aluno, você tem essa missão de está pegando esse conhecimento teórico e a pratica que você tem e fazer essa articulação. É uma responsabilidade muito grande. Nós somos formação também, nós estamos formando enfermeiros e eu não tenho dúvidas disso. (E11)

Espera-se então que o preceptor seja um educador e um profissional clinico com competência em ambas as ações, desde que ele seja igualmente capacitado e habilitado para executar procedimentos técnicos tendo segurança de mostrar ao estudante o que fazer, como e quando devem ser feitos os procedimentos e técnicas inerentes a graduação, usando metodologias que permita o estudante o sucesso na aprendizagem (NEHRENZ, 2007). Não devendo existir, de acordo com Botti e Rego (2011), contradições ou separação no exercício da preceptoria (educar) e na prática clínica (execução de procedimentos), devendo sim ser usada uma metodologia de trabalho capaz de adaptar os conhecimentos à prática clínica.

> Eu considero o preceptor um professor, só que um professor mais voltado para a realidade do ensino em serviço né.... Não que estejamos distantes da teoria, nós estamos envolvidos com

> a teoria, mas, a gente está próximo também da prática, com as competências da equipe no trabalho multiprofissional. Eu considero esse profissional ligado ao campo e eu acho isso muito desafiador. (E12)

> É uma responsabilidade muito grande, até porque a gente vai tentar lapidar esse aluno, esse educando, espera-se que ele já venha formado, orientado de alguma forma. É um desafio do profissional que vai assumir essa atividade da preceptoria. O nome que eu trago para o que é ser preceptor é desafio. É uma responsabilidade imensa pra formar, digamos assim, esse aluno, transformar esse aluno em um profissional no futuro. (E17)

Entretanto, alguns preceptores não se veem como professores, mas como profissionais que ensinam sua prática para futuros profissionais. López e Trocon (2015) afirmam que esse sentido de distorção vem do conceito " reducionista" empregado por algumas IES, além de ser comum entre o profissional de saúde a dedicação muito mais ao aperfeiçoamento da sua habilidade clínica, dando menos prioridade as educacionais, especificas para pratica do ensino refletindo mais ou menos uma questão de identidade com docência.

> Eu não me acho preparada para ser uma professora. Eu acho que preceptora é diferente da professora; preceptora tem que ter mais a visão da prática, do serviço, de como funciona. Agora a parte pedagógica eu tenho que ver muito, começando pelos processos de aprendizado, as metodologias todas. Essa parte da docência mesmo é só nas universidades [...]. (E4)

> Apesar de não sermos professores, mas ali dentro da metodologia antiga, tem deles que chamam a gente de professor, nós somos facilitadores. (E19)

A ideia de dissociação da teoria e da prática, como se fossem dois conhecimentos distintos ainda está presente nos discursos dos profissionais de saúde. Essa separação da teoria e pratica surge juntamente com a separação entre educação e trabalho há muito tempo atrás, com a divisão da sociedade em classes e com a propriedade privada, quando os primeiros delineamentos de escola enquanto instituição se inicia, com a existência de dois tipos de educação, uma que era destinada aos filhos dos trabalhadores que aprendiam no exercício do próprio trabalho, por repetição, pautado na prática e a outra destinada aos filhos dos proprietários, no exercício do mando e do poder, pautada pela teoria (COSTA, BUENO e GOMES, 2015).

Nas ações próprias do exercício de qualquer profissão, se faz necessário a utilização de técnicas, na área da saúde não se faz diferente, pois os profissionais necessitam ter habilidade para operar instrumentos específicos do seu fazer, o que não se faz suficiente para atender as complexas demandas que o profissional da saúde se depara diariamente, já que meramente a técnica não dá conta do conhecimento cientifico necessário para resolve-las (GARRIDO e LUCENA, 2006).

Eles ainda acrescentam que essa leitura dicotômica entre teoria e prática, está predestinada a equívocos graves nos processos de formação profissional, pois a prática pela pratica e o emprego de técnicas sem reflexão pode dar a ilusão de que há pratica sem teoria, deixando as atividades de estagio reduzida à hora da prática a execução de técnicas para o desenvolvimento apenas de habilidades, sem a reflexão crítica necessária sobre o contexto de desigualdade social, sobre as condições de vida do território e sobre o modo como a prática profissional pode reproduzir as opressões a que os usuários do Saúde da família estão sujeitos pelo modo de funcionamento da sociedade capitalista.

> É orientar esses alunos, é ensinar a pratica... O preceptor tem a função de acompanhar, do supervisionar a prática e pra mim era difícil pôquer às vezes ele via na universidade de um jeito, e quando chegava lá no campo era diferente, essa dicotomia da teoria e da pratica. (E20)

> Eu acho que é muito gratificante ser preceptor, porque a gente tá ensinando e ajudando outras pessoas a ter experiência, e aí você vê que o aluno sai só com a teoria e a gente vai nas práticas, nos é que carregamos a bagagem da experiência prática. O que está no livro é muito lindo, mas na prática nem tudo é igual. O professor da universidade não tem o manejo nem habilidade técnica, só teoria. (E17)

A superação dessa dicotomia entre teoria e prática tem sido objeto de estudos e reflexão, na busca pela integração entre o pensar e o fazer em saúde, incorporando mudanças na formação profissional que atendam às novas demandas e discussões teórico-prático na perspectiva de um SUS com maior eficiência e resolutividade das demandas individuais e coletivas (PIRES, SOUZA e PENNA et al, 2014).

Segundo Ribeiro (2015), o preceptor é o profissional que tem um compromisso além do cuidado, ele é responsável pelo desenvolvimento da

pratica do ensino no âmbito do trabalho, compete a ele favorecer o desenvolvimento do conhecimento teórico que o estudante tem, não como uma coisa distinta da pratica, mas complementares, um mediador entre teoria e a prática.

> Eu acho que em relação a ESF, aos programas, estimular o aluno a buscar o conhecimento, aliar teoria à prática, estimular eles a estudar, porque não adianta ter prática sem uma boa teoria. A gente sabe que a universidade ensina, mas a prática eles vão ver muito diferente; então a gente tem que estimular eles a equiparar a teoria com a prática; só assim é que aprende mesmo. (E18)

> Eu me considero muito importante no processo de formação dos alunos. Sou mediador e facilitador do conhecimento, porque na verdade eles já vem com bagagem, não de prática ainda, mas de teoria, então pra mim o preceptor articula essa teoria com a prática e inseri ele no processo de trabalho da atenção básica e da estratégia saúde da família. (E19)

E como último sentido a ser analisado o sentido do ser preceptor como elo entre o estudante e a comunidade, reforça a importância desse mediador entre os estudantes e a comunidade na formação em saúde.

3.4.4. Elo entre o estudante e a comunidade

No cenário da formação de recursos humanos, os profissionais do serviço são os profissionais com melhor condição para recepcionar os estudantes e inseri-los nos espaços de trabalho, tamanha é a sua relação com a comunidade (RODRIGUES, 2012). Nesse sentido, Batista, Cardoso e Fontana (2014) afirmam que a preceptoria funciona como um canal entre os estudantes e os usuários especialmente pelo vínculo formado entre o profissional de saúde e a comunidade onde ele atua.

Esse relacionamento profissional-comunidade se dá na dimensão sujeito-sujeito no processo de territorialização, pois permite que o profissional crie além de vínculos, a responsabilização e a pactuação com uma população a partir do desenvolvimento de atividades continuas, planejadas e direcionadas aos problemas de saúde peculiares daquela comunidade (SANTOS, 2010).

A inserção dos estudantes no serviço e consequentemente da integração deles com a comunidade pode contribuir com a formação de futuros profissionais

com perfil que atenda as demandas do SUS, comprometidos com o atendimento integral da população e com a transformação da realidade, contextualizado com os principais problemas de saúde específicos de cada comunidade.

Para o exercício da preceptoria é necessário a construção coletiva possibilitada formada pelo encontro entre aqueles que demandam conhecer acerca da sua saúde, o usuário, e entre aqueles que demandam a respeito do processo de saúde e adoecimento dos indivíduos e da comunidade inseridas num determinado território, o estudante, e aquele que é o ator responsável pela ativação das conexões, o preceptor, não existindo um ator mais ou menos protagonista desse encontro, sendo fundamental a abertura de todos ao conhecimento de si a da vida (CERQUEIRA, 2011). Sobre essa questão, os entrevistados dizem:

> Eu acho que sempre vai fazer a diferença o preceptor ser da própria estratégia. Primeiro ele entende do serviço, não é alguém que você joga lá, que não tem nenhuma responsabilização com o serviço. Que não entende a dinâmica da equipe... é.… e nem a dinâmica da comunidade. Então a pessoa sendo um profissional que já está inserido dentro da estratégia, ele vai otimizar a presença do aluno, pra o aluno e pra comunidade... (E1)

> Faz muita diferença sim por que você já conhece a história familiar né aí quando surge um caso naquela família você já tem várias informações que vai ajudar o aluno a traçar um plano de cuidado para aquela família, então influencia sim, é diferente sim. Facilita e muito a pratica do aluno com a comunidade, a ter uma credibilidade, a passar a ser respeitado, a ser aceito, né nas suas atividades. (E8)

> Eu já tô há dez anos nessa unidade, então todo mundo me conhece. Conheço muito bem minha comunidade, as relações entre as pessoas, os conflitos existentes no bairro, quais as áreas de maior risco, vulnerabilidade. Passo tudo isso ao aluno e isso facilita muito a percepção dele do todo, da comunidade. (E20)

Aqui podemos perceber que os profissionais consideram a importância da relação entre o estudante e a comunidade, de modo que ressaltam a importância de serem da ESF nessa articulação, comparando, por exemplo, com os preceptores acadêmicos das IES, sobretudo em função dos vínculos estabelecidos com a comunidade.

Nesse eixo, pode-se compreender os sentidos de ser preceptor como núcleo aos demais eixos, onde está inserido a dimensão dos sentidos que levam os profissionais do serviço a exercer a função e que serão considerados no item a seguir, das considerações finais do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS
A PRECEPTORIA COMO POSSIBILIDADE PARA CONSOLIDAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E DESAFIOS À FORMAÇÃO EM SAÚDE

A preceptoria é, sem dúvida, uma atividade capaz de permitir a integração do estudante com os serviços de saúde, com as comunidades em suas realidades e com o próprio SUS. É tida por muitos autores como uma ferramenta que consegue apropriar o estudante da realidade do serviço e assim permitir a formação em saúde voltada para um perfil profissional que atenda às necessidades do SUS. Entretanto, na prática, muitas ainda são as barreiras que dificultam a efetivação e o bom andamento dessa atividade. Principalmente no que se refere a quem desempenha a função, o profissional preceptor na ESF.

Ao me deparar com a necessidade de desenvolver uma pesquisa como requisito para titulação de mestre ao ingressar no MPSF e tendo o compromisso de ser essa pesquisa um instrumento que viesse a suscitar mudanças na minha prática, além do compromisso ético profissional de voltar à comunidade o fruto desse trabalho, fiz dessa oportunidade um meio de refletir criticamente sobre os sentidos de ser preceptor a partir dos discursos dos profissionais preceptores.

Fiz um esforço em considerar a problemática do ensino na saúde, na busca pela efetivação da integração ensino-serviço e de produzir cuidado para além dos aspectos puramente biomédicos, com profissionais competentes não

apenas tecnicamente, mas também capazes de compreender as singularidades do território e da comunidade em que atuam com criticidade e inventividade.

Investigar os sentidos de ser preceptor nesse contexto da integração ensino-serviço permitiu ter dimensão muito mais ampla das questões que envolvem essa função, algumas delas nem pressentidas por mim em minha prática profissional. Percebe-se que por mais que o profissional diga que não exerça a função docente, ele exerce no âmbito da sua prática profissional o ensino, apesar de ter dificuldade de atribuir a função de educador à sua pratica e se comprometer com esta missão de modo seguro e coerente.

Quando questionados acerca das atribuições pertinentes ao preceptor, os entrevistados comungaram da mesma percepção quanto as competências necessárias para desenvolver as atividades. Entretanto, poucos atribuíram a função de educador. Na prática, os profissionais acreditam que o seu conhecimento que se revela como um facilitador do ensinar a fazer é o diferencial para a condução do processo de aprendizagem dos estudantes.

Outro ponto importante a ser mencionado é quanto a relação do ensino com a comunidade. Sempre que era colocado a palavra comunidade pelos profissionais preceptores, isso era sentido na dimensão mais individual (de um usuário ou família atendida), na permissão e abertura dos usuários as práticas realizadas pelos estudantes supervisionados pelos preceptores no interior da UBS.

Um dos aspectos mais importantes da integração ensino serviço se dá exatamente na apropriação pelo estudante na realidade do território. A formação em serviço deve ter um papel na construção de um sistema de saúde que vise o fortalecimento do SUS, a partir de um novo perfil profissional, que tenha uma visão sistêmica do processo saúde doença, reconhecendo o valor da AB e da proximidade com a comunidade, distinguindo os reais problemas de saúde de um território e levando em consideração as vulnerabilidades sociais.

Percebe-se que apesar das limitações que dificultam o exercício da preceptoria, a maioria dos entrevistados ainda se sentem motivados a desenvolver a função e que isso não se dá através da remuneração, já que a preceptoria é colocada muitas vezes como um trabalho não pago por alguns. Essa questão da remuneração é algo que emerge da necessidade de

regulamentação da função, uma vez que exercer a preceptoria produz trabalho e esse trabalho não deveria ser tido como filantropia, como caridade.

É necessário criar um perfil profissional para preceptoria onde sejam colocados além da questão remuneração, do reconhecimento pelo seu trabalho, a preparação para o seu exercício, pedagogicamente e tecnicamente a partir da educação permanente o que é previsto na PNEPS, entrada na preceptoria pela avaliação deste perfil e criação de processos seletivos permitindo que apenas profissionais com interesse pela docência ou aptidão para o ensino possam desenvolver a função.

É salutar ainda a aproximação desse profissional do serviço com as IES, integrando sua prática as pesquisas desenvolvidas, participando ativamente na construção e avaliação dos componentes curriculares nos quais os alunos são inseridos. É importante estreitar os laços das IES com o serviço para que esse profissional de saúde consiga está preparado e se sentir confiante para o bom exercício da função.

A criação do COAPES vem tentar dar conta disso, uma vez que a problemática da integração ensino serviço aponta também para a fragilidade do exercício da preceptoria. Infelizmente na realidade do município onde a pesquisa foi desenvolvida e que ainda está em processo de celebração, será implementado apenas um COAPES no qual será integrado as 2ª, 6ª e 8ª regionais de saúde do Estado, o que ao meu ver irá dificultar o real andamento de questões como a regulamentação da preceptoria, reconhecimento da função e continuar permitindo o distanciamento da gestão no processo de integração ensino serviço, uma vez que as regiões possuem características e realidades muito diversas, dificultando o consenso quanto as delimitações necessárias.

A problemática ainda recorrente da dicotomia entre teoria e prática ainda é observada. O pensamento de um conhecimento de teoria que não é aglutinado a prática, pode ser concebido pelo fato do preceptor tem o domínio da pratica e os docente ter o domínio da teoria, o que pode diminuir sua função e anular a sua autoconfiança. Esse pensamento anula a evidencia de se executar a prática sem o embasamento cientifico que é tão importante nas práticas da formação em saúde. O preceptor não é apenas um mero replicador de procedimentos, mais um questionador do seu próprio saber.

Diante de tantas questões que se colocaram no estudo, cabe nesse momento reconhecer as limitações que ficaram evidentes ao final da pesquisa. Ao tentarmos perceber os sentidos que os preceptores têm da integração ensino, serviço e comunidade, ficou um vazio na interpretação de comunidade como coletivo, limitada apenas a dimensão de usuário. A formação em serviço tem a possibilidade de aprimorar a prática do futuro profissional, de dar habilidade técnica respaldada com embasamento cientifico. Entretanto, o papel da integração ensino serviço é mais amplo, de permitir que o estudante tenha ainda na sua formação a oportunidade de viver a comunidade, de ter acesso à realidade social cada vez mais cedo, levando o estudante a ter uma atuação mais questionadora, reflexiva e crítica, correspondendo as necessidades do SUS. Essa temática relativa a educação transformadora no SUS a partir da preceptoria, revelou-se como um tema que merece novas pesquisas, as quais possam lançar luz sobre esse sentido de uma forma mais ampla, já que este assunto tem grande importância e relevância para formação em saúde no SUS.

Outra limitação existente foi que o estudo não conseguiu dar conta das questões relativas ao aluno, um ator importantíssimo nesse processo. Em alguns momentos durante as entrevistas ouvi de alguns preceptores de como seria rico para o estudo trazer os sentidos que o aluno tem nesse processo de integração ensino serviço, como ele vê esse preceptor, quais as suas dificuldades em se inserir no serviço, com a equipe, suas limitações de trabalhar conjuntamente com outras categorias advindas da sua formação, da população, da aceitação desse aluno pela comunidade como profissional habilitado, de como o aluno consegue ter ou não acesso a essa população mediante sua relação com o preceptor. Inúmeras são os questionamentos surgidos nesse sentido e que demandam aprofundamento teórico tamanha sua importância.

O próprio processo histórico da preceptoria, de como surge nas várias categorias profissionais, o que herdamos da preceptoria médica, historicamente os primeiros relatos da função, além da lendária hegemonia desta categoria profissional. Limitações que a pesquisa não conseguiu alcançar e que abrem sim espaço para outras pesquisas que venham a responder essas problemáticas, tamanho o significado da preceptoria para formação em saúde.

Espero que o processo de reflexão oportunizado por esse estudo venha a conduzir avanços na organização da função, tento em vista sua magnitude, na

construção de um projeto estruturado para preceptoria, planejado pelos atores responsáveis pela sua efetivação, a gestão, as instâncias formadoras e as equipes profissionais e mesmo os usuários do serviço, com o intuito de elaborar um perfil de preceptor competente para exercer essa atividade, com definição das suas atribuições, do seu papel, valorizando assim a função, dando visibilidade e oportunizando um caminho para integração ensino serviço.

Que o produto final dessa vivencia possa contribuir para que o profissional preceptor tenha a oportunidade de desenvolver essa função com responsabilidade, liberdade e com clareza da sua dimensão, contribuindo assim para formação em saúde com segurança das suas habilidades, das suas competências e empoderamento de ser um profissional educador, que tem a capacidade de transformar sua prática profissional em ensino ao mesmo tempo que transforma a realidade social.

Assim, pode ter como produto a efetiva integração ensino, serviço e comunidade, contribuindo para formação com as competências e habilidades inerentes a cada categoria e ao trabalho em equipe, reconhecendo o valor dos diversos saberes, com um olhar crítico sobre a realidade da população e com sensibilidade para sua atuação enquanto profissional de saúde buscando o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H.C; BEZERRA, R. C. Atenção primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família. In. CAMPOS, G. W de S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

ARAUJO, A. C. Definição e Atributos do preceptor. **Manual do Preceptor de Residência Médica**. Conselho Regional de Medicina do Paraná. 2011;

AUTONOMO, F. R. O. M.**"A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras"**. 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 26 jan. 2016.

ALMEIDA, H.G.G, FERREIRA, F.O.F. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Rev Bras Educ Med**. 2008;32(2):240-7.

BARRETO, V. H. L. et al. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Recife, v. 35, n. 4, p. 578-583. 2011.

BARRETO, I.C.H.C; ANDRADE, L.O.M.; LOIOLA, F; PAULA, J. B.; MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde - Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasi**l. In: Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal, n. 34, jun. Rio de Janeiro, 2006, p. 33).

BRANDÃO, I. R. **A roda como método de ser, conhecer e fazer**. Mímeo, 2006.

BARROS, M.C.N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional:** experiência do serviço social. 2010. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32950/000760061.pdf?sequence=1. Acesso em 05 de maio. 2016.

BENTES, A. et al. Preceptor de Residência Médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque perceber a importância: Nós mesmos!. In: **Caderno da ABEM: O preceptor por ele mesmo.** Rio de

Janeiro: ABEM- Associação Brasileira de Educação Médica, v. 9, p. 40-45. 2013.

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

BOTTI, S. H. O; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis?. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373.2008.

BRASIL. **Portaria nº. 687 MS/GM, de 30 de Março de 2006.** Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em:< www.saude.gov.br/svs> Acesso em: 13/05/2015.

BRASIL. ***Portaria nº 2.488,*** **de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 204, 24 out. 2011, p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003.248 p. ISBN 8589545-02-4 1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. NLM WA 525 CDD - 20 ed. 362.1068.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao/const/. Acesso em setembro de 20015.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação.** Resolução CNE/ CES n° 3 de 7 de novembro de 2001. Disponível em:< http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>. Acesso em 04 jun2016.

BRASIL. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 44 p., 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 maio. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** Brasília: MS; 1999. p 6.

BRASIL. Ministério da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial no 610/gm de 26 de março de 2002.** Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial n° 2101 de 3 de dezembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde** – Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2010.

BRITO, V. G. P; MARRA, A.V. Construcionismo Social e Análise do Discurso: uma possibilidade teórico-metodológica. In: ANPAD (org.) **Anais do XXXV Encontro da ANPAD**, n. 35, 2011. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Conference paper, 2011. p. 1-17.

BURGATTI, J.C. et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência da ético-político na formação inicial em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282- 6, mar/ abr, 2013.

CAMPOS, G. W; BARROS, R. B; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.9, n. 3, p. 745-749. 2004.

CAMPOS, F.E. et al. O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. **Rev.Bras. Educ. Med.**, v.33, n.4, p.513-4, 2009.

CAMPOS, F.E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, vol. 3, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, A.E.T.M.; MARINHO, A.M.S.; AMARAL, A.S. et al. Estratégias para Melhorar a Logística e a Formação do Preceptor de Residência Médica. In: **Associação Brasileira de Educação Médica-ABEM**, vol. 9. Rio de Janeiro, ABEM, 2013.

COSTA, V. C. I. **Aprendizagem baseada em problemas (PBL).** Rev. Tavola Online. 5 (1): 1-3, mar., 2011. Disponível em:

<http://nucleotavola.com.br/revista/2011/03/01/aprendizagem-baseada-em problemas-pbl/>. Acesso em: 03 jun. 2016.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde**:** desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p.161-8, 2005.

CARVALHO, Y. M; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In. CAMPOS, G. W de S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CARVALHO, E.S.S. FAGUNDES, N.C. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. **Rev. RENE**, v. 9, n. 2, p. 98-105, 2008.

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

CHAGAS, F.J.R. **A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação em saúde**: a ESF como um arco-íris de possibilidades. Dissertação [Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, 2014.

CORDEIRO, J. C. Programa de Educação pelo Trabalho na saúde. PET-saúde (2011-2012). Editorial. **Revista de Ciências Médicas**, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em <http:/www.revistaciencismedicaspe.com.br>. Acesso em 22 jan, 2016.

DEMARZO, J.M.P. et al. Diretrizes para a Integração Ensino-Serviço-Comunidade na Formação em Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade. In: **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 228-229, abr./jun. 2009.

DIAS, A.R.N.; PARANHOS, A.C.M.; TEIXEIRA, R.C.; DOMINGUES, R.J.S.; KIETZER, K.S.; FREITAS, J.J.S. Preceptoria em saúde: percepções e conhecimento dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. **Revista Educação Online**, n. 19, p.83-99, 2015.

DUBAR, C. Formação dos médicos generalistas: transmissão e construção dos saberes profi ssionais. In: BRANT, V. (org.) **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** Juiz de Fora: UFJF, 2011.

FEUERWERKER, L.C.M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão. **Interface**, v.17, n.47, p.929-30, 2013.

FEUERWERKER, L.C.M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In : BRANT, V. (org.) Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde. Juiz de Fora: UFJF editora, 2011.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Saúde - Comunicação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Acesso em: 27 abril. 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface – Saúde- Comunicação,** Botucatu, v. 17, n. 47, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 10 abril. 2016

FREIRE, P. **A educação na cidade.** São Paulo: Cortez Editora, 1991, 144p.

GUARESCHI, N.M.F.; REIS, C.D.; HUNING, S.M. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ.,** n. 1, 2007.

GUARESCHI, N.M.F.; WEBER, A.; COMUNELLO, L.N. et al. Discussões sobre Violência: Trabalhando a Produção de Sentidos. **Psicologia: reflexão e crítica,** v. 19, n. 01, p. 122-130.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2009. P. 41. 43.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HADDAD, A. E. et al. Pró-Saúde: a construção da Politica Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 3-4, 2012.

ILHA, S.; DIAS, M.V.; BACKES, D.S.; BACKES, M.T.S. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 3, p. 556-562, 2014.

JESUS, J.C.M; RIBEIRO, M.V.B. Avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internado médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p. 153-161, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf. Acesso em 11 de jun. 2016.

LAKATOS, Eva Maria, Marconi, Marina de Andrade (Ed.). **Metodologia do trabalho científico.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 225 p.

LIMA, P. A. B; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **INTERFACE- comunicação saúde educação, Botucatu**, v.19 Supl. 1, p.779-91, 2015. Disponível em < file:///C:/Users/User/Documents/Disserta%C3%A7%C3%A3o/Primeiro%20eixo/Suplemento-pet-saude.pdf >. Acesso em 22 mar, 2016.

LIMA, P.A.B. **Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do pró-pet-saúde.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós- Graduação em ensino na saúde da faculdade de medicina – FAMED, Universidade Federal de Alagoas – UFAL, 2014.

LOPEZ, M.J; TRONCON, L. E. A. Capacitação e desenvolvimento docente – aspectos gerais. **MEDICINA** (RIBEIRÃO PRETO). V. 48, n. 3, p.282-94. 2015.

MARCIEL, J.C. J; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico**, Rev. Bras. Educ. Med**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153- 161.2012.

MARINS, J.J.N. Formação de preceptores para área de saúde. João José Neves Marins. In: BRANT, V. (org.) **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** UFJF: Juiz de Fora, 2011.

MATTOS, C. L. G; CASTRO, P.A./ Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. **Entrevista como instrumento de pesquisa nos estudos sobre fracasso escolar**. 2010. Disponível em: http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/42.pdf. Acessado em 12 de Set. 2015.

MATTOS, R. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C; LIMA, J.C.F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 313-352.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília: Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S. (org.) **Pesquisa social.** 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002, 80 p.

MINAYO, M. C. de S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W de S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O caminho do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2012.

MISSAKA, H. **A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não Universitário.** 2010. 76 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009.

Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310.
MISSAKA, H; RIBEIRO, V.M.B. A Preceptoria na Formação Médica: subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional – o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 303 – 310. 2009.

MITRE, M.; TEIXEIRA, E.; PARLADIN, A.L. Educação em saúde no SUS: experiência de aprendizagem significativa em um curso de pós-graduação em preceptoria. **Rev. Marupíra,** v. 1, n. 1, p. 1-12, 2014. Disponível em: http://paginas.uepa.br/seer/index.php/marupiira/article/viewFile/427/384. Acesso em 14 jun 2016.

MOIMAZ, S.A.S.; MARQUES, J.A.M.; SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; ZINA, L.G.; SALIBA, N.A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MOREIRA, M.A. O QUE É AFINAL APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA**?**. **Revista Curriculum**, Disponível em : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://paginas.uepa.br/erasnorte2013/images/sampledata/figuras/aprend_%2520signif_%2520org_prev_mapas_conc_diagr_v_e_ueps.pdf&gws_rd=cr&ei=8U5gV5T-OsiFwgT3gpX4BQ . Acesso 14/06/16.

NEVES, C. A. B; HECKERT, A. L. C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R; BARROS, M.E. B; MOTTA, R. (Org.). **Trabalho em equipe**. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, 2007.

OLIVEIRA, F.D. **A Preceptoria na estratégia saúde da família:** o olhar dos profissionais de saúde. Dissertação[Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2014.

OLIVEIRA, B.M.F.; DAHER, D.V. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação: o ensinar e o cuidar com o participantes do mesmo processo. **Rev. Docência Ens. Sup.,** v. 6, n. 1, p. 113-138, 2016.

PAGANI, R; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 94-106. 2012.

PEDROZA, C.M.; SPINK, M.J.P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

PINTO, T.R; CYRINO, E. G. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. **INTERFACE-comunicação saúde educação**, Botucatu, v.19 Supl. 1, p.765-77, 2015. Disponível em < file:///C:/Users/User/Documents/Disserta%C3%A7%C3%A3o/Primeiro%20eixo/Suplemento-pet-saude.pdf >. Acesso em 22 mar 2016.

ROCHA, P.F. **O preceptor cirurgião - dentista na atenção primária à saúde na formação em odontologia**: Compreensão do papel e análise das características para a preceptoria. 83f. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2014.

ROCHA, H.C.; RIBEIRO, V.B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico**. Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.3, p. 343-350, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36 n3/08.pdf. Acesso em 29 de junho. 2016.

RODRIGUES, A.M.M. **A preceptoria em campos de prática na formação do enfermeiro em universidades de Fortaleza-Ceará.** 101f. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2012.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das Publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst.,** v. 28, n. 4, p. 321-4, 2010.

SALDANHA, K.G.H. **Cenário de prática em saúde: estudo da preceptoria do pet-saúde na estratégia saúde da família na região metropolitana de Fortaleza.** 71f. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, 2015.

SANT'ANA. E.R.R.B. **A preceptoria em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos.** 112f. Dissertação [Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014

SANTOS, A. C. et al. Competências da preceptoria na Residência Médica. In: **Caderno da ABEM: O preceptor por ele mesmo.** Rio de Janeiro: ABEM-Associação Brasileira de Educação Médica, v. 9, p. 40-45. 2013.

SANTOS, E.G.; FERREIRA, R. R.; MANNARINO, V.L.; LEHER, E.M.T.; GOLDWASSER, R.S.;; GUILHERME PINTO BRAVO NETO, TCBC-RJ. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. **Rev. Col. Bras. Cir**., v. 39, n. 6, p. 547-552, 2012.

SANTOS, E.G.; FERREIRA, R. R.; MANNARINO, V. L.; LEHER, E. M. T.; GOLDWASSER, R. S.; BRAVO NETO, G. P. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um

hospital universitário e um hospital não universitário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 6, p. 547-552, 2012.

SANTOS, R.C.A. **Trânsito de saberes e campo representacional na visão dos profissionais da saúde da família e do programa de educação pelo trabalho e para a saúde.** 153f. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

SILVA RODRIGUES, C.D. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, 2012. 101 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação me Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface,** v.15, n.39, p.1071-84, 2011.

SOUZA, Cleusa Rosália Pacheco de et al. **O olhar do aluno da 10a. fase do curso de medicina da UFSC sobre a saúde e SUS, antes e depois do internato de saúde coletiva.** 2004. https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86815/208923.pdf?sequence=1

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev. Latino-am Enfermagem,** v. 13, n. 02, p. 173-179, 2005.

SPINK, M.J**. Linguagem e produção sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

SPINK, M.J, MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J.P (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**- aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

SPINK, M.J.P.; GIMENES, M.G.G. Práticas discursivas e produção do sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discurso sobre a saúde e a doença. **Saúde e Soc.** vol. 3, n. 2, p. 149-171, 1994.

TAVARES, P.E.N.; SANTOS, S.A.M.; COMASSETTO, I. et al. A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico**. Rev. Rene,** v. 12, n. 4, p. 798-807, 2011.

TRAJMANI, A., NAIMA, A.; VENTURII, M.; TOBIASI, D.; TOSCHII, W.; BRANTII, V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista brasileira de educação médica** v. 33, n. 1, p. 24 – 32, 2009.

TRONCON, L.E.A. et al. A formação e o desenvolvimento docente para os cursos das profissões da saúde: muito mais que o domínio de conteúdos. **Medicina** (Ribeirão Preto). V. 47, n. 3, p. 245-8, 2014.

BARRETO, Vitor Hugo Lima; V.H.L.; MONTEIROL, R.O.S.; MAGALHÃES, G.S.G.; ALMEIDA, R.C.C.; SOUZA, L.N. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista brasileira de educação médica**, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

WALTERS, LUCIE et al. Demonstrating the value of longitudinal integrated placements to general practice preceptors. **Medical Education**. [S.l], v. 45, p. 455-463, 2011. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Acesso em: 30 jun. 2016.

ZEFERINO, A.M.B.; ZANOLLI, M.L.; ANTONIO, M.A.R.G.M. Experiência da Atenção Integral à Saúde Individual e Familiar com enfoque na Responsabilização, Vínculo Médico-paciente, Ética e Profissionalismo no Currículo Médico Integrado. **Revista brasileira de educação médica**, v. 1, supl 2, p. 141-146, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

O Sentido de ser Preceptor nas experiências de integração Ensino-Serviço-Comunidade de um Município do Nordeste Brasileiro: desafios a educação na saúde.

Autores:

Janaíne Maria de Oliveira**– Pesquisadora Responsável**

Rua Manoel Chaveiro, 12- Planalto 13 de Maio- Mossoró/RN

Fone: (84) 9951 8459

Drª Ana Karenina de Melo Arraes Amorim **– Orientadora da Pesquisa**

Instituição Proponente:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis

CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Fone: (84) 3342-9727

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN

CEP 59.012-300

Fone: (84) 3342 5003

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em que serão utilizados, na coleta de dados, entrevista semiestruturada direcionada aos

profissionais de nível superior que atuam em Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró/RN, que desenvolvam atividades de preceptoria e/ou supervisão de estudantes em atividades da graduação como forma de investigar porque entre os profissionais da ESF do município de Mossoró que desenvolve a função de preceptoria encontram dificuldades para o exercício dessa função? Quais suas limitações, fragilidades e diferentes motivações? Existe preparação ou algum processo de educação permanente que embasem pedagogicamente esses profissionais?

Esclarecemos que a sua participação não trará prejuízos à sua pessoa, procurar-se-á o mínimo de riscos possíveis, podendo existir tão somente os riscos de desconforto ou constrangimento durante as entrevistas individuais, seja pela exposição ou por não saber responder às indagações, invasão de privacidade, perda de tempo, exposição da identidade. Contudo, procurar-se-á minimizar estes riscos: As entrevistas semiestruturadas serão gravadas em áudio, contudo somente após sua prévia autorização. Os procedimentos utilizados não oferecem risco à sua dignidade e integridade física ou mental.

Serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e não haverá, portanto, a divulgação personalizada das informações prestadas. O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua autorização por escrito.

O estudo não trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio. Como possíveis benefícios ao participar da pesquisa tem-se a contribuição para novas reflexões e abordagens críticas com relação à construção de saberes e práticas no desenvolvimento da função de preceptoria na ESF, na perspectiva da integralidade. Espera-se, pois, com esta pesquisa contribuir para a avaliação e reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde que se inserem nesse contexto, a qual deve ser pautada na integralidade das ações, bem como apresentar dados e informações que poderão suscitar novas pesquisas, reflexões e discussões.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, perda de direitos ou diferença na assistência prestada pelo profissional/pesquisador.

Caso o participante tenha algum gasto ou dano decorrente da pesquisa ele será ressarcido e indenizado sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira.

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC e tem como objetivo investigar os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade, a partir dos discursos dos profissionais preceptores na ESF de um município de médio porte do Nordeste Brasileiro. E, mais especificamente, conhecer as principais motivações que os preceptores do serviço têm para exercer tal função, identificar as potencialidades e limitações técnicas e pedagógicas que esse profissional enfrenta no seu cotidiano para desenvolver a função de preceptor e por fim investigar como o preceptor percebe sua função de agente formador na saúde e mediador na relação ensino-serviço-comunidade.

O estudo se justifica a partir da importância do papel do preceptor como articulador do processo ensino-serviço-comunidade, nos processos formativos de profissionais da saúde com olhar para integralidade nas ações, e qualificados para o atendimento ao usuário do SUS. Essa pesquisa foi impulsionada a questionar porque entre os profissionais da ESF do município de Mossoró que desenvolve a função de preceptoria encontram dificuldades para o exercício dessa função? Quais suas limitações, fragilidades e diferentes motivações? Existe preparação ou algum processo de educação permanente que embasem pedagogicamente esses profissionais?

Sendo assim, acredita-se que compreender como vem se dando, no município de Mossoró/RN, as atividades de preceptoria dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (Enfermeiros, Médicos e Assistente Social), quais as dificuldades e nós críticos para uma efetiva articulação ensino, serviço e comunidade, será de extrema relevância dado o impacto que essa atividade traz

para a organização do processo de produção em saúde nos seus diversos níveis de complexidade.

Espera-se, pois, com esta pesquisa, contribuir de maneira efetiva com propostas que venham subsidiar a consolidação das Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSF) como cenários de integração ensino/serviço/comunidade na perspectiva do “reconhecimento dos equipamentos de saúde como espaços de ensino, agregando-se aprendizagem significativa nas práticas de saúde” (DEMARZO et al, 2009, p.229). Ao compreender a articulação ensino-serviço-comunidade considerando a perspectiva dos preceptores de unidades de atenção primária à saúde, poderá contribuir para a avaliação e reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde que se inserem nesse contexto, a qual deve ser pautada na integralidade das ações, bem como apresentar dados e informações que poderão suscitar novas pesquisas, reflexões e discussões.

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN.

Os dados dessa pesquisa serão utilizados para investigação, publicação e divulgação a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais. Uma cópia desse consentimento será arquivado pela pesquisadora responsável, por um período mínimo de 5 anos.

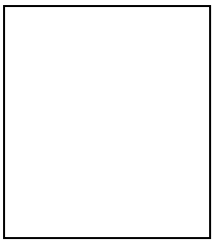
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____,
CPF n° _____ declaro que após ter sido esclarecido (a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa **O SENTIDO DE SER PRECEPTOR NAS EXPERIÊNCIASDE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE DE UM MUNICIPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: DESAFIOS A EDUCAÇÃO NA SAÚDE.**

Mossoró/RN, ____/____/____

Assinatura do Entrevistado

Janaíne Oliveira
(Pesquisadora Responsável)



Polegar Direito do Entrevistado
(se necessário)

APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Número do Roteiro da Entrevista:
2. Idade:
3. Formação profissional:

   Se pós-graduado, em qual área?
4. Qual a sua experiência profissional?
5. Quanto tempo de atuação na ESF?
6. Tempo de atuação como preceptor na ESF?
7. Tem alguma formação profissional ou capacitação de educação em saúde? Você recebeu alguma formação para desenvolver a atividade de preceptoria?
8. Para você, o que é ser preceptor? Quais as atribuições de um preceptor da ESF?
9. Como foi sua primeira experiência como preceptor na ESF?
10. Você considera importante a função de preceptor, para sua prática profissional? E para formação em saúde de um modo geral?
11. É dada a você a opção de não ser preceptor? Como foi o processo de tornar-se preceptor?
12. Quais as suas motivações em desenvolver essa função? E quais as dificuldades?
13. Você se sente preparado para exercer a função? O que julga importante ter para ser um preceptor na ESF?
14. Você acha que ter o profissional do serviço como preceptor na ESF faz diferença para comunidade? E para o estudante?

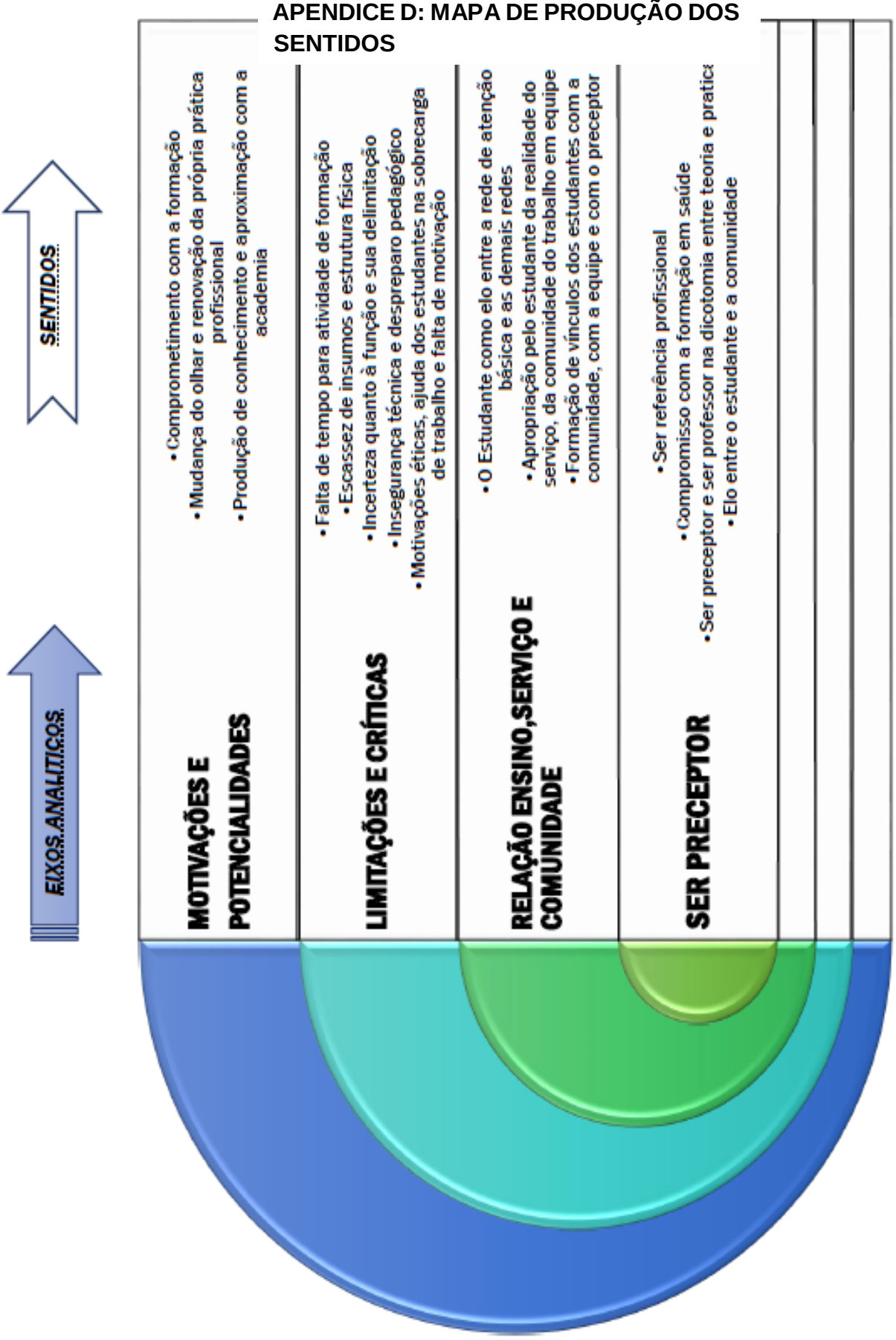
APÊNDICE C: PERFIL DOS PRECEPTORES PARTICIPANTES

PROFISSÕES	***TEMPO DE FORMAÇÃO***	***PÓS GRADUAÇÃO***	***TEMPO DE ATUAÇÃO ESF***	***TEMPO DE PRECEPTORIA***	***CAPACITAÇÃO PARA ATUAR COMO PRECEPTOR***
Médico 1	19 anos	Medicina da família e comunidade	12 anos	7 anos	Capacitação de preceptoria para residência médica
Médico 2	15 anos	Medicina da família e comunidade	15 anos	10 anos	Não
Médico 3	18 anos	Pediatria	15 anos	8 anos	Não
Médico 4	9 anos	Medicina da família e comunidade	3 anos	3 anos	Não
Assistente Social 1	15 anos	Saúde da Família e Gestão do trabalho e Educação em saúde	15 anos	5 anos	Não
Assistente Social 2	21 anos	Gestão do trabalho	8 anos	5 anos	Não
Assistente Social 3	18 anos	Saúde da família	8 anos	5 anos	Não

Enfermeiro 1	30 anos	Saúde pública	10 anos	5 anos	Não
Enfermeiro 2	22 anos	Saúde da família, enfermagem do trabalho	18 anos	8 anos	Preceptoria pelo Sírio Libanês
Enfermeiro 3	13 anos	Saúde da família, obstetrícia e saúde pública	12 anos	8 anos	Não
Enfermeiro 4	10 anos	Obstetrícia e em educação em saúde. Mestrado em SF	10 anos	8 anos	Não
Enfermeiro 5	14 anos	Gestão da clinicas e enfermagem do trabalho	14 anos	3 anos	Não
Enfermeiro 6	13 anos	Saúde da família	10 anos	8 anos	Não
Enfermeiro 7	22 anos	Saúde da família e educação em saúde	5 anos	3 anos	Não
Enfermeiro 8	12 anos	Saúde da família e saúde pública	12 anos	7 anos	Não

Enfermeiro 9	13 anos	Oncologia	8 anos	4 anos	Não
Enfermeiro 10	15 anos	Saúde coletiva	15 anos	6 anos	Não
Enfermeiro 11	12 anos	Saúde da família e UTI	11 anos	7 anos	Não
Enfermeiro 12	13 anos	Saúde da família	10 anos	6 anos	Preceptoria no SUS pelo Sírio Libanês
Enfermeiro 13	20 anos	Saúde da família, educação em saúde e em processos educacionais	20 anos	3 anos	Preceptoria no SUS pelo Sírio Libanês
MÉDIA	16 anos		11 anos	5 anos	

APENDICE D: MAPA DE PRODUÇÃO DOS SENTIDOS



ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SENTIDO DE SER PRECEPTOR NAS EXPERIÊNCIASDE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE DE UM MUNICIPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: DESAFIOS A EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Pesquisador: JANAINE MARIA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47323115.4.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.255.714

Apresentação do Projeto:

Pesquisa descritiva, exploratória e abordagem qualitativa, com entrevistas pessoais semi-estruturadas a 126 profissionais de nível superior que atuam em alguma das 21 Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró/RN, que desenvolvam atividades de preceptoria e/ou supervisão de alunos em atividades da graduação com a finalidade de investigar os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade, a partir dos discursos dos profissionais preceptores na ESF de um município de médio porte do Nordeste Brasileiro.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as principais motivações que os preceptores do serviço tem para exercer tal função; Identificar as potencialidades e limitações técnicas e pedagógicas que esse profissional enfrenta no seu cotidiano para desenvolver a função de preceptor; Investigar como o preceptor percebe sua função de agente formador na saúde e mediador na relação ensino-serviço-comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previsíveis são os de constrangimento e de perda de privacidade, que foram mencionados pela pesquisadora no projeto e no TCLE, assim como as medidas para a sua

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

minimização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa está delineada de forma adequada e os riscos são mínimos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram submetidos todos os documentos necessários, incluindo declaração de anuência da Secretaria Municipal de Saúde e declaração de consentimento de gravação de voz.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram respondidas adequadamente, pelo que o projeto foi aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_533557.pdf	10/09/2015 10:55:34		Aceito
Outros	cartaencaminhamento.docx	10/09/2015 10:49:43	JANAINE MARIA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/09/2015 18:56:07	JANAINE MARIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ENTREVISTAmodificado.pdf	03/09/2015 18:52:19	JANAINE MARIA DE OLIVEIRA	Aceito

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

Continuação do Parecer: 1.255.714

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhadocep.pdf	03/09/2015 18:47:44	JANAINE MARIA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJanainemodificado.pdf	03/09/2015 18:41:33	JANAINE MARIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta de Anuência (corrigida).pdf	16/07/2015 23:08:51		Aceito
Outros	Solicitação carta de anuencia.pdf	11/06/2015 21:51:27		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO NÃO INICIO COLETA.pdf	11/06/2015 21:50:33		Aceito
Outros	Declaração gravação voz.pdf	11/06/2015 21:50:15		Aceito
Outros	Folha de identificação do pesquisador.pdf	11/06/2015 21:49:40		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	11/06/2015 21:47:00		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

NATAL, 02 de Outubro de 2015

Assinado por:
HELIO ROBERTO HEKIS
(Coordenador)

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