

**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa  
Curso de Doutorado em Enfermagem**

**OS SABERES QUE EMERGEM DA PRÁTICA SOCIAL DO ENFERMEIRO-  
PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**Por**

**Verônica Caé da Silva**

**Rio de Janeiro**

**2017**

**Verônica Caé da Silva**

**OS SABERES QUE EMERGEM DA PRÁTICA SOCIAL DO ENFERMEIRO-  
PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ligia de Oliveira Viana

Rio de Janeiro

Janeiro/2017

### CIP - Catalogação na Publicação

CS86s Caé da Silva, Verônica  
OS SABERES QUE EMERGEM DA PRÁTICA SOCIAL DO  
ENFERMEIRO-PRCEPTOR NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE / Verônica Caé da Silva. -  
Rio de Janeiro, 2017.  
197 f.

Orientadora: Lígia de Oliveira Viana.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio  
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem. 2. Preceptorias. 3. Ensino. 4.  
Residência Multiprofissional em Saúde. I. de  
Oliveira Viana, Lígia, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**OS SABERES QUE EMERGEM DA PRÁTICA SOCIAL DO ENFERMEIRO-  
PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Verônica Caé da Silva

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ligia de Oliveira Viana

Tese de Doutorado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 31 de janeiro de 2017.

Por:

---

Dr<sup>a</sup> Ligia de Oliveira Viana  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Gertrudes Teixeira Lopes  
Faculdade de Enfermagem/UERJ

---

Dr<sup>a</sup> Luciana Guimarães Assad  
Faculdade de Enfermagem/UERJ

---

Dr<sup>a</sup> Maria da Soledade Simeão dos Santos  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Elaine Franco dos Santos Araújo  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Luiza Mara Correia  
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Dedico este trabalho ao meu amado filho, **Emanuel**, presente de Deus para mim, que desde o meu ventre acompanhou grande parte deste estudo e me ajudou a viver este momento com muito mais alegria e leveza.

*“Que loucura, a vida virou pelo avesso  
Não imaginava o que estava por vir  
Me contaram, mas nem era o começo  
Do que seria te ter, aqui*

*Meus horários, meu sono, tudo  
Deixou de ser só meu, também pra ser teu  
Mas meu mundo se encheu de sorrisos  
E com alegria dos olhos teus*

*Se perguntarem se eu queria voltar  
Responderia, nem mesmo pensar  
Como seria mais, viver sem ter você*

*Hoje sou menos eu, pra ser mais pra você  
E isso me fez melhor  
Hoje sou menos eu, pra ser mais pra você  
E isso me fez ser melhor!*

*Roupas, brinquedos, choros, sorrisos  
Quero uma escola pra aprender a cuidar de você  
Parece ser um desafio impossível  
Mas também sinto que eu nasci pra te ter!*

*Você abalou minha estrutura mais firme  
Me fez dizer: Muito menos é meu  
Não penso mais o que farei nos meus dias  
Se não puder construir os seus!”  
(Mais pra você – Eliana Ribeiro)*

Ao meu esposo, **Marcos Vinicius**, e minha mãe, **Vera Caé**, por seu amor e sustento, eles que sempre cuidaram de mim e estiveram comigo do início ao fim. AMO VOCÊS!!!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e em todo tempo a Deus - Pai, Filho e Espírito Santo, que me honrou com essa conquista, apesar das minhas misérias e falhas e, a Virgem Maria, minha fiel intercessora e mãe amadíssima.

A todos os meus familiares, em especial, minha mãe, meu esposo, tia Glória, tia Cida, meu pai, minha irmã, Gaby, minha prima, Renata, e a todos os da Família Caé, Família Silva e Família Moura, que acreditaram em mim e me apoiaram, em especial nos dias em que eu mesma duvidara se conseguiria concluir mais esta etapa acadêmica.

A todos os meus amigos e suas famílias, sempre presentes e que nestes últimos anos, muitas vezes, compreenderam minhas ausências, preocupações e cansaço: Barbara e Márcia, representando o grupo “friends to the end”, que rezaram por mim; aos do núcleo do Grupo de Oração Samuel, pela intercessão; Daniela Matias; Grazielle de Souza; Solange Evangelista, Michele Cotrim e Ana Mello, representando as amigas constituídas no mundo do trabalho assistencial e que hoje o são para toda vida, pelas muitas risadas e lágrimas nas noites de plantão e pelas palavras de força e ânimo; Pacita e Giovane, representando o mundo do trabalho acadêmico, que abriu as portas para uma visão mais crítica sobre a realidade da educação.

A todos os meus afilhados e as crianças da minha vida: Emanuel, Laura, Laís, Maria Eduarda, Maria Fernanda, João Paulo, Breno, Caio, Miguel, Gisella, e aos mais novinhos, Isabela, Isaac e Guilherme ... todos lindos e fofos, que benção!!!

À minha amada professora de didática, Dra. Ligia de Oliveira Viana, pela paciência, confiança e carinho. Por estar comigo na graduação, no mestrado e no doutorado, acreditando no meu sonho e em vários momentos da minha vida.

As professoras e amigas da EEAN, Maria da Soledade, Claudia Couto, Ann Mary, Alexandra Schmitt, pela disposição de sempre, por me ouvirem e socorrerem nestes anos todos. Com certeza vocês fazem parte da minha vida acadêmica e pessoal.

*“Se eu tentasse definir o quão especial tu és pra mim  
Palavras não teriam fim  
Definir o amor não dá  
Então direi apenas obrigado  
E sei que entenderás*

*Precioso és para Deus e para mim  
Se acaso precisar podes contar comigo  
Precioso és para Deus e para mim  
Que a fé de Deus nos faça eternos amigos”  
(Eternos Amigos – Anjos de Resgate)*

Aos colegas do Hospital Federal de Bonsucesso, da Saúde da Família da Prefeitura de Duque de Caxias, em especial, o CASF Parada Morabi e o PSF Jardim Gramacho, da Unigranrio e da ALERJ, pelo apoio e incentivo para permanecer estudando e buscando aperfeiçoamento.

A todos os usuários dos serviços de saúde, que me motivam até hoje.

Às queridas professoras, Maria Manuela Cardoso, Neiva Picinini e Lúcia de Fátima Andrade, a todo Departamento de Metodologia de Enfermagem e aos colegas do NUPESenf. A toda equipe da pós-graduação da EEAN/UFRJ, em especial a Prof<sup>ª</sup> Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune e Prof<sup>ª</sup>. Dra. Tânia Cristina Franco Santos e as secretárias Cintia Nóbrega G. de Sá e Sônia Maria Xavier.

Às Doutoradas Gertrudes Teixeira Lopes, Luciana Guimarães Assad, Geilsa Valente, Elaine Franco dos Santos Araújo, Lina Márcia, Luiza Mara Correia, Adriana Lenho, pela participação na construção deste estudo e pela doação generosa de seu tempo. O Senhor abençoe vocês hoje e sempre.

A todos os preceptores, docentes, coordenadores, tutores e residentes em saúde do HESFA e das Clínicas da Família do Rio de Janeiro, que contribuíram com este estudo. As secretárias e aos demais profissionais que trabalham nos diversos setores do HESFA, pelo respeito, acolhimento e carinho.

**MUITO OBRIGADA, DE TODO CORAÇÃO!!! Sem vocês não seria possível!!!**

Peço humildemente ao Senhor que continue abençoando a todos, aos lembrados e também aos esquecidos nestes agradecimentos. Obrigada Senhor! Assim seja!

Verônica Caé

**PARA TUDO HÁ UM TEMPO,**

**PARA CADA COISA HÁ UM MOMENTO DEBAIXO DOS CÉUS:**

*tempo para nascer, e tempo para morrer;  
tempo para plantar, e tempo para arrancar o que foi plantado;  
tempo para matar, e tempo para sarar;  
tempo para demolir, e tempo para construir;  
tempo para chorar, e tempo para rir;  
tempo para gemer, e tempo para dançar;  
tempo para atirar pedras, e tempo para ajuntá-las;  
tempo para dar abraços, e tempo para apartar-se;  
tempo para procurar, e tempo para perder;  
tempo para guardar, e tempo para jogar fora;  
tempo para rasgar, e tempo para costurar;  
tempo para calar, e tempo para falar;  
tempo para amar, e tempo para odiar;  
tempo para a guerra, e tempo para a paz.  
Que proveito tira o trabalhador de sua obra?  
Eu vi o trabalho que Deus impôs aos homens:  
Todas as coisas que Deus fez são boas, a seu tempo.  
[...] eu concluí que nada é melhor para o homem do que  
alegrar-se e procurar o bem-estar durante sua vida;  
e que comer, beber e gozar do fruto de seu trabalho  
é um dom de Deus.*

Eclesiastes  
Capítulo3

## RESUMO

SILVA, Verônica Caé da. Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O objeto do presente estudo é a prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde -RMS. Objetivos: descrever a prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde; analisar o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor implicados na prática social educativa da Residência Multiprofissional em Saúde; discutir o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor para a prática social educativa no espaço de construção multiprofissional em saúde. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cuja estratégia metodológica foi o Estudo de Caso Único. O cenário foi uma instituição de saúde de uma universidade pública localizada no Rio de Janeiro e, os participantes: 11 enfermeiros-preceptores, 02 profissionais preceptores de outras categorias, 06 tutores, 04 coordenadores, 02 docentes e 21 residentes dos 02 programas de RMS da instituição cenário: Saúde da Mulher - SM e Saúde da Família e Comunidade - SFC. A coleta de dados ocorreu de setembro/2014 a outubro/2015 por meio de entrevista aos participantes, observação direta e documentação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), em respeito à Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A partir da base teórica, Pedagogia Histórico-Crítica Social dos Conteúdos de Dermeval Saviani, e das demais referências sobre a temática, os dados foram analisados e categorizados os resultados em 03 unidades, com análise temática: os atores sociais da Residência Multiprofissional em Saúde do HESFA; a prática docente assistencial do enfermeiro-preceptor na RMS; os saberes que emergem do trabalho educativo do enfermeiro-preceptor na RMS. Do presente resultou a seguinte tese: A Prática Social Educativa do Enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde ocorre em concretude com os residentes, sendo desenvolvida com base em conhecimentos específicos, atitudinais e crítico contextuais, requerendo formação permanente para aprimoramento das ações contidas nos projetos de ensino dos programas.

**Descritores:** Enfermagem; Ensino; Preceptoría; Internato não médico.

## ABSTRACT

SILVA, Verônica Caé da. The knowledge that emerges from the social practice of the nurse-preceptor in the Multiprofessional Residence in Health. Thesis (Doctorate in Nursing) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The object of the present study is the social educational practice of the nurse-preceptor in the Multiprofessional Residency in Health – RMS. Objectives: to describe the social educational practice of nurse-preceptor in Multiprofessional Residency in Health; to analyze the knowledge domain of the nurse-preceptor involved in the social educational practice of the Multiprofessional Residency in Health; to discuss the domain of nurse-preceptor knowledge for the social educational practice in the space of multiprofessional construction in health. Qualitative, descriptive and exploratory study, whose methodological strategy was the Single Case Study. The scenario was a health institution of a public university located in Rio de Janeiro and, participants: 11 nurses-preceptors, 02 preceptors of other categories, 06 tutors, 04 coordinators, 02 teachers and 21 residents of the 02 RMS programs of the setting institution: Women's Health - SM and Family and Community Health – SFC. Data collection took place from september/ 2014 to october/2015 through an interview with participants, direct observation and documentation. The project was approved by the Ethics and Research Committee of the Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), in compliance with Resolution 466/2012 of the National Health Council. Based on the theoretical basis, Pedagogy History-Social Critic of the Contents of Dermeval Saviani and the other references on the subject, the data were analyzed and the results were categorized into 03 units, with thematic analysis: The social actors of the HESFA Multiprofessional Health Residency; the nurse-preceptor teaching practice at RMS; the knowledge that emerge from the educational work of the nurse-preceptor in RMS.

The present thesis was the following: The Social-Educational Practice of Nursing-preceptor in Multiprofessional Health Residency is concretized with residents, being developed based on specific knowledge, attitudinal and critical contextual, requiring permanent formation to improve the actions contained in the projects Programs.

**Keywords:** Nursing; Teaching; Preceptorship; Internship, Nonmedical.

## RESUMEN

SILVA, Verônica Caé da. El conocimiento que surge de la práctica social de la enfermera-preceptor en el Multidisciplinar Residencia en Salud. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

El objeto de este estudio es la práctica social y educativo de la enfermera-preceptor en la Multidisciplinar Residencia en Salud -RMS. Objetivos: Describir la práctica social y educativo de la enfermera-preceptor en la Multidisciplinar Residencia en Salud; analizar el campo de la enfermera -preceptor del conocimiento involucrado en la práctica social educativa de Multidisciplinar Residencia en Salud; discutir el campo de conocimiento de la enfermeira-preceptor para la práctica social educativa en el espacio de construcción multidisciplinaria en la salud. Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, cuya estrategia metodológica fue el único estudio de caso. El escenario era una institución de salud de una universidad pública ubicada en Río de Janeiro y participantes: 11 enfermeras-preceptor, 02 mentores profesionales de otras categorías, 06 tutores, 04 coordinadores, 02 profesores y 21 residentes de 02 programas RMS de la institución escenario: Salud de la Mujer - SM y de Salud Familiar y Comunitaria – SFC. Los datos fueron recolectados a partir de septiembre / 2014 a octubre / 2015 por los participantes de entrevistas, observación directa y la documentación. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery (EEAN), con respecto a la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. A partir de la base teórica, Pedagogía Social histórico-crítico de Contenidos de Dermeval Saviani, y las otras referencias sobre el tema, los datos se analizaron y se clasifican los resultados en 03 unidades, con análisis temático: los actores sociales de la Multidisciplinar Residencia en Salud del HESFA; práctica instructor asistencia la enfermeira-preceptor en RMS; el conocimiento que surge de la labor educativa de la enfermeira-preceptor en RMS. Esto resultó en la siguiente tesis: Educativa práctica social la enfermera-preceptor en la Multidisciplinar Residencia en Salud se produce en concreto con los residentes, se desarrolla sobre la base de un conocimiento específico, de actitud y de contexto crítico que requiere la educación continua para la mejora de las acciones contenidas en los proyectos educativos de los programas.

**Palavras-chave:** Enfermería; Enseñanza; Preceptoria; Internado no Médico.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	13
<b>Considerações Iniciais</b>	18
<b>Capítulo 1</b>	30
<b>O Contexto da Formação em Saúde: preceptoria em enfermagem na Residência Multiprofissional</b>	
1.1 Residência na Área da Saúde	31
1.2 Residência Multiprofissional e a Preceptoria em Saúde e Enfermagem	36
1.2.1 Uma apresentação gráfica das produções científicas sobre a preceptoria do enfermeiro na Residência Multiprofissional em Saúde	40
1.3 Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade em Saúde	47
<b>Capítulo 2</b>	50
<b>Referencial Teórico</b>	
<b>Capítulo 3</b>	57
<b>Referencial Metodológico</b>	
3.1 O HESFA Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis	69
<b>Capítulo 4</b>	74
<b>Apresentação e Análise dos achados</b>	
4.1 Os atores sociais da Residência Multiprofissional em Saúde do HESFA	75
4.2 A prática docente assistencial do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde	96
	106
4.2.1 As facilidades para exercício da preceptoria pelo enfermeiro	110
4.2.2 As dificuldades para exercício da preceptoria pelo enfermeiro	117
4.2.3 A capacitação para o exercício da preceptoria pelo enfermeiro	126
4.3 Os saberes que emergem do trabalho educativo do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde	153
<b>Capítulo 5</b>	153
<b>Proposta de Intervenção Educativa</b>	
<b>Considerações Finais</b>	167
<b>Referências</b>	173
APÊNDICE A- Roteiro de entrevista semi-estruturada ao enfermeiro-preceptor	190
APÊNDICE B- Roteiro de entrevista semi-estruturada ao profissional	191

APÊNDICE C- Instrumento para levantamento dos dados documentais	192
APÊNDICE D- Diário de observação direta	193
APÊNDICE E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE	194
ANEXO A- Carta de Anuência	196
ANEXO B- Parecer Consubstancial do CEP	197

## **Apresentação**

*Não se pode fazer grandes coisas. Só se pode fazer  
pequenas coisas com grande amor.  
Madre Teresa de Calcutá*

### **Trajatória pessoal e aproximação à temática abordada**

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem, sempre direcionei minhas buscas para a educação e ensino em saúde, cursando disciplinas eletivas e estágios extra-curriculares afins. No Projeto DENTESCOA<sup>1</sup>, conheci o terceiro elemento participante da minha formação como acadêmica, o preceptor. O interesse pelo estudo da preceptoria ocorreu de forma surpreendente, pois, era acompanhada e supervisionada diretamente por cirurgiões dentistas, no desenvolvimento de minha prática social para promoção da saúde dos escolares.

Ao me graduar mantive vínculo regular com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no intuito de concluir o Curso de Licenciatura Plena pela Faculdade de Educação, que forneceu bases iniciais para instrumentalização teórica e experiência em cenários práticos de Educação Básica, onde considero que comecei com concretude a realizar o movimento de ação-problema-reflexão-ação sobre o processo de ensinar e aprender na grande área das Ciências da Saúde e área da Enfermagem.

No ano de 2004, após a graduação em Enfermagem, pude experienciar a modalidade de treinamento supervisionado, denominada residência, cercada pelo cuidado e ensino de diversos preceptores, em dois cenários distintos: no Hospital Naval Marcílio Dias (da Marinha do Brasil, em convênio com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro) e no Hospital Universitário Pedro Ernesto (da Universidade Estadual do Rio de Janeiro).

Na primeira instituição me detive somente por dois meses, e caso concluísse receberia a certificação de pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica; na segunda permaneci pelo tempo determinado no concurso (dois anos) e recebi a certificação de treinamento em serviço nos moldes de residência, pois, à época não estava ainda com reconhecimento para conferir a especialização de seus cursistas, apesar de incluir em seu programa aulas teóricas semanais e trabalho de conclusão.

Uma das principais razões que me fizeram optar pela segunda instituição foi a possibilidade de atuar no âmbito da atenção básica, minha área de interesse profissional, e em equipe multidisciplinar num programa de saúde voltado à clientela adolescente. Éramos três residentes de Enfermagem, com residentes de Medicina, Serviço Social, Nutrição e

---

<sup>1</sup> O projeto DENTESCOA foi criado em março de 2001, quando a coordenação de saúde bucal da Prefeitura do Rio de Janeiro incorporou no cotidiano da rede de atenção básica procedimentos coletivos em escolas do ensino fundamental e creches, vinculando-os ao SUS, que utilizava a educação em saúde com vista à promoção no ambiente escolar com Dentistas preceptores e acadêmicos de diversos cursos de saúde.

Psicologia. A residência era na área específica de Enfermagem e tinha um enfermeiro-preceptor supervisor em cada cenário (ambulatório, escola e enfermaria clínica-cirúrgica), mas, trabalhávamos muito em equipe e aprendi também com os preceptores de diferentes profissões, em especial nas discussões de casos clínicos que ocorriam às segundas-feiras pela manhã e, também participei da criação de um serviço de pré-natal para as gestantes, especificamente na faixa etária de 15 a 18 anos. Este movimento suscitou a participação em eventos científicos e motivação suficiente para perceber o quanto era satisfatório o trabalho, ser enfermeira, mesmo que recém-graduada, residente com uma prática social de caráter sincrético.

Além disso, desde 2004 trabalho como enfermeira num hospital federal de alta complexidade que recebe profissionais da saúde para realizar curso de especialização nos moldes de residência uni-profissional e atuo como preceptora. Também atuei na docência e preceptoria de graduandos em Enfermagem, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Duque de Caxias/RJ, de 2006 a 2013, com vínculos respectivamente em uma universidade privada e na prefeitura municipal, este último como concursada.

Nesta equipe vivencio o cotidiano relacionamento com diferentes agentes sociais – usuários do serviço de saúde, médico, técnica em enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, farmacêutica, auxiliar de farmácia, agente administrativo, auxiliares de serviços gerais e auxiliar de portaria – e a complexidade do trabalho multiprofissional, com seus dilemas, desafios e conquistas. Sendo assim, o caminho até aqui explicitado permitiu-me ingresso e conclusão do curso de mestrado em Enfermagem, estudando a prática pedagógica do enfermeiro-preceptor junto aos graduandos de enfermagem (SILVA, 2011).

Por ocasião da dissertação de mestrado pude experienciar o contato com enfermeiros que registraram conseguir desenvolver uma prática pedagógica na preceptoria mais completa, ou seja, desde as fases de planejamento, organização de conteúdos, escolha de estratégias de ensino e aprendizagem até a avaliação, com os estudantes residentes. Tal fato não foi verificado em sua totalidade com os graduandos, na percepção dos enfermeiros respondentes.

Na instituição cenário de produção dos dados do mestrado, um hospital de ensino de uma universidade pública do Rio de Janeiro, a residência ocorria nas áreas de Oncologia – de um instituto federal de saúde, que mantinha convênio para os residentes enfermeiros vivenciarem a consulta ginecológica, que oportunizava a coleta de material para exame

colpocitológico de colo uterino e ações para prevenção do câncer de mama; de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher; e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade.

A abordagem dos enfermeiros-preceptores durante as entrevistas para a dissertação indicou a necessidade de participação e envolvimento com a academia e evidenciou o clamor pela sua valorização, como agente social que assume a função de educador, nunca deixando de ser educando, pois, o movimento é mesmo de idas e vindas.

Os enfermeiros apontaram que no ensino dos profissionais residentes haviam impressos dos quais eles eram responsáveis pelo preenchimento, eles avaliavam os aprendizes e o contato com os mesmos era mais prolongado do que com os graduandos, permitindo inserção de seu ponto de vista no processo de ensino e maior valorização da sua figura como preceptor.

A necessidade de inter-relação e comunicação dos profissionais preceptores da instituição de saúde com outros profissionais também foi identificada como demanda na dissertação, para articular as ações de ensino, o que penso se fazer presente nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), pois, como será apresentado em capítulo a seguir, conta com a atuação de preceptores, docentes, tutores, residentes, entre outros.

Por ocasião da produção de dados no acervo documental analisado, percebi maior transparência e facilidade de registro das atividades desenvolvidas junto à residência no hospital de ensino cenário do estudo de mestrado. Portanto, a preceptoria atrelada à RMS emergiu de modo significativo nas respostas dos enfermeiros quando questionados sobre o desenvolvimento da prática.

Ao me aproximar das bases teóricas e em alguns dos estudos filosóficos de Saviani (2005a), identifiquei, na conclusão do curso de mestrado em Enfermagem, que restou uma lacuna em apurar a prática social educativa do preceptor na residência, o que não foi possibilitado pelo tempo limite do curso e pela minha própria fragilidade na construção de estudos científicos.

A presente tese de doutorado em Enfermagem, que emergiu dos resultados do Mestrado e das minhas inquietações no contexto da trajetória acadêmica e profissional, parte da necessidade de conhecer a resposta para uma questão: como o enfermeiro-preceptor desenvolve sua prática social educativa junto aos diversos agentes na Residência Multiprofissional em Saúde?

Deste modo, inicialmente, trazemos a delimitação do objeto de estudo; no primeiro capítulo apresentamos o contexto da formação em saúde, com foco para Residência em Saúde, Preceptorial e Multiprofissionalidade; no segundo tratamos do referencial teórico utilizado, Dermeval Saviani e suas contribuições para o ensino da saúde; no terceiro capítulo indicamos o percurso metodológico trilhado para realização da pesquisa; no quarto capítulo a apresentação e análise dos achados do estudo; no quinto capítulo, um projeto de intervenção educativo criado para aplicabilidade em espaços de desenvolvimento de processo de ensino e aprendizagem que conte com a atuação de profissionais como preceptores e, as considerações finais.

## Considerações Iniciais

*... implora a ajuda de Deus para tudo o que  
iniciar... O tempo do trabalho que começa tem uma  
qualidade peculiar: respira o frescor do inusitado e  
tem a esperança no sucesso da obra.*

*Anselm Grün*

### Contextualizando o objeto de estudo

A residência em saúde é uma modalidade de experiência prática remunerada em serviço, possibilitada, em sua maioria, aos recém-graduados de diversas categorias profissionais: Biologia, Biomedicina, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Psicologia, Farmácia, Educação Física, Medicina, Medicina Veterinária, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

A atuação dos graduados como residentes pode se firmar em termos legais nos moldes de treinamento profissional *in loco* ou estar atrelada a um Curso de Pós-graduação *Lato Sensu*<sup>2</sup>, tendo o estudante que assumir o compromisso de frequentar disciplinas teóricas, prestar assistência à saúde aos indivíduos num cenário de cuidado, participar de encontros com mestres e ou doutores para orientação e apresentar um trabalho de conclusão ao final, a fim de receber a certificação na área prática vivenciada (conforme legislação vigente de cada Conselho Federal profissional) e na qual se debruçou durante os dois anos previstos.

Os primeiros programas de residência, como modalidade de ensino e aprendizagem em serviço emergiram em 1940 e foram instituídos legalmente no Brasil para área de Medicina em 1977, seguindo padrões norte-americanos de formação de especialistas, hábeis tecnicamente em dada área de conhecimento hospitalar e, são considerados até hoje como padrão de excelência para especialização médica (BRASIL, 2010c).

Com base, igualmente, no mesmo modelo flexneriano<sup>3</sup>, de assistência compartimentalizada, centrada na resolução de problemas físicos específicos, voltado ao ensino tradicional que atende às demandas hospitalocêntricas em saúde e, a partir do êxito das residências médicas, em 1960 foi criada a residência de Enfermagem, sendo regulamentada somente em 2001 pela Resolução nº 259 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2001, *s.p.*).

Na década de 1977, reconhece-se na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, o primeiro movimento nacional para formação de profissionais em nível de pós-graduação num

---

<sup>2</sup> As pós-graduações *lato sensu* compreendem programas de especialização [...]. Com duração mínima de 360 horas e ao final do curso o aluno obterá certificado, [...] abertos a candidatos diplomados em cursos superiores e que atendam às exigências das instituições de ensino. (MEC, 2012, *s.p.*)

<sup>3</sup> É um modelo de saúde, baseado no relatório do mesmo nome e datado de 1910, que orientou a organização das escolas médicas nos EUA. Tem como características a fragmentação do ser humano, ao focalizar a atenção na 'parte afetada do corpo', e influenciou não apenas a medicina, mas o conjunto das profissões de saúde, em maior ou menor grau, bem como a organização do trabalho coletivo institucional. (EPSJV, 2006, p. 93)

modelo de residência multiprofissional (que inclui no mínimo três profissões da saúde) que, em 1990, por razões políticas e econômicas, especialmente a diferença de remuneração e carga horária dos residentes médicos e não-médicos, extinguiu-se (BRASIL, 2010).

Acompanhando os movimentos sócio-político-econômicos de reestruturação da saúde pública e as diretrizes educacionais no país (as do Conselho Nacional de Educação – CNE), com destaque para a formação de novos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), em 2005, foi promulgada a Lei nº 11.129, que criou as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde (inclui uma única categoria profissional), englobando treze profissões, excetuando a Medicina (BRASIL, 2005).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é conceituada como um modo de formação que congrega pessoas de diferentes categorias e áreas profissionais (da saúde ou com interface nela) na educação, trabalho e saúde em equipe.

... de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de superar a segmentação do conhecimento e do cuidado/ atenção em saúde. Essa modalidade de formação profissional oferece titulação em pós-graduação lato sensu, utilizando-se como metodologia de ensino-aprendizado a formação em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão (trabalho educativo). (BRASIL, 2010c, p.64)

A modalidade de ensino e aprendizagem, reconhecida como residência, independente do formato, para que seja implementada e estabelecida de forma efetiva nos vários cenários de prática de cuidado em saúde brasileiros, desde os destinados à atenção básica até a alta complexidade do SUS, conta com a participação dos profissionais inseridos nos serviços, que são denominados preceptores.

Quanto à preceptoria esta pode ser compreendida como a atuação do profissional de nível superior de saúde nas seguintes etapas: planejamento, construção do Projeto Pedagógico (PP), organização das atividades, supervisão direta e avaliação do desempenho contínuo dos estudantes de graduação e pós-graduação, durante a vivência de práticas de cuidado em saúde voltadas à população.

Para acompanhar os residentes em suas atividades, o preceptor deve ser um profissional com vínculo empregatício na instituição de saúde e, de modo especial, com uma visão sintética e concreta da realidade – que é dinâmica, construída no centro da prática social por seus distintos agentes (residentes, os próprios preceptores, docentes, tutores, usuários, familiares e demais funcionários do serviço de saúde).

Neste sentido, espera-se que o preceptor seja um profissional habilitado, especialista

na área de concentração na qual o residente vivenciará as ações de saúde, ou com tempo de serviço que configure e solidifique a posição de experiente em dada área, que tenha domínio dos instrumentos teóricos e práticos de sua profissão. Destarte, o preceptor será uma influência positiva, modelo de profissional que colabora, com sua prática<sup>4</sup>, no processo educativo e na inserção de novos agentes para o mundo do trabalho.

A partir da leitura de Trezza, Santos e Leite (2008), é possível identificar que uma das características que definem o trabalho da enfermagem é a de ser uma prática social, pois, desde seus primórdios, de modo comprometido, seus profissionais contribuem para o desenvolvimento da sociedade. Para as autoras, a prática social é uma ação importante que se firma por meio das relações entre os seres humanos.

A prática social [...] se desenvolve em resposta a um interesse e/ou necessidade da pessoa e da sociedade, exercida por seus praticantes sobre o objeto do seu fazer, através da qual estabelecem relações, aplicam o seu saber como forma de transformar uma realidade concreta. Esses praticantes, ao participar desse processo de transformação, transformam-se também. (TREZZA, SANTOS E LEITE, 2008, p.906).

Ao assumirem a responsabilidade pela preceptoria na residência multiprofissional, os enfermeiros podem, portanto, vivenciar um processo de transformação pessoal e do seu entorno, no desenvolvimento de um trabalho educativo como prática social. Para isto, é essencial abandonar a compreensão ingênua (muitas vezes presente nos discursos) que está atrelada à ideia de que todo enfermeiro, no encontro com uma pessoa em formação, por si só possui habilidades e competências para atuar como educador.

Nesse aspecto, existe um desafio que parte do reconhecimento da estrutura organizacional da instituição onde ocorre o programa de RMS – considerando a atual conjuntura política educacional e de saúde no país e local – incluindo o olhar atento para o profissional enfermeiro, quem é, o que faz, de que modo faz, e, em especial, como é instrumentalizado para desempenhar o trabalho educativo na preceptoria.

Importante salientar que o treinamento dos residentes em serviço pode se instituir de modo verticalizado, biologicista e ser reprodução de formatos pedagógicos cursados por seus preceptores e, estes podem ser elementos de entrave, constituintes de um profissional acrítico e com dificuldade de reflexão sobre a prática.

---

<sup>4</sup> "**prática** [...] 1. Que diz respeito à ação. Ação que o homem exerce sobre as coisas, aplicação de um conhecimento em uma ação concreta, efetiva. Ex.: "saber prático". Conhecimento empírico, saber fazer algo. Ex.: "prática pedagógica"..." (JAPIASSÚ e MARCONDES, 2001, p.155)

De outro modo, se elaborado horizontalmente, com o cuidado centrado na pessoa e em pilares do SUS, tais como: integralidade, participação social, equidade e resolutividade, com produção coletiva relevante, que advém de um processo de síntese e análise, as atividades da residência podem devolver para sociedade brasileira um profissional capaz de responder às demandas e identificar às suas necessidades de saúde, por vezes não percebidas. E, para a comunidade científica, apresentar um trabalhador interessado em participar do desenvolvimento de novas ferramentas para melhoria da profissão.

Por conseguinte, estará indo ao encontro do estabelecido na Resolução nº 2/2012, que esclarece que os programas de RMS e em área profissional da saúde, foram criados objetivando "... *favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS*" (BRASIL, 2012b, p. 24).

Um estudo específico sobre a residência em Enfermagem, em um serviço do Estado do Rio de Janeiro, também indicou (antes mesmo da legitimação da RMS) que as instituições executoras de treinamento, "... *devem estar preparadas para receber [...] recém-formados em sua maioria, para serem preparados para o mercado de trabalho, buscando entendê-los em um contexto amplo, discutindo-o e transformando-o*" (CILYNDRO et al, 2000, p.113).

Este contexto amplo envolve as dimensões pessoal, familiar, econômica, social e profissional. Os serviços de treinamento, ou melhor, os profissionais do serviço precisam compreender a pessoa do residente como alguém que fez opção por aprender a especificidade de dada área de atuação, não num curso teórico, de duração e encontro espaçados, mas, imerso em um modelo que exige dedicação exclusiva de 60 horas semanais para tal aprendizagem, durante um tempo mínimo de 24 meses, o que não é fácil.

O acolhimento do residente, que muitas vezes deixa sua casa, família, Município e até mesmo Estado de naturalidade (visto que no Brasil, há ainda uma predominância de execução dos programas de residência na região sudeste<sup>5</sup>) para estar no cenário real e de ensino e aprendizagem em saúde profissional e multiprofissional é prerrogativa para um trabalho educativo e colaborativo promissor por parte do preceptor.

Neste sentido, tanto para educadores quanto para educandos, os objetivos educacionais devem estar claros, reconhecendo que os últimos não podem meramente ser reprodutores das

---

<sup>5</sup> Confere com a Portaria nº 160, de 14/11/2012, da Secretaria de Educação Superior, que apresenta o resultado do processo de seleção de programas que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para RMS e em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2012c).

ações dos modelos de profissionais da área de conhecimento e nem “passar” pelo serviço, saindo com o certificado de “especialista”, sem deixar também um pouco de si e sua estória, no espaço vivo de produção do saber sistematizado. O enfermeiro-preceptor precisa de formação, para atuar como educador, o que facilitará o alcance deste saber elaborado ao residente.

Dentre os muitos componentes que contemplam as residências, a preceptoria assume uma vital importância, e há que se preocupar como os enfermeiros estão sendo capacitados para propiciar discussões com os recém-graduados e com os demais atores sociais da RMS para a ampliação da liberdade e crítica profissional. O educador e filósofo Dermeval Saviani com seus escritos, nos auxilia na compreensão de que as necessidades humanas, que são concretas, é que vão determinar objetivos educacionais e que a educação visa a promoção humana. Ou seja, promover o indivíduo, seja em âmbito pessoal ou profissional, como neste caso, é "*... torná-lo capaz de conhecer cada vez melhor os elementos de sua situação para intervir nela transformando-a no sentido de uma ampliação da liberdade, da comunicação e colaboração entre os homens*" (SAVIANI, 2012, s.p.).

A residência pode então ser compreendida como um espaço oportuno de colaboração entre os profissionais, onde o mais experiente (preceptor) oferece oportunidade para que o recém-formado (residente) desenvolva suas "*peculiaridades para plena atuação e desenvolvimento de postura*" e, nesta relação de parceria entre protagonistas sociais, todos evoluem "*na construção do processo de formação profissional*" (PADILHA org, 2011, p.395).

Sendo assim, é necessário a existência de momentos para a formação profissional do enfermeiro visando a instrumentalização teórica e prática, para seu trabalho educativo na preceptoria. De acordo com preceitos da Resolução nº 2 (BRASIL, 2012b), para se efetivar nas instituições – denominadas executoras, as RMS devem propiciar integração ensino-serviço-comunidade, através de parcerias firmadas com todos os atores: residente, coordenador, docente, tutor, preceptor e usuário do serviço. Esta integração também pode ocorrer para capacitação do preceptor.

Ainda, os preceptores dos programas de RMS devem ter representação garantida no Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), tendo como atribuição o planejamento junto ao tutor (que é o profissional com título de mestre e atuação, mínima, de três anos na área, que orienta preceptores e residentes) das atividades teórico-práticas e práticas para os residentes, como corpo docente (BRASIL, 2012b).

O conhecimento sistematizado de determinada área sempre surge de um interesse. Este é facilitado a partir de questões ideológicas e filosóficas, na relação comunicativa entre os seres humanos com graus distintos de maturação, e historicamente determinados, como é o caso de educadores e educandos. Os enfermeiros-preceptores deixam um pouco de si no encontro com outros educadores (tutores, docentes, preceptores e coordenadores) e com os educandos (residentes) da RMS por meio da prática colaborativa, social e educativa.

A efetivação das atividades teórico-práticas e práticas do preceptor junto aos residentes, no cenário de saúde, nunca é neutra. Os educadores, como atores sociais, realizam-na com intencionalidade, mesmo que nem sempre percebam ou consigam apontar o uso de uma (ou mais) ideia ou concepção educacional. Quando educar é objeto de atenção desenvolve-se um “*agir de modo intencional [...] em função de objetivos previamente definidos*” (SAVIANI, 2013, p. 60). Assim sendo, a compreensão dos objetivos educacionais propostos na RMS, por parte do enfermeiro-preceptor, necessita se relacionar aos meios mais adequados a serem implementados para alcance dos mesmos.

A prática social educativa acontece no conhecimento da realidade e na disposição para entender o que é possível realizar, de que forma, para quê, com quem e para quem? Questões que exigem aproximação de saberes educativos da parte do enfermeiro-preceptor.

Dessa forma, as suas escolhas pedagógicas no cotidiano escolar revelam essas concepções, assimiladas frequentemente a partir da sua própria experiência como aluno, e outras influências [...] Outras vezes, revelam uma opção crítica, refletida e deliberada de compromisso com seus alunos. Mas sempre revelam, no seu tempo e na sua sociedade, como você [...] vê o mundo e com que mundo sonha (ROSSI *et al*, 2005,p.48).

As escolhas do cotidiano podem ser fundamentadas e influenciadas por teorias socialmente legitimadas e (re) conhecidas, ou construídas sob a visão de mundo que temos e queremos. Então, os enfermeiros-preceptores podem ser considerados responsáveis pela construção do sistema de saúde brasileiro (mesmo que no mundo "micro" da especialização) que querem perpetuar, legitimar, ampliar e ou transformar na sociedade, no tempo que se chama hoje, por isso, histórico e em movimento.

A preocupação com a capacitação e ou formação contínua dos preceptores está expressa em documentos publicados pelo Ministério da Saúde (MS). Inclusive, sobre os programas de RMS, o MS sinalizou que este modelo de especialização, em distintos cenários, possuía “... *grande variedade de desenhos metodológicos, mas todos, em uníssono, defenderam a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente*

*como eixo pedagógico*" (BRASIL, 2006, p. 14).

Entendemos, por conseguinte, que há uma necessidade de investigar a prática do enfermeiro quando atua na preceptoria e, a formação para tal, em especial, pela historicidade das residências em saúde no país, pela “novidade” da RMS, que está em vigência somente há onze anos, e pela escassez de estudos com este enfoque para pós-graduação.

O estado da arte realizado a partir da Biblioteca Virtual em Saúde, em outubro e novembro de 2013, mostrou que pouco se tem produzido acerca da preceptoria efetivada pelos enfermeiros na RMS. De 41 (quarenta e uma) publicações rigorosamente selecionadas, as que apresentaram a figura do preceptor somaram um total de 07 (sete), das quais 05 (cinco) contou com a participação do enfermeiro-preceptor. Destas, os assuntos abordados foram competência profissional, relação preceptor-residente, avaliação da integração docente-assistencial e interfaces entre educação e saúde na RMS.

O MS na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008) aponta 24 (vinte e quatro) subagendas, dentre as quais se destaca a 21<sup>a</sup>, intitulada “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde”, e considera importante o desenvolvimento de estudos científicos que tratem da capacitação dos trabalhadores de saúde para atuarem como agentes formadores de recursos humanos para o SUS.

Os temas de pesquisa relacionados a presente tese estão registrados nos itens 21.2 e 21.3, da organização e avaliação de políticas, programas e serviços e da avaliação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias, da referida agenda:

21.2.6 Processo de regulação do trabalho e das profissões específicas da saúde; da formação e da educação permanente. [...] 21.3.1 Desenvolvimento de tecnologias para qualificação de profissionais da saúde para atuação em formulação de políticas, organização dos serviços, formação de recursos humanos em saúde. [...] 21.3.3 Desenvolvimento e avaliação de conteúdos, métodos e estratégias educacionais para formação e capacitação de recursos humanos para atuar em diferentes áreas da saúde (BRASIL, 2008, p. 55-56).

Sendo assim, a temática de formação para preceptoria pode ser considerada prioridade na produção de conhecimento visando o desenvolvimento e aprimoramento das políticas sociais e de saúde no país. Tais políticas contam com a atuação do enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional dos serviços e dos programas formadores, como é o caso da RMS.

As ações estratégicas e compromissos para a saúde foram apresentados pelo MS no Plano Nacional de Saúde – PNS (BRASIL, 2011a), que estabeleceu 14 (catorze) diretrizes orientadoras para o gestor federal do setor nos anos de 2012 até 2015. A meta geral a ser

alcançada é o aumento das condições de saúde e portanto, de vida da população – a promoção do homem brasileiro.

Para atingir tal objetivo, o PNS na diretriz nº11 reforça a necessidade de aumentar as residências em saúde (médicas e multiprofissionais) em áreas estratégicas nacionais, para alocação dos trabalhadores do SUS de forma adequada, e afirma que a formação em serviço deve ser de qualidade e efetiva, com "... *supervisão constante por profissionais mais experientes [...]. Para dar suporte à expansão com qualidade das residências, o Ministério da Saúde está formulando um plano nacional de **formação e valorização de preceptoría***<sup>6</sup>." (BRASIL, 2011a, p. 91).

Diante do exposto, foram construídas as seguintes **questões norteadoras**:

1. Quais os saberes que o enfermeiro-preceptor utiliza para desenvolver sua prática social educativa na Residência Multiprofissional em Saúde?
2. De que maneira ocorre o desenvolvimento da prática social educativa do enfermeiro-preceptor junto aos atores sociais envolvidos na Residência Multiprofissional em Saúde?
3. Como os distintos atores sociais descrevem a prática do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde?

O **objeto** do estudo é: a prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde.

### **Objetivos:**

- Descrever a prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde;
- Analisar o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor implicados na prática social educativa da Residência Multiprofissional em Saúde, conforme a descrição dos atores;
- Discutir o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor para a prática social educativa no espaço de construção multiprofissional em saúde.

---

<sup>6</sup> Grifo nosso.

Não são poucos os profissionais egressos de instituições de ensino superior que já, mesmo durante o último ano da graduação, preparam-se para enfrentar concurso de acesso aos cursos de pós-graduação ou de treinamento em serviço (também conhecidos como *trainee*), nos moldes de residência. O MEC e MS em 2013 publicaram anúncio divulgando a criação de mais de 5.000 (cinco mil) novas vagas de residência em saúde no país.

... serão 3.613 para médicos e 1.086 para 13 outras profissões da área de saúde e física médica, **especialmente enfermagem**<sup>7</sup>. [...] Com a ampliação, o Ministério da Saúde mais que dobra o número de bolsas de residência que financia atualmente – das 24 mil bolsas de residência médica e multiprofissional hoje concedidas no Brasil, o Ministério da Saúde financia quase cinco mil, sendo 2.881 para médicos e 2.104 multiprofissionais. (PORTAL BRASIL, 2013, *s.p.*)

Vale registrar que em 2013 o MS apresentou a previsão de aplicação de bolsas no valor relativo à "... R\$ 36,3 milhões para as de residência multiprofissional." (PORTAL BRASIL, 2013, *s.p.*). Inclusive, nesta mesma reportagem o ministro da saúde indicou "... *que os investimentos em infraestrutura e na formação de preceptores*<sup>8</sup> são essenciais para complementar a expansão das bolsas." (*Idem*).

Para que as instituições de saúde possam participar deste processo de ampliação, enviando seus projetos ao MS, a fim de receberem auxílio financeiro federal e mais bolsas para alunos em seus Programas de RMS (ou mesmo para criação de um Programa) devem, além de outros requisitos, assegurar educação permanente e ou contínua para os preceptores e dispor de profissionais da prática capacitados, pois, não pode existir RMS sem a figura do preceptor.

As RMSs devem ser orientadas pelos princípios do SUS, que precisam ser avaliados continuamente para não perder de vista o que se pretende na melhoria de qualidade de atenção à saúde da população. Então, a relevância deste estudo foi em investigar, em espaços reais de produção da saúde, como ocorre o processo de formação do trabalhador da prática do SUS – o preceptor, atuando na pós-graduação de profissionais, nos seus elementos práticos e teóricos.

Na RMS e em área profissional de saúde, o preceptor é formalmente o profissional educador em serviço da mesma área de graduação do residente, exceto quando na discussão de conteúdos comuns para diferentes cursos, como por exemplo: epidemiologia, vigilância em saúde, diretrizes do serviço, entre outros. Portanto, neste estudo ouvimos sobre a prática dos

---

<sup>7</sup> Grifo nosso

<sup>8</sup> Grifo nosso

enfermeiros-preceptores, o que permitiu descobrir facilidades, dificuldades e possibilidades para aprimorar o desenvolvimento de seu trabalho educativo com residentes e os demais atores sociais.

O enfermeiro, que desempenha uma função de preceptoria junto aos seus pares, mas, com a condição destes ainda estarem em início de construção profissional, pois, a maioria dos residentes é recém-graduado, pode ter um agir que viabilize a plena compreensão da prática social profissional ou não, dependendo dos arranjos que consiga estabelecer nesta relação, que deve ser dialógica. A mobilização de saberes pelo preceptor permite o desenvolvimento do residente, "*o que significa a transformação qualitativa de seu modo de inserção na prática social*" (SAVIANI IN BICUDO, 1996, p. 153).

Como a formação é um processo que ocorre permanentemente, nunca se esgota em si mesmo, por mais que tenhamos uma área na qual nos especializamos, labutamos e ensinamos, se ocorrer a valorização da prática social com educandos e os outros educadores, estaremos mais dispostos também para aprender com eles e isso poderá potencializar transformações nos cenários clínicos de cuidado à saúde, ressignificando-os.

Nas Unidades de Saúde onde existem estudantes atuando junto aos profissionais, os usuários são assistidos em suas demandas e necessidades de forma mais integral. Tal cuidado é mais minucioso, detalhado, pois, assim o fazemos quando não estamos no “automático”, que muitas vezes o tempo e a habilidade profissional nos assegura.

Durante o processo de aprendizagem, atos supostamente simples requerem moderada concentração e esforço até que sejam fixados e possam ser praticados automaticamente. Sendo assim, quando o educando for capaz de exercer a atividade livremente, ele deixa de ser educando (SAVIANI, 1984).

No contato com o residente multiprofissional, dependendo da discussão e da vivência do cotidiano no cenário de saúde, o enfermeiro-preceptor deve desligar o “automático” de sua prática social profissional e se utilizar de meios para facilitar o aprendizado de cada residente, que é único, singular. Precisa saber como ensinar, "*... ser educado para ser educador [...] dominar os saberes implicados na ação de educar...*" (SAVIANI IN BICUDO, 1996, p. 145).

Como enfermeira-preceptora em serviços de saúde pública do Rio de Janeiro, vivenciei a preocupação com as dinâmicas que estão imbricadas no ensinar e aprender em enfermagem, de modo que sejam facilitadoras e compreendidas pelos agentes sociais envolvidos. Mas, nem sempre consegui um retorno das ações desenvolvidas de forma

documental, para uma avaliação desta ação (pelos residentes e pela equipe de gestão).

Com a realização deste estudo, os enfermeiros-preceptores podem obter, de forma concreta, um retorno de suas atividades. E, de posse dos resultados, avaliarem com os demais agentes sociais interessados na RMS, mudanças, adequações ou manutenção de práticas educativas utilizadas ou parte delas. Para isto, se pretende apresentar em reuniões com os membros da equipe da RMS e encontros para debate e diálogo os resultados do estudo e entregar à instituição co-participante uma cópia da tese, para que faça parte do arquivo documental do Programa institucionalmente.

Deste modo, pesquisando também os saberes decorrentes da prática social educativa dos enfermeiros-preceptores da RMS, pudemos identificar que os mesmos respondem às normas e determinações do MS, do MEC, da instituição na qual tem vínculo profissional e ou da instituição de ensino. Estes também intencionam configurar novos profissionais especializados, instrumentalizados para transformação e crítica da realidade da categoria, que precisa ainda ser reconhecida socialmente.

É preciso ficar claro nesta discussão, que um dos propósitos da RMS é trabalhar a "*... a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar*" (BRASIL, 2009b), o que pensamos ser um desafio para o enfermeiro-preceptor.

O uso de elementos constituintes de determinada ideia educativa na prática pode propiciar o trabalho e as discussões entre os profissionais da equipe de saúde. Estes elementos podem ter sido herdados na construção histórica do profissional como educando, a partir das capacitações já realizadas ou serem desenvolvidos colaborativamente junto à instituição acadêmica, pelos coordenadores, docentes e tutores que compõe a equipe da RMS.

Finalmente, este estudo contribuiu para fortalecer a linha de pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, pois, está vinculado ao Núcleo de Pesquisa que recebe o mesmo nome, do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola da Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## **Capítulo 1**

### **O Contexto da Formação em Saúde: preceptoria em enfermagem na Residência Multiprofissional**

*O tema preceptoria vem sendo estudado e debatido na sociedade contemporânea, suscitando inúmeras reflexões enquanto espaço de reafirmação das práticas de cuidado em saúde, de criatividade, de negação, de desejos, de tabus e de saberes que constituem uma complexidade de significados.*  
*Padilha, Borenstein e Santos (org.)*

Neste primeiro capítulo da tese, são apresentados alguns aspectos teóricos vistos como fundamentos do estudo, a saber: residência em saúde; a preceptoria em saúde e enfermagem e; trabalho interdisciplinar e multiprofissional em saúde.

### **1.1 Residência na Área da Saúde**

Em termos conceituais, a residência é uma forma de treinamento em serviço, que baseia-se na aprendizagem pela ação prática nos cenários de saúde públicos, privados, de organizações não-governamentais e ou filantrópicas nacionais. As atividades dos residentes são realizadas com cunho intensivo para a aquisição de competências e habilidades técnicas-assistenciais, gerenciais, educacionais e de relacionamento com os usuários, familiares e os próprios profissionais do serviço, em determinada área específica de conhecimento.

A residência se caracteriza também pelo enfrentamento do educando (o residente) com "*... as situações próprias para a formação, que não sejam artificiais nem artificializadas, mas, que representem momentos do dia-a-dia profissional pensados para serem didáticos*" (BARBEIRO, MIRANDA e SOUZA, 2010).

As atividades desta modalidade de treinamento – a residência, devem acontecer de modo facilitador e amplo. Necessitam de estabelecimentos de bases e acordos como às de outros modelos de Curso de Pós-graduação, que incluem: salas para aulas e discussões com espaço físico conveniente; bibliotecas com acervos atualizados, de preferência informatizada; recursos audiovisuais para utilização de todos.

Na história da saúde brasileira, a residência teve início na década de 1940 com a profissão médica, segundo modelo dos Estados Unidos da América do Norte para especialização de seus profissionais, que eram treinados em instituições estritamente hospitalares. Acompanhando a realidade vitoriosa em especializar seus recém-graduados, na Enfermagem, o começo das residências se deu duas décadas depois, em 1960. Estas duas profissões foram as pioneiras no país na forma de ensino-aprendizagem em local de trabalho de profissionais já experientes.

A Medicina tem na residência uma atividade legalmente instituída, pelo Decreto nº 80.281 de 1977 (BRASIL, 1977), que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e, os médicos que optam por se especializar desta forma são considerados especialistas de padrão ouro no mercado de trabalho nacional, ainda nos tempos atuais.

Em relação à Enfermagem, data do ano de 1961 o início do primeiro programa de residência do país, do Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, que objetivava capacitar para a prática profissional o recém-graduado em Enfermagem (CYLINDRO *et al*, 2000).

De acordo com Aguiar, o objetivo do programa de Residência em Enfermagem (específico de uma universidade pública federal do Rio de Janeiro) é oferecer ao profissional residente por meio da realização de várias atividades congregadas, os saberes "... *referentes à pesquisa, à assistência, à extensão e ao ensino [...] qualificando-o como profissional crítico e inserido no debate sobre o desenvolvimento técnico-científico*"(2005, p.10).

Na Enfermagem, a residência está organizada e legitimada com registro no Conselho de Classe, nos moldes de especialidade. As áreas de abrangência de especialidades ou residências em Enfermagem somam um total de quarenta e quatro (44), desde Enfermagem Aero-espacial até Enfermagem Offshore e Aquaviária (COFEN, 2011).

É comum verificar vários espaços de oferta de cursos preparatórios para ingresso nas residências, pois, as provas vão desde as de conhecimento específicos, até os gerais, em formatos objetivos, discursivos e práticos, com entrevistas, análise curricular do candidato e bancas examinadoras, às vezes, constituídas por pares experientes na área, líderes ou chefes de serviços. Pode-se verificar a veracidade destas colocações, no recorte do edital para o concurso de 2013 da Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ.

A prova objetiva será composta de questões de múltipla escolha, com caráter eliminatório e classificatório [...] resolução por escrito de uma situação problema, respeitando os conhecimentos de sua área de formação [...] arguição conduzida pela banca da situação problema com ênfase em situações de caráter prático [...] a análise do currículo será realizada pela banca examinadora... (UFRJ, 2012, p.13s).

Já que trouxemos este termo novo de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS, cabe traduzi-lo, apresentando-o conforme o documento da própria UFRJ: Trata-se de uma modalidade de ensino de pós-graduação com treinamento em serviço para profissionais caracterizada por realização de atividades e ações sob orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional em consonância com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (*Idem.*, p.3).

As profissões que legalmente estão inseridas na RMS são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Para ser considerado um programa de RMS deve ser organizado com no mínimo três

profissões das anteriormente referidas. Além disto, os programas de RMS tem duração mínima de dois anos, com sessenta horas semanais de atividades práticas (que corresponde a 80% do total) e teóricas (20%), no regime de dedicação exclusiva. O cursista deve cumprir para obtenção do certificado de especialista *lato sensu*, ao menos 5.760 horas.

Quando não houver no mínimo três profissões envolvidas na residência multidisciplinar, está será denominada de Residência em Área Profissional da Saúde, como por exemplo: Residência em Área Profissional da Saúde – Enfermagem em Obstetrícia ou Residência em Área Profissional da Saúde – Cirurgia Buco-Maxilar Odontológica.

A Portaria Interministerial nº1.077/2009, institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que deve ser coordenada em conjunto pelo Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC) e tem como compromissos essenciais:

... avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas [...] bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas [...] de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (BRASIL, 2009b).

De igual modo, estes dois ministérios são responsáveis pela estruturação econômica e funcional destas modalidades de residência nacionais. Cabe destacar que existem duas expressões muito utilizadas nas legislações sobre a RMS, que são: Instituição Formadora e Instituição Executora.

A primeira refere-se àquela relacionada ao ensino, como as universidades, institutos de ensino superior, academias e outras legalmente organizadas e estabelecidas junto ao MEC. A segunda trata-se da unidade de saúde onde é desenvolvida a prática da residência, junto aos preceptores. Ambas devem promover condições de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos para o ensino e aprendizagem dos profissionais residentes e participar, com representação, da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU. (BRASIL, 2012b).

Os profissionais residentes em treinamento teórico-prático nas instituições executoras têm direitos e deveres a serem cumpridos. Dos direitos dos residentes, conforme estabelecido na Resolução nº 2 (BRASIL, 2012b), destacamos alguns:

- Gozar de 30 dias de férias anuais, que podem ser consecutivos ou de 15 dias em 02 períodos diferentes;
- Gozar de 01 dia de folga na semana;

- Direito à licença-ano de 05 dias;
- Direito à licença maternidade ou de adoção de até 120 dias;
- Direito à licença paternidade de 05 dias;
- Direito ao trancamento da sua matrícula parcial ou totalmente a partir de aprovação da COREMU, ficando suspensa a bolsa trabalho pelo período de trancamento.

Alguns deveres dos residentes, segundo a mesma Resolução nº 2/2012, são:

I.conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras; II.empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS; III.ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas; [...]V.conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa; [...] VIII.integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde; IX.integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática; [...] XIII.manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde; XIV.participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (BRASIL, 2012b, p.25).

Existem ainda, doze eixos norteadores das RMS, expressos na Portaria Interministerial nº 1.077/2009, dos quais (no momento atual), destacamos os que se referem ao processo de ensino e aprendizagem, que serão esmiuçados posteriormente na consolidação deste projeto de estudo:

IV - **abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos**<sup>9</sup> do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; V - **estratégias pedagógicas** capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar; [...] XI - estabelecimento de sistema de **avaliação formativa**, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS (BRASIL, 2009b, p. 7).

Quanto à organização das instituições que oferecem a RMS esta deve ocorrer com

---

<sup>9</sup> Grifos da autora.

respeito aos princípios legais, de diversas maneiras, em especial no que tange à relação ensino-serviço-formação-trabalho, à capacitação da equipe que desenvolve ações de preceptoria, à participação ativa de todos os agentes sociais nas etapas constituintes dos programas e na proposta de vivência do serviço de saúde, de modo integral, inter e multidisciplinar no cotidiano.

Excetuando as figuras do residente, visto que já apresentamos seus direitos e deveres no presente subcapítulo e a do preceptor, pois, o subcapítulo a seguir tratará especificamente deste agente social, cabe destacar que também compõe a RMS (BRASIL, 2012b):

- a) O Coordenador do Programa: profissional que assume a coordenação de um Programa de RMS, com título mínimo de mestre e atividade profissional mínima de 03 anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde;
- b) O Tutor: profissional com título mínimo de mestre e com no mínimo 03 anos de exercício profissional, que assume papel de referência acadêmica para os preceptores e os residentes;
- c) O Docente: profissional, com vínculo na instituição formadora e executora, participante das ações teórico e teórico-práticas.

Quadro 1 – Os atores sociais da RMS e sua relação com o preceptor

<b>Profissional</b>	<b>Aspectos destacados na relação com o preceptor</b>
Coordenador	- Organizar e fomentar a qualificação do preceptor; - Estimular a participação do preceptor no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais do SUS.
Docente	- Estabelecer junto ao tutor modos de estimular o acesso ao preceptor às atividades de estudos científicos e projetos; - Dar apoio a coordenação no preparo e aplicabilidade de projetos de educação permanente para o preceptor.
Tutor	- Manter encontro regular com o preceptor, de preferência semanal, para implementar estratégias educativas, facilitando a integração ensino-serviço; - Organizar a execução e avaliação do Projeto Pedagógico junto ao preceptor; - Facilitar a relação do mesmo com os residentes; - Favorecer atividades de educação permanente para o preceptor.
Residente	- Co-responsabilidade com a integração ensino-serviço, firmando articulação com o preceptor e sendo por este supervisionado diretamente.

Fonte: Adaptado da Resolução nº2 (BRASIL, 2012b).

Concluindo, sem ter a pretensão de esgotar a temática do subcapítulo, trazemos os escritos de Haddad que confirmam que a discussão da RMS tem sido objeto de muitos projetos acadêmicos em formato *lato* ou *stricto sensu* desde 2005 e que a temática deve ser

pesquisada mesmo, por diversos ângulos.

Sem sombra de dúvida, um assunto que está longe de ser esgotado no ambiente acadêmico, nos serviços de saúde e na comunidade. Em síntese, há um ponto de convergência coletiva neste debate. Todos os envolvidos, dentro de suas competências e trazendo suas diferentes perspectivas de análise, contribuem para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde do Brasil (HADDAD, 2009, p.228).

Os estudos sobre a RMS são atuais e, devem considerar os atores sociais como protagonistas deste processo de formação profissional, para melhoria do sistema de saúde brasileiro, e conseqüentemente da qualidade de vida do cidadão na sociedade.

## **1.2 Residência Multiprofissional e a Preceptoría em Saúde e Enfermagem**

O enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades profissionais muitas vezes assume a função de educador e, ao desempenhar instrução durante a prática junto aos estudantes de Enfermagem realiza a preceptoría clínica. Porém, esta prática exige capacitação pedagógica, pois, "*... as evidências indicam que esses profissionais, na atuação clínica e na acadêmica, sentem-se incompetentes como mentores e orientadores devido à pobre preparação para seu papel*" (BASTABLE, 2010, p. 29).

As práticas clínicas devem acontecer respeitando-se os princípios do SUS no desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do ser humano, família e comunidade e também, as legislações educacionais vigentes, sejam as dos Cursos de Graduação em Saúde, dos Cursos de Pós-graduação *Lato Sensu* e ou dos Projetos Governamentais Interministeriais para formação de novos profissionais, que contam com a parceira das instituições de saúde.

Recebe o nome de "Preceptor" o profissional vinculado à instituição formadora ou executora da residência em saúde, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa.

O profissional que desenvolve a preceptoría deverá, obrigatoriamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no espaço de prática. Deste modo, se a RMS for na área de saúde da mulher, com residentes de Serviço Social, Farmácia e Enfermagem, deverá ter:

- Enfermeiros-preceptores para acompanhar os residentes enfermeiros na coleta de material para preventivo e exame físico das usuárias;
- Farmacêuticos-preceptores para supervisionar a orientação farmacêutica no uso de antibioticoterapia para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e dispensação destes medicamentos e;
- Assistentes Sociais-preceptores para inclusão das mulheres nos programas de assistência própria de seguridade, em caso de violência doméstica, por exemplo.

Contudo, a supervisão de preceptor de mesma área profissional não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: saúde do trabalhador, vigilância em saúde, entre outras.

Em outras palavras, o enfermeiro-preceptor pode orientar e conduzir discussões teóricas e práticas sobre: a clínica ampliada, a atenção básica como porta de entrada nos serviços, a importância da imunização contra dT e Hepatite B para os trabalhadores, tanto para os residentes multiprofissionais na área de saúde da mulher, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais.

A seguir, apresentamos as competências do preceptor, conforme descritas literalmente no artigo 14 da Resolução nº 2 da Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde - CNRMS:

I. exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; II. orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP; III. elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução; IV. facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; V. participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS; VI. identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário; VIII. participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

IX.proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; X.participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (BRASIL, 2012b, p.25).

Quanto ao vínculo empregatício dos preceptores, este deve ser definido pela instituição a qual estão lotados, seja a academia ou o serviço de saúde. Já que tanto um docente ou um profissional que exerce cargo técnico-administrativo pode exercer a função de preceptoria, torna-se importante considerar que ele tenha competência e o domínio para exercer a função na prática assistencial, gerencial e ou educativa de usuários/profissionais de saúde.

Vale destacar, com ênfase, que nenhum programa de residência pode ser implementado sem a existência formal de preceptores, pois, o residente não pode ficar sem acompanhamento direto de um profissional de sua área de graduação. Além disso, a residência é uma modalidade de especialização e portanto, deve receber e dar tratamento de excelência os seus cursistas, no período mínimo de dois anos, sem prejuízo em detrimento deste chegar ou já estar na porta de saída para o mundo do trabalho.

O MEC e o MS não estabelecem ajuda de custo ou pagamento diferenciado para o profissional preceptor, entretanto existe o pagamento de bolsas para os residentes. Porém, alguns programas ao fazerem acordos com os gestores locais podem solicitar e serem contemplados com algum tipo de auxílio financeiro que esses gestores possam dispensar.

A não remuneração financeira específica para as funções educativas do profissional pode ser considerada uma falta de incentivo e de valorização da preceptoria.

Saviani (2012, *s.p.*) ensina que valor é uma relação de não-indiferença entre o ser humano e os elementos com que ele se depara, e que as pessoas não podem ser tratadas como objetos, visto que são capazes de tomar decisões, avaliar e comprometer-se, num vínculo colaborativo.

Deve ser assegurado aos profissionais preceptores o conhecimento do Projeto Político (PP) do curso, bem como a capacitação para a sua execução. Além disso, atividades de educação permanente e ou continuada também devem estar previstas. Tais atividades podem ser organizadas e colocadas em prática com apoio e participação efetiva dos tutores, docentes e coordenadores do Programa, numa construção coletiva nos cenários de saúde, estreitando o vínculo entre estes seres humanos, também cidadãos.

Fajardo e Ceccim (*IN BRASIL*, 2010c) indicam a dimensão da ação dos preceptores e destacam que estes possuem atribuições colaborativas, conforme apresentado a seguir:

Os preceptores devem envolver-se ativamente em todas as fases da proposta pedagógica e assistencial, desde sua elaboração, passando pela seleção dos candidatos, pelo acolhimento aos novos residentes e pela recriação educativa dos ambientes de assistência. Contribuem com sugestões para a aquisição de insumos e equipamentos, em publicações e na qualificação dos próprios colegas, pois o novo mundo real do trabalho passa a inserir-lhes em uma posição colaborativa permanente e à disposição de pares entre atores sociais do cotidiano. (FAJARDO E CECCIM, *in BRASIL*, 2010c, p.201)

Para tal envolvimento, pode-se fazer necessário o entendimento das ideias pedagógicas que sustentem e subsidiem as práticas que estes desenvolverão como educadores com os educandos, na relação preceptor-residente, reconfigurando educativamente os ambientes assistenciais. Quanto à concepção metodológica da RMS, num caso estudado na Saúde da Família esta norteou-se por uma "*... concepção pedagógica baseada na participação, no diálogo e na problematização [...] uma formação aplicada à resolução de problemas do cotidiano em contexto de trabalho, com períodos de distanciamento para reflexão e apoio*" (BRASIL, 2006, p.24).

A pedagogia problematizadora é uma das ideias pedagógicas que influenciam o agir de determinados profissionais na prática social educativa com estudantes. No caso da Pedagogia (ou teoria) da problematização, encontra-se na literatura outros autores que apresentam-na como muito utilizada na educação profissional em saúde (RAMOS, 2010).

A palavra ideia é encontrada no dicionário como "*Opinião, conceito*" (FERREIRA, 2004, p. 459) e, por conseguinte, as ideias remetem a lógica de "*conjunto dos pensamentos e concepções de um indivíduo ou grupo social, em qualquer campo*" (Ibid.). Já o adjetivo pedagógico tem "*ressonância metodológica denotando o modo de operar, de realizar o ato educativo [...] a pedagogia é uma teoria que se estrutura em função da ação, ou seja, é elaborada em razão de exigências práticas*" (SAVIANI, 2010a, p. 7).

Não querendo distanciar esta revisão de conceitos importantes, formulados e cientificamente comprovados por estudiosos da área da educação, mas entendendo que em parágrafos anteriores apresentamos um pouco de uma ideia pedagógica, destacamos que existem outras, como: a pedagogia tradicional; a pedagogia tecnicista; a pedagogia escolanovista; a pedagogia freiriana; a pedagogia crítico-social dos conteúdos; entre outras.

Também se reconhece da literatura termos como "pedagogia da exclusão", "pedagogia corporativa", "pedagogia das competências", que devem ser esclarecidos. Tais denominações

para Saviani (2010a) fazem parte do movimento histórico neoprodutivista. Independente da pedagogia adotada por um Programa de RMS, os componentes da prática educativa, tais como: objetivos, conteúdos práticos e teóricos, recursos, estratégias e avaliação –, devem estar registrados, de forma implícita ou explícita, nos projetos das instituições.

Ainda, devem ser conhecidos por todos os atores sociais quando ingressam na proposta da RMS, seja como residente, preceptor, tutor, docente ou gestor. Este conhecimento permite participação real, incluindo, espaço para sugerir, criticar, reforçar seus aspectos, que são experimentados na prática social.

### **1.2.1 Uma apresentação gráfica das produções científicas sobre a preceptoria do enfermeiro na Residência Multiprofissional em Saúde**

O levantamento bibliográfico realizado como etapa importante para início da construção da tese, buscou responder às seguintes questões norteadoras: Como tem sido abordada a temática RMS nas publicações científicas? Quais as evidências disponíveis na literatura acerca da preceptoria realizada pelos enfermeiros com foco na RMS no país?

Nesta fase, compreendendo que tínhamos um trabalho extenso a ser realizado e, de muitas descobertas, objetivamos identificar os materiais disponíveis na literatura sobre a preceptoria do enfermeiro na RMS.

Foi realizada uma pesquisa utilizando o método de revisão integrativa, com a *"finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado"* (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008, p.758).

As etapas da elaboração da revisão integrativa foram as seguintes: estabelecimento de questões a serem respondidas e objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos e outros estudos bibliográficos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e apresentação dos resultados.

A partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para a seleção das publicações foram utilizadas, em outubro e novembro de 2013, as bases de dados: LILACS (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), BDNF (Bases de dados de Enfermagem) e MEDLINE (sigla em inglês para Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). Em novembro de 2013 foi realizada busca

no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Os critérios de inclusão dos estudos definidos para a revisão foram: publicações científicas em português, inglês ou espanhol, com textos completos ou resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2005 e 2013.

Como critérios de exclusão foram eleitos: publicações anteriores ao ano de 2005. Cabe ressaltar que a escolha pelo recorte temporal inicial deve-se ao fato da promulgação da Lei nº 11.129 que cria a RMS, em 2005.

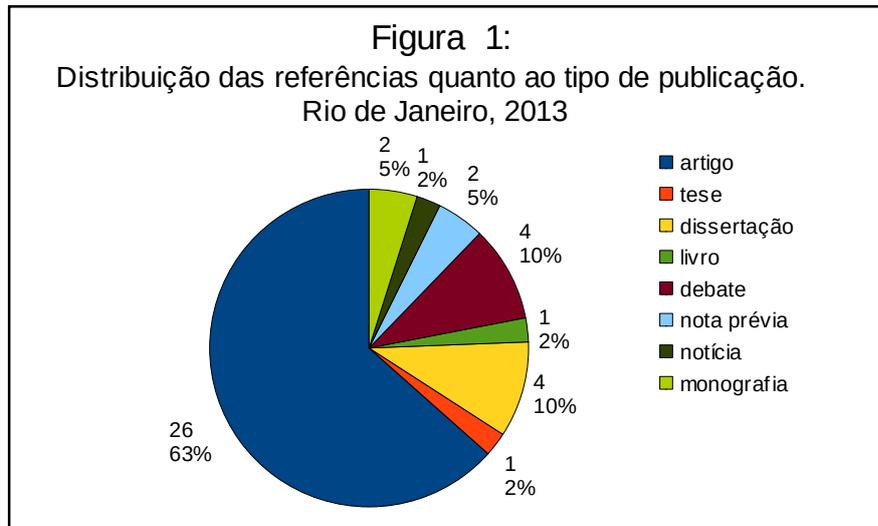
Inicialmente utilizamos o descritor de assunto “Tutoria” and “Enfermagem” and “Educação em enfermagem” and “Internato não médico” isoladamente e de forma integrada nas bases LILACS, IBECs, BDENF e MEDLINE num total de 2602 referências do ano de 2005 a 2013, selecionamos 13 para o estudo.

Na MEDLINE, a busca também se deu pelos termos “Residência” and “Enfermagem” and “Multiprofissional”, não selecionamos nenhum material por estar repetido em outras bases.

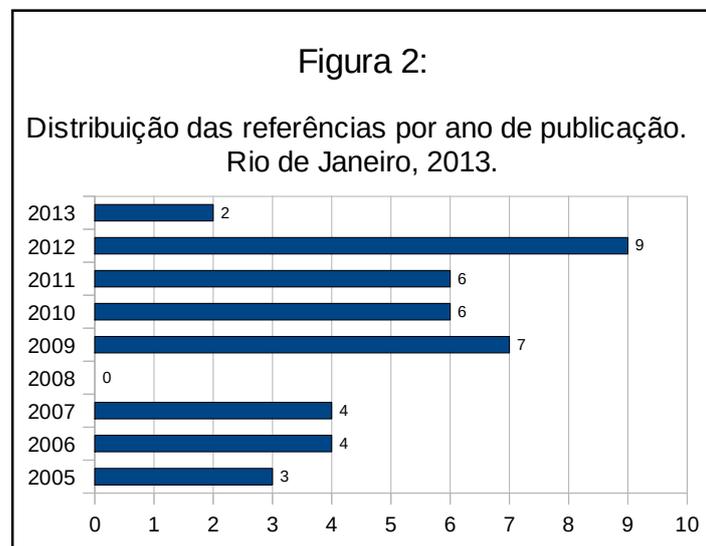
Na página principal do Portal BVS, usando o método integrado em todos os índices, realizamos pesquisa com “Residência Multiprofissional em Saúde”, aparecendo 83 referências, inicialmente selecionamos 44 das quais 10 estavam repetidas no próprio resultado da busca e 07 já haviam aparecido anteriormente, ficando ao final com 27 referências, publicadas igualmente no período compreendido entre 2005 a 2013.

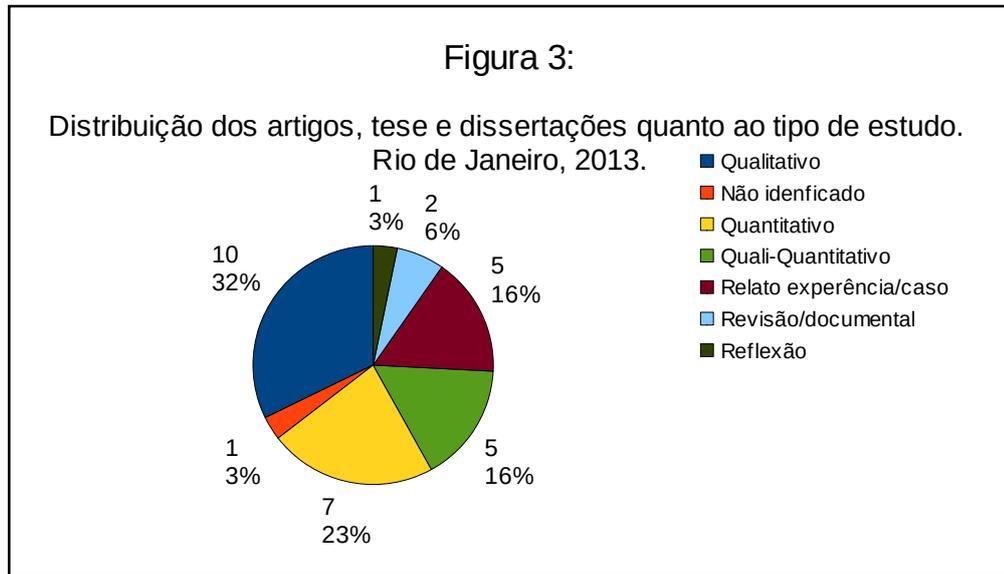
No site do portal CAPES, foi realizada busca por assunto incluindo os termos “Residência Multiprofissional em Saúde” [and] “Enfermagem”, no período compreendido entre 2005 a 2013, que gerou um total de 44 publicações, 06 repetidas. Selecionamos 07, sendo que 06 já haviam aparecido na BVS, ficando com 01 referência nova.

A amostra final da revisão integrativa foi constituída de 41 publicações. Para apresentação dos resultados da revisão integrativa foram construídos quadros e figuras.



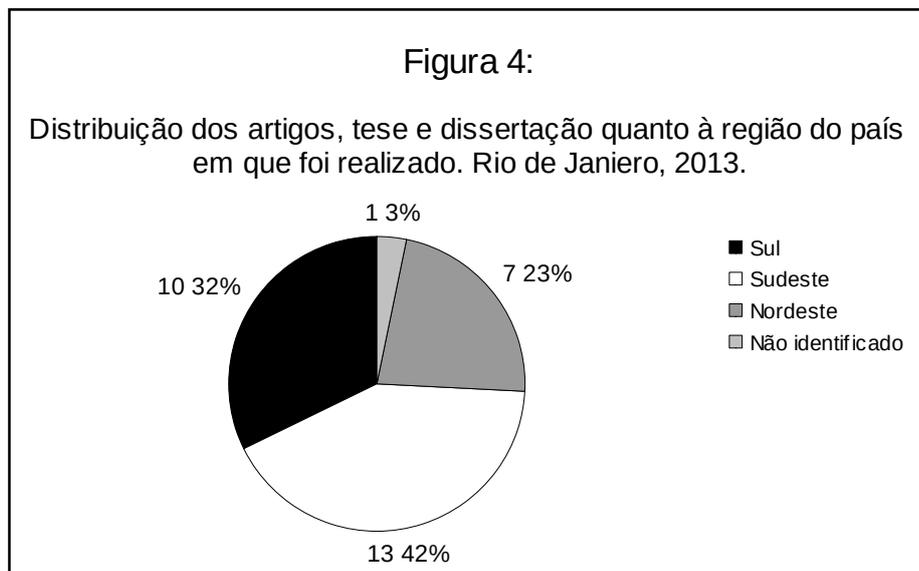
Quanto aos tipos de estudos foram encontrados: artigos completos, tese, dissertações, monografia de conclusão de curso pós-graduação *lato sensu*, livro, publicação de notas prévias e debates, e notícias de periódico online. A maioria das publicações foi de artigos científicos (63%), como pode ser observado na Figura 1. O ano de 2012 se destaca quanto ao de maior número de publicações sobre a temática, como pode ser visto na Figura 2.





A Figura 3 apresenta os tipos de estudo realizados pelos autores, sendo de maior evidência os estudos com uso de metodologia qualitativa (32%), seguidos da quali-quantitativa (16%) e dos relatos de experiência ou caso (16%).

Quanto à distribuição geográfica, 42% dos artigos, tese e dissertações foram realizados na região sudeste do Brasil, principal centro formador do país (Figura 4). Destaque deve ser dado ao fato de que nenhuma publicação destes tipos foram encontradas no centro-oeste e norte.



Quadro 2 – Apresentação das referências com o preceptor na RMS. Rio de Janeiro, 2013.

Início do Título	Tipo de publicação, ano e local	Sobrenome dos autores e graduação	Objetivo (os)	Part. Enf. preceptor	Aspectos relevantes a tese	Base de dados
Os tempos da docência na residência em área profissional da saúde	Tese na Porto Alegre UFRGS 2011	Fajardo (Odonto)	Compreender as interfaces entre educação e saúde no contexto da educação especializada, em programas de RMS.	Sim	O trabalho de preceptoria gera sobrecarga de tarefas. Destacou uma assincronia entre o que a RMS precisa e o que a instituição proporciona.	CAPES
Construindo a Multiprofissionalidade	Artigo completo Revista Brasileira de Ciências da Saúde João Pessoa UFPB 2011	Salvador Medeiros Cavalcanti Carvalho (Serviço Social)	Analisar a percepção dos Preceptores e Residentes RMSFC vinculada a UFPB, acerca do processo de construção da multiprofissionalidade durante essa formação.	Não	A multiprofissionalidade surge como necessidade face aos princípios filosóficos e organizativos do SUS. Há distorções de compreensão entre preceptores e residentes acerca de aspectos que compuseram o processo pedagógico com vistas à prática multiprofissional.	LILACS
A dimensão política na formação dos profissionais de saúde	Artigo completo Physis Revista de Saúde Coletiva São Paulo 2012	Lobato Melchior Baduy (Enfermagem)	Compreender de que maneira a RMS da Família pode contemplar a dimensão política na formação dos trabalhadores.	Não	A dimensão política pode ser contemplada nos encontros, nas tensões entre os sujeitos durante o processo, na prática pedagógica e nos espaços de gestão. A formação de trabalhadores da saúde, pode auxiliar na produção de novos sujeitos e coletivos, mais comprometidos ético-politicamente.	LILACS
Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Educação Permanente em Saúde da Família	Artigo completo. Saúde Soc. Ceará 2012	Pagani Andrade (Psicologia e Medicina)	Analisar a implantação e a atuação da preceptoria de território, descrevendo o processo de trabalho dos preceptores e identificando suas competências; descrever o processo de educação permanente desenvolvido	Sim	A maioria dos preceptores de território exercia outras funções concomitantes. A quantidade e a carga horária são insuficientes para esta modalidade de preceptoria. É essencial contar com um profissional que trabalhe com a aprendizagem significativa por meio da problematização no próprio território onde se encontram as dificuldades a serem resolvidas e para as quais se exigem as devidas competências. A função do preceptor de território é ser um educador e um cuidador.	LILACS

			na ESF em Sobral			
A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Artigo completo Rev. bras. educ. Med. Rio de Janeiro 2009	Trajman Assunção Venturi Tobias Toschi Brant (Medicina)	Avaliar a opinião dos profissionais de saúde da rede básica municipal do Rio de Janeiro sobre a atividade de preceptoria, como parte de um projeto mais amplo de avaliação da integração docente-assistencial.	Sim	A maior parte dos profissionais tem interesse em desempenhar a função de preceptor. Os profissionais reconhecem, para o desenvolvimento das atividades de preceptoria, dificuldades na infraestrutura. A formação pedagógica de preceptores deva ter como meta compreender o que significa um processo dialético de ensino-aprendizagem.	LILACS
Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Artigo completo Saúde Soc São Paulo 2010	Nascimento Oliveira (Enfermagem)	Construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na RMSF.	Sim	A RMSF apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção e das práticas de saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde. As competências encontradas foram classificadas nas áreas de domínio propostas por Witt.	LILACS
Enfermeiro preceptor residente de enfermagem	Artigo completo Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental Online Rio de Janeiro 2010	Barbeiro Miranda Souza (Enfermagem)	Identificar o sentido atribuído às relações entre preceptor residente e analisar como as representações sociais se fazem presentes na relação enfermeiro preceptor e enfermeiro residente.	Sim	O relacionamento residente preceptor normalmente é visto como uma relação professor aluno. Também representam os residentes como inexperientes e carentes de conhecimento prático. Normalmente a troca de conhecimentos se dá do preceptor para o residente.	BDENF

Ao analisar o Quadro 2, podemos identificar que 07 (sete) estudos científicos preocuparam-se com a figura do preceptor na RMS. Dos 05 (cinco) que trouxeram o enfermeiro-preceptor, destacamos (na ordem em que aparecem) a metodologia e o instrumento de coleta de dados: Grupo Focal, Discurso do Sujeito Coletivo, análise

quantitativa de dados, referencial teórico Perrenoud e Teoria das Representações Sociais.

Deste modo, esta revisão integrativa, permitiu afirmar que a presente tese foi realizada com o uso de um referencial teórico ainda não aplicado aos estudos sobre RMS e preceptoria do enfermeiro.

Tabela 1 – Apresentação dos artigos, debates e nota prévia quanto ao título do periódico e número de publicações. Rio de Janeiro, 2013.

<i>Periódico</i>	<i>N</i>
Interface Comunicação Saúde Educação	5
Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn	3
Saúde e Sociedade	3
Revista Brasileira de Educação Médica	2
Revista de Atenção Primária à Saúde	2
Online Brazilian Journal of Nursing – OBJN	2
Trabalho, Educação e Saúde	1
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	1
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	1
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada	1
Revista Mineira de Enfermagem	1
Caderno de Saúde Pública	1
Texto & Contexto Enfermagem	1
Disturb Comum	1
Physis Revista de Saúde Coletiva	1
Psicologia: Teoria e Prática	1
Ciência e Saúde Coletiva	1
Revista Brasileira de Ciências da Saúde	1
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1
Divulgação em Saúde para Debate	1
Cadernos RH Saúde	1
Total	32

A Tabela 1 apresenta os periódicos em que foram publicados os artigos completos, debates e notas prévias. Cabe destacar que os 03 primeiros periódicos receberam classificação pela CAPES, na área de avaliação enfermagem, como estrato B1, A2 e B1, respectivamente.

O referido dado pode ser interpretado como representativo de qualidade do material escrito, pois, tais periódicos contam com sistema criterioso de avaliação para aprovação e publicação dos resultados de estudos dos autores da área da saúde e educação ou com interface nelas.

### 1.3 Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade em Saúde

Interdisciplinaridade e multiprofissionalidade são palavras utilizadas no mundo da educação e do trabalho, incluindo o da saúde. Estes termos vem sendo difundindo amplamente quando se trata de trabalho em equipe, no movimento histórico do cotidiano da prática social dos profissionais.

A Resolução nº287 de 1998 do CNS (BRASIL, 1998) destaca a importância da ação interdisciplinar entre as 14 (catorze) profissões da área da saúde. E, os programas de RMS preconizam a atuação dos profissionais de forma interdisciplinar nos espaços de assistência e ensino-aprendizagem. A partir do entendimento de que um profissional é um indivíduo, ser social no mundo, que põe em prática um determinado saber, é possível reconhecer a necessidade de uma disciplina para que este seja exercido.

Uma das responsabilidades do enfermeiro é a de atender às exigências "*da atuação em nível de interdisciplinaridade*" (CARVALHO, 2006, p. 281). Mas, como firmar uma conversa com um profissional de outra categoria sem se confundir? Antes da possibilidade do diálogo com outras profissões, um bom enfermeiro, por exemplo, deve dominar bem a sua área de formação, o processo de produção da enfermagem na sociedade moderna, seus dilemas e desafios, suas potencialidades, até onde vai o seu agir no contexto em que está inserida sua prática e assumir de modo comprometido o que faz.

Importa saber que a partir do SUS – com o modelo de reorganização das práticas de cuidado à população, voltado para a atenção básica como porta de acesso preferencial aos serviços de saúde, incluindo a exigência da integralidade, do trabalho em rede de profissionais de diferentes categorias –, a formação em saúde abarca aspectos multi e interdisciplinares.

Mas, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade não são a mesma coisa. Na interdisciplinaridade duas ou mais disciplinas interagem entre si.

Esta interação pode ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa. Ela torna possível a complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas. O objetivo utópico do método interdisciplinar, diante do desenvolvimento da especialização sem limite das ciências é a unidade do saber. Unidade problemática. sem dúvida, mas que parece constituir a meta ideal de todo saber que pretende corresponder às exigências fundamentais do progresso humano. (JAPIASSÚ & MARCONDES, 2001, p.106)

Para atender às exigências do fortalecimento da saúde pública do país, da promoção

humana e melhoria das condições de vida da população, é mister uma mudança na formação dos profissionais que atendem e ou atenderão estes indivíduos, famílias e comunidades. Portanto, a unidade do saber através da atuação interdisciplinar facilita ao alcance do que se pretende o SUS. Esta troca deve se estabelecer também durante a pós-graduação dos profissionais, como é o caso da RMS.

Entretanto, Saviani alerta para o risco da afirmação de que se realiza uma atividade interdisciplinar quando na verdade mantêm-se a fragmentação do conhecimento nas práticas sociais educativas.

Com efeito, parte-se do entendimento que os conhecimentos são fragmentados e cada um tem uma especialidade. Se reúno diferentes profissionais, supondo com isso superar o problema, já estou pressupondo uma perspectiva parcial do conhecimento, contendo a idéia do especialista e do não-especialista. Por exemplo, se se reúnem quatro professores sendo um da área de filosofia, outro da sociologia, o terceiro da área de biologia e o último da geografia para fazer um trabalho interdisciplinar e se uma questão em pauta é identificada como sendo de ordem filosófica, geralmente todos se voltam para o representante da área de filosofia. (SAVIANI, 2003, p.142)

De outro modo, se reúno um enfermeiro com um assistente social, um nutricionista e um odontólogo para um trabalho em um dado território e o tema em discussão é sobre higiene, todos devem trazer sua contribuição, possibilitando uma ação interdisciplinar voltada ao público destinatário. O enfermeiro pode contribuir na discussão com importância da higiene pessoal e íntima, o nutricionista com a higiene dos alimentos, o odontólogo com a higiene bucal e, o assistente social com a mobilização para coleta seletiva do lixo a partir do empoderamento da comunidade. Todos podem trocar informações e gerar até mesmo uma nova configuração na exposição da temática à população.

A multidisciplinaridade, de acordo com Japiassú (1976), se configura como uma atividade que ocorre ao mesmo tempo entre *"uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum."*

Ainda, o trabalho em equipe multiprofissional é *"uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais."* (PEDUZZI, 2001, p. 108). A multiprofissionalidade é um lugar de encontro de vários profissionais, onde ocorre reunião de conhecimentos em torno de uma temática comum, com fronteiras metodológicas preservadas de cada categoria.

A fim de evitar a fragmentação do saber, se deve primar pela atitude colaborativa nas

relações profissionais dentro de um ambiente de trabalho, maximizando a possibilidade de mudança que conduzem a benefícios para os usuários dos serviços de saúde e os profissionais, em especial, os enfermeiros-preceptores, os docentes, os tutores, os coordenadores e os residentes dos programas de RMS, como neste caso.

## Capítulo 2

### Referencial Teórico

*... é incompatível com a condição de educador não ter esperanças. Como educador, portanto, tenho esperança no nosso país e no nosso povo. Apenas destaco que devemos substituir a esperança ingênua por uma esperança crítica, analisando objetivamente as condições a fim de encontrar as táticas e estratégias adequadas para interferir na situação e alterá-la.*

*Dermeval Saviani*

O substrato teórico estudado está fundamentado na Teoria da Pedagogia Histórico-Crítica Social dos Conteúdos de Dermeval Saviani, filósofo contemporâneo da tendência pedagógica progressista, reconhecido no Brasil por seu trabalho na educação. Em uma de suas obras, intitulada "História das Ideias Pedagógicas no Brasil", Saviani define que ideias pedagógicas são as ideias educacionais, "... não em si mesmas, mas, na forma como se encarnam no movimento real da educação, orientando e, mais do que isso, constituindo a própria substância da prática educativa" (2010a, p.6).

Para efeitos deste estudo, traduzindo as palavras do autor, as ideias pedagógicas são as educacionais, em sua maneira própria de executar, de tornar vivo o ensino e a aprendizagem no espaço das relações entre os homens, sociais e concretas. Estas relações acontecem num movimento historicamente determinado, que é o hoje, sem deixar de ser compreendido o ontem como constructo presente no ser humano.

A dimensão da historicidade traz o pressuposto de que a realidade pode ser modificada, mediante uma nova hegemonia orientada por uma concepção de mundo que reconhece os trabalhadores como sujeitos históricos responsáveis pela produção da existência humana (RAMOS, 2009, p. 155).

Nesta pesquisa, consideramos os profissionais enfermeiros-preceptores atuantes nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde como cidadãos, que com sua individualidade, seu jeito próprio de ser, seu modo de vida e singularidade, por meio do trabalho e educação situam-se historicamente na sociedade, no grupo social da área da saúde.

Desta forma, constroem a sua existência no mundo do trabalho, que está vinculado às necessidades do próprio indivíduo. "*É nas condições materiais e políticas de cada época que são engendradas as mediações objetivas que respondem a essas necessidades. [...] a centralidade do trabalho tem uma dimensão ontológica [...] e uma dimensão histórica...*" (LOMBARDI, SAVIANI, SANFELICE orgs., 2002, p.121).

Cabe apontar que os Programas de RMS foram politicamente criados a partir de 2005 para atender às questões específicas e necessidades de formação e educação para e pelo trabalho desta época – do século XXI, capitalista, na sociedade brasileira, nos espaços públicos de ensino e assistência em saúde. Nestes cenários as relações entre os vários atores profissionais (coordenadores, docentes, tutores, preceptores e residentes) são estabelecidas, em meio às facilidades e dificuldades, às tensões motrizes da vida social.

O ponto de partida da educação é sempre a prática social dos atores, sendo educadores

ou educandos, preceptores, tutores, docentes ou residentes, como no caso em estudo. Estes atores sociais podem atuar na realidade, conformando-se a ela, modificando-a ou transformando-a, mesmo em meio à disputas ideológicas e de poder que acontecem cotidianamente nos serviços de saúde e de educação nacionais.

A prática social é conceituada como a unidade dialética da prática e da teoria, também reconhecida como práxis. "*A prática social humana é a base do conhecimento e, por conseguinte, da teoria [...]. Porém, se o homem não conhece os elementos teóricos de uma determinada prática, ele não compreenderá a prática.*" (TRIVIÑOS, 2006, 125).

Sendo assim, é importante refletirmos que a atividade educativa que o enfermeiro-preceptor desempenha junto ao residente na RMS não pode ser considerada uma prática simples, mecânica, de ensinamentos cotidianos para reprodução de cuidados à saúde do indivíduo em dada especialidade. Ao contrário, deve ser uma prática que constitui conhecimentos e voltada para promoção tanto do residente quanto dele próprio, neste processo que se manifesta socialmente. Batista e Lima nos ajudam nesta reflexão quando escrevem que "*o objetivo específico do processo educativo é a transmissão e a apropriação dos conhecimentos clássicos externados através da prática social historicamente desenvolvida pelos homens no tempo.*" (2013, p.396).

O residente apropria-se dos conhecimentos fundamentais transmitidos pelo enfermeiro-preceptor, estes são externados por meio da prática social educativa, que exige do educador uma ação intencional e crítica. No entendimento de Saviani, a pedagogia deriva e trabalha em função da prática educativa e "*... como teoria da educação, busca equacionar [...] o problema da relação educador-educando, de modo geral, ou, no caso específico da escola, a relação professor-aluno, orientando o processo de ensino e aprendizagem*" (2005b, p.1).

Para Saviani (2007a) as teorias podem ser classificadas como não-críticas, sendo àquelas nas quais a educação é um instrumento de superação da marginalidade, de equalização social e, estão inscritas nesta categoria:

a) Pedagogia Tradicional: o papel da escola é difundir a instrução, transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade e sistematizados logicamente. As atividades são centradas no professor e, cabe aos alunos assimilar os conhecimentos para sair da ignorância;

b) **Pedagogia Nova**: também conhecida como escola nova. Faz crítica à pedagogia tradicional e, apresenta o aluno não como um ignorante, mas, sim um rejeitado. Considera importante aprender a aprender. Valorizando o interesse do aluno, a educação tem a função de adaptar o indivíduo à sociedade, sendo o professor um orientador da aprendizagem, cuja iniciativa é do próprio aluno;

c) **Pedagogia Tecnicista**: reordena o processo educativo, tornando-o objetivo e operacional. À margem da sociedade, está o ineficiente, o indivíduo improdutivo tecnicamente, pois, o que importa para esta pedagogia é aprender a fazer. A educação treina o aluno para o cumprimento de tarefas exigidas pelo sistema social.

Já as teorias crítico-reprodutivistas consideram a educação como um instrumento de discriminação social, pois, a sociedade é marcada pela divisão entre grupos sociais, segundo Saviani (2007a), são elas:

a) **Teoria do Sistema de Ensino como Violência Simbólica**: a função da educação é a reprodução das desigualdades sociais. Pela reprodução cultural, contribui para reprodução social. A ação pedagógica é uma imposição arbitrária da cultura dos grupos ou classes dominantes aos dominados;

b) **Teoria da Escola como Aparelho ideológico do Estado (AIE)**: a escola como AIE é o instrumento mais acabado de reprodução das relações de produção capitalista; é um mecanismo construído pela burguesia para perpetuar seus interesses e manter a classe trabalhadora marginalizada. Neste sentido, os mais instruídos (que estão no vértice da pirâmide) vão atuar como agentes de exploração, de repressão e profissionais da ideologia na sociedade;

c) **Teoria da Escola Dualista**: tendo por missão impedir o desenvolvimento do proletariado e a luta revolucionária, a escola é organizada pela burguesia como um aparelho separado da produção. A escola qualifica o trabalho intelectual e desqualifica o trabalho manual, levando o proletariado à ideologia burguesa sob um disfarce de pequeno burguês.

O ensino e aprendizagem de determinando conteúdo vai de um estado de saber do senso comum (caótico, desorganizado), passa pela abstração e atinge o concreto, com um saber elaborado. Ou seja, ninguém é isento do saber, mesmo que não esteja elaborado, sistematizado.

O processo de descoberta de novos conhecimentos acontece como um movimento:

- Que vai da **síncrese**<sup>10</sup> : a visão caótica do todo;
- À **síntese**: uma rica totalidade de determinações e relações numerosas;
- Pela mediação da **análise**: as abstrações e determinações mais simples.

Ao formular a proposta da Pedagogia Histórico-Crítica, Saviani fez uma primeira aproximação da construção de uma pedagogia inspirada no Materialismo Histórico Dialético (MHD). Entende que o empenho em compreender e explicar a problemática educativa a partir da concepção superadora do pensamento burguês é o que se configura uma teoria marxista da educação, que tem dois princípios fundamentais:

1. As coisas existem independente do pensamento – é a realidade que determina as ideias e não o contrário;
2. A realidade é cognoscível – o ato de conhecer é criativo não como produção do próprio objeto de conhecimento, mas, como produção de categorias que permitam a reprodução, em pensamento, do objeto que se busca conhecer.

Na formação do homem é a prática material o elemento determinante e não as ideias. A Pedagogia Histórico-Crítica é conceituada por Saviani como uma pedagogia afluyente da “concepção dialética”. Afirma-se sobre uma base histórica e historicizante e compreende a realidade humana como sendo construída pelos próprios homens.

Em verdade, pedagogia histórico-crítica pode ser considerada sinônimo de pedagogia dialética. No entanto, a partir de 1984 dei preferência à denominação pedagogia histórico-crítica, pois o outro termo [...] vinha revelando-se um tanto genérico e passível de diferentes interpretações. Sabe-se que há uma interpretação idealista da dialética, além de uma tendência a julgá-la de uma forma especulativa, portanto, deslocada do desenvolvimento histórico real. (SAVIANI, 2005a, p.87)

Neste contexto, a educação é "*o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos*

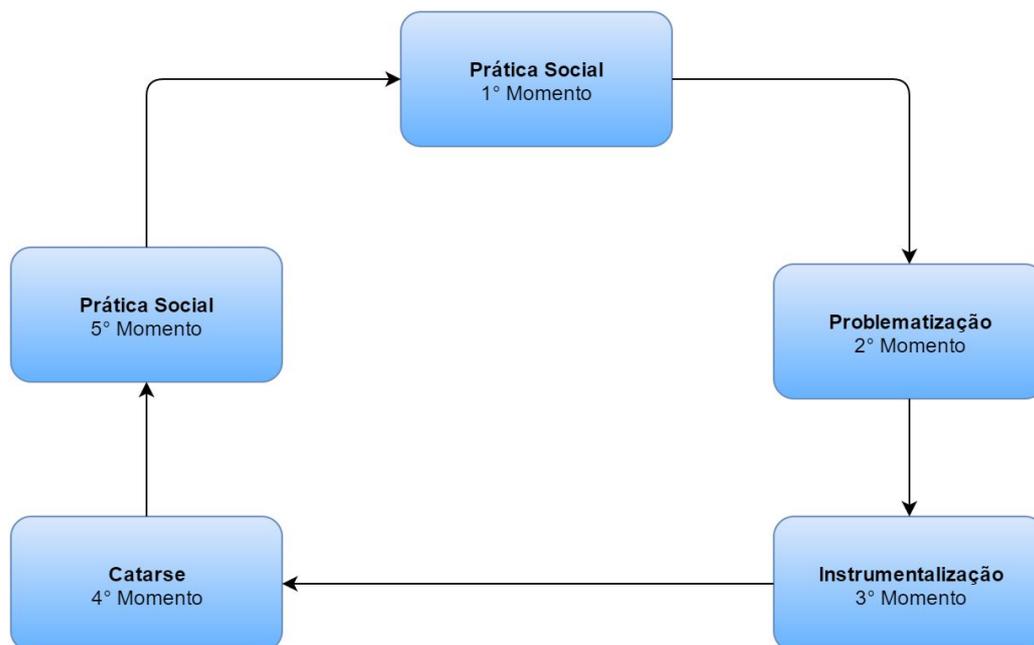
---

<sup>10</sup> Grifos da autora

homens. [...] é entendida como mediação no seio da prática social global." (SAVIANI, 2005a, p.7).

Ainda sobre a Pedagogia Histórico-crítica (PHC) de Saviani, apresento o Esquema construído (SILVA, 2011), que indica seus momentos:

Esquema 1 – Momentos da PHC de Saviani



Saviani indica que seu método pedagógico parte da prática social (comum aos sujeitos, mesmo os que ocupam posições diferenciadas), para fases intermediárias onde emergem questões problemas a serem solucionadas (2º momento) e que precisam de "*instrumentos teóricos e práticos para sua compreensão, solução (instrumentalização) e, viabilizar sua incorporação como elementos integrantes da própria vida dos alunos (catarse)*" (2010a, p. 422).

A prática social é inicialmente frágil e fragmentada para o educando e mais situada e sustentada para o educador, que no processo de ensino e aprendizagem apoia à construção - por meio da problematização, dos aprofundamentos sustentados pela teoria e pelo próprio ato do fazer e das respostas elaboradas - de uma prática transformada, segura e concreta para o educando, conduzindo-o à condição de profissional partícipe da sociedade com saber elaborado, científico, situado historicamente e crítico.

O educador deve se apoiar em alguns saberes para desempenhar a prática educativa, ou seja, deve contemplar o seu processo de formação. São eles: o saber atitudinal, os saberes específicos, o saber pedagógico, o saber didático-curricular e o saber crítico-contextual (SAVIANI *IN* BICUDO, 1996):

- 1) Saber atitudinal – compreende o domínio dos comportamentos e vivências adequadas ao trabalho educativo: disciplina, ética, coerência, justiça, etc;
- 2) Saber crítico-contextual – engloba a compreensão das condições sócio históricas que determinam a tarefa educativa;
- 3) Saberes específicos – incluem as disciplinas em que se recorta o conhecimento socialmente produzido e que integram os currículos escolares;
- 4) Saber pedagógico – são os conhecimentos produzidos pelas ciências da educação e sintetizados nas teorias educacionais;
- 5) Saber didático-curricular – trata do domínio do saber-fazer, da dinâmica do trabalho pedagógico, como conteúdo, instrumentos e procedimentos.

O enfermeiro-preceptor durante as atividades junto aos residentes multiprofissionais age, avalia, faz pensar, sentir e querer se utilizando de alguns dos saberes acima descritos. Também, nas discussões com seus parceiros educadores, tutores, docentes e coordenadores, aprendem e empregam alguns destes saberes, que emerge do processo de aprendizagem, no trabalho socialmente e coletivamente construído.

Portanto, vemos com a utilização da Teoria de Saviani a possibilidade de apoiar com criticidade e qualitativamente às discussões sobre a prática social educativa do enfermeiro-preceptor junto aos demais atores nos cenários da Residência Multiprofissional em Saúde.

## **Capítulo 3**

### **Referencial Metodológico**

*Fonte é uma palavra que apresenta, via de regra, duas conotações. Por um lado, significa o ponto de origem, o lugar de onde brota algo que se projeta e se desenvolve indefinidamente e inesgotavelmente. Por outro lado, indica a base, o ponto de apoio, o repositório dos elementos que definem os fenômenos cujas características se busca compreender.*

*Dermeval Saviani*

A estratégia metodológica utilizada foi o Estudo de Caso exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que possibilitou uma investigação detalhada do conhecimento, respondendo com rigor científico à complexidade do objeto da pesquisa em tela.

Os estudos qualitativos são assim chamados, por possuírem a intenção de compreender "... em níveis aprofundados, tudo que se refere ao homem, enquanto membro de um grupo [...] requerendo uma descrição e análise subjetiva da experiência", segundo Canzonieri (2010, p.38). Com o presente, aprofundou-se o conhecimento que adveio da vivência de membros de um grupo específico que atuam em unidades de saúde: preceptores, tutores, docentes, coordenadores e profissionais residentes dos Programas de RMS.

Os estudos de caso descritivos permitem identificar o saber dos atores, o "como" acerca de determinado assunto ou temática a partir da descrição de uma situação social real.

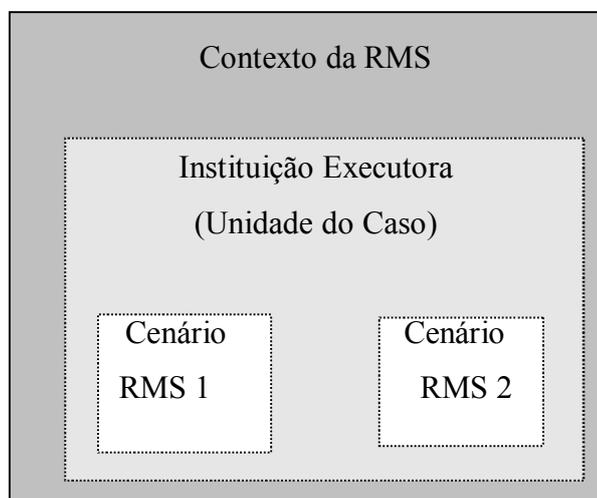
Reconhecendo que vários eventos sociais não podem ser mensurados, uma pesquisa qualitativa exploratória "*possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações. Ela também pode servir para determinar os impasses e os bloqueios [...] do cotidiano da sala de aula, da cultura organizacional de uma empresa...*" (POUPART *et al*, 2010, p.130), que, neste estudo, se pode vislumbrar no espaço organizacional e prático da RMS.

O Estudo de Caso é um método de escolha quando se propõe responder questões com "como" e cujo foco volta-se para "*um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real*" (YIN, 2010, p. 22). Também é considerado uma estratégia "*com potencial para o estudo do processo de mudança e adequada para realização de pesquisas sob o enfoque dialético.*" (GIL, 2008, p. 29).

Deste modo, foi possível apontar que um processo de mudança tem ocorrido no cenário do estudo, desde que se deu início ao modelo de formação de especialistas pela RMS, pois, anteriormente os cursos eram de formato uni-profissional.

Trata-se da realização de um estudo de caso do tipo único integrado, que segundo o exemplo escrito por Yin, pode se tratar de "*...uma única organização, como um hospital, a análise pode incluir resultados sobre os serviços clínicos e o pessoal empregado pelo hospital...*"(2010, p. 73). Portanto, envolveu mais que uma unidade de análise, como representado no Esquema 2.

## Esquema 2 – O Estudo de Caso



Fonte: Adaptado de Yin (2010, p. 70).

A Unidade do Caso ou cenário da pesquisa foi uma instituição de saúde de uma universidade pública, situada no estado do Rio de Janeiro, que possui credenciamento junto aos Ministérios da Saúde e Educação para o desenvolvimento de dois Programas de RMS, que está em funcionamento regular há seis anos.

Ainda, ressaltamos que o subcapítulo 3.1 deste estudo apresenta a descrição da característica da Instituição Executora - IE, incluindo a missão, o tipo de clientela assistida e os dados dos programas de RMS em questão. Está é uma exigência da elaboração de estudos de caso, para apresentar ao leitor a singularidade e dar representatividade ao caso.

A escolha da IE ocorreu por ser um lócus de serviço de referência em saúde para o atendimento dos usuários do SUS, de atenção básica de complexidade. Também se trata de uma instituição do complexo hospitalar de universidade de prestígio acadêmico e de interesse dos profissionais em saúde para cursar especialização e assim, dar continuidade à formação.

A Unidade do Caso foi uma das primeiras a aceitar a proposta e implementar a RMS na universidade, em 2010 e, pela primeira vez é a Instituição Executora de residência em saúde. Coube, portanto, em nosso entendimento, a construção de um estudo de caso deste fato de natureza social e histórico atual.

Os participantes da pesquisa foram quarenta e seis profissionais que compõe os Programas de RMS da IE.

Como critérios de inclusão dos participantes no estudo, foram considerados:

- Ser profissional que atue na área da saúde, graduado, de ambos os sexos;
- Participar como coordenador, docente, tutor, preceptor ou profissional residente em um ou mais programa de RMS da IE;
- Aceitar participar do estudo, permitindo a gravação da entrevista em mídia eletrônica e a observação de suas atividades no Programa.

Como critérios de exclusão dos participantes no estudo, foram considerados:

- Os profissionais que estavam afastados de suas atividades (de licença ou férias) no momento da produção dos dados;
- Os profissionais residentes que estavam no primeiro ano do curso (R1);
- Os profissionais que se recusaram a participar do estudo.

A escolha dos participantes no estudo foi realizada por acessibilidade, onde a pesquisadora aceitou que os elementos aos quais teve acesso pudessem representar o caso único. Esta escolha é apropriada para estudos exploratórios e qualitativos (GIL, 2008).

Foram entrevistados treze preceptores, sendo onze enfermeiros, um odontólogo e um terapeuta ocupacional. Quanto ao número de tutores, somaram-se seis; de coordenadores, quatro; de docentes, dois e de residentes do segundo ano (R2), vinte e um. Do número total de R2, cinco são enfermeiros.

Para atender aos objetivos do estudo, como fonte para a produção de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, na qual abordamos as questões que permeiam o objeto de estudo junto aos enfermeiros-preceptores (APÊNDICE A-) e aos demais atores sociais, alguns se tornaram informantes-chave do caso (APÊNDICE B-) da RMS. Yin nos ajuda na compreensão de que "*quanto mais o entrevistado auxiliar [...] mais o papel pode ser considerado o de um 'informante', não apenas o de um respondente.*" (2010, p. 133).

Nas entrevistas semi-estruturadas, de acordo com Canzonieri, o pesquisador pode estabelecer uma conversação com o participante para atender aos seus objetivos e "*há um roteiro previamente estabelecido, há perguntas preestabelecidas*" (2010, p.89), que neste estudo foram abertas e fechadas e feitas oralmente, face a face.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de uma mídia eletrônica – MP3 e transcritas literalmente após a gravação, sendo os dados armazenados em *pen-drive* pelo

período de cinco anos, mesmo após a conclusão do estudo.

Para captação dos participantes, realizamos visitas à IE para apresentar o projeto de estudo pessoalmente e, foi agendado com as coordenações de residência do local um encontro para solicitar (de posse de toda documentação legal), uma lista dos cenários e setores onde ocorreram a atuação dos mesmos.

Salas de aula e consultórios foram utilizados privativamente nos cenários de prática para gravar as entrevistas, de modo que os atores sociais não foram expostos ao revelar informações sobre seu contexto real de trabalho ou de formação.

A segunda técnica de produção de evidência deste estudo de caso foi a observação direta, individual, na vida real. Ou seja, aquela realizada por único pesquisador, cujos dados foram registrados durante a visita de campo, que incluíram observação dos locais de trabalho, das reuniões, dos encontros de sala de aula e das atividades assistenciais na unidade de saúde.

Como parte do protocolo do estudo de caso, foi elaborado um roteiro de registro diário (APÊNDICE D-), sendo considerado um instrumento observacional formal. Este foi estruturado com duas categorias de informações, a saber:

- 1) a descrição do contexto local;
- 2) a descrição das atividades desenvolvidas pelos atores sociais em face ao objetivo da pesquisa, tomando como base às atribuições esperadas do enfermeiro-preceptor em sua ampla relação com os demais profissionais da RMS.

Ao todo foram realizadas nove observações diretas em quatro cenários de prática, de setembro de 2014 a outubro de 2015. O tempo total de observação foi de 13 horas e 41 minutos.

Como terceira fonte de dados, utilizamos a documentação oficial da IE, que ajudou a "*aumentar a evidência de outras fontes [...] proporcionando detalhes específicos*" (YIN, 2010, p. 128) e que remetem ao objeto de estudo do caso, assim como os do MS, MEC e tantos quantos nos foram autorizados legalmente que versam sobre a RMS. Para auxílio quanto à organização e produção dos dados foi criado um instrumento (APÊNDICE C-).

A produção de evidência do estudo foi realizada nos anos de 2014 e 2015, no período compreendido de setembro a outubro, que correspondeu a treze meses para a realização das entrevistas, observação e levantamento dos dados documentais.

Mas, como anunciamos se tratar de dados que não são medidos numericamente, foi considerada a utilização da técnica de saturação das categorias empíricas. Esta acontece

"quando o dado se torna repetitivo" (CANZONIERI, 2010, p.83), sendo uma decisão do pesquisador na modalidade qualitativa.

Neste estudo de caso utilizamos a triangulação de dados, ou das fontes de evidência, que propiciou uma maior abordagem de aspectos históricos e comportamentais e o estabelecimento vantajoso de "*linhas convergentes de investigação*" (YIN, 2010 p. 143) sobre o mesmo fato – a prática social educativa do enfermeiro-preceptor, princípio importante desta estratégia metodológica.

Em respeito aos princípios ético legais das pesquisas que envolvem seres humanos, este estudo foi registrado na Plataforma Brasil, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO C-), após autorização formal da Instituição Executora, expressa pela assinatura da diretoria na Carta de Anuência para coleta dos dados e uso da instituição (ANEXO B-).

Antes da realização das entrevistas e da observação direta junto aos participantes foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido individual (APÊNDICE E-) e a pesquisadora solicitou a assinatura, atendendo a Resolução nº466/2012 do CNS, no qual o entrevistado foi informado sobre os objetivos e métodos da pesquisa, os benefícios esperados, os riscos ou desconfortos previstos, a confidencialidade dos seus dados e que ele estará livre para se recusar em participar e abandonar a pesquisa em qualquer momento sem qualquer penalidade (BRASIL, 2012a).

Os participantes da pesquisa no tratamento, análise e apresentação dos dados, para garantir a preservação do anonimato, tiveram seus nomes substituídos por codinomes. Os codinomes foram organizados pelas letras iniciais de cada atuação profissional na RMS seguido do número designativo na ordem em que ocorreram os depoimentos. Deste modo temos EP para enfermeiro-preceptor, R para residente, P para preceptor de outra categoria que não a enfermagem, T para tutor, D para docente e C para coordenador.

Ainda, na identificação dos residentes (R) para facilitar a compreensão dos leitores do presente estudo de caso, registramos após a letra inicial e número designativo, a categoria profissional da seguinte forma: -Nut para nutricionista, -Assist para assistente social, -Psi para psicólogo, -Enf para enfermeiro, -Odonto para cirurgião dentista e -Farm para farmacêutica.

Quanto ao tratamento dos dados documentais, quando foi possível cópia ou impressão, realizou-se nas margens e no corpo do documento grifos com canetas ou lápis coloridos que indicaram, por exemplo: amarelo – ponto de atenção; vermelho – situações em discordância

com as falas, com a legislação e com a observação; verde – situações de aproximação com o que se está investigando; além do registro no instrumento.

Analisamos e construímos um quadro sinóptico dos documentos mais relevantes encontrados, apresentando ao leitor de forma clara o que foi extraído, que poderá inclusive servir de base para novos estudos ou replicações em outras instituições.

### Quadro 3: Banco de dados dos documentos oficiais do estudo.

N	Documento	Ano	Conteúdo
1	Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Mulher.	2009	<p>A RMSMC/HESFA terá como protagonistas os residentes, os profissionais dos serviços de saúde, as usuárias, os tutores e preceptores e docentes.</p> <p>Os alunos/residentes realizarão a prática profissional sob a supervisão e orientação de tutores e preceptores considerando o Cuidado Integral à mulher e Família, na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.</p> <p>A avaliação será considerada uma estratégia de aprendizagem, terá caráter formativo, oferecendo retorno constante dos tutores e preceptores para o residente.</p> <p>O preceptor participa da COREMU.</p> <p>Os preceptores farão curso para desenvolver as atividades inerentes do processo de formação da Residência Integrada Multiprofissional do Hospital Escola São Francisco de Assis. A DDAC acompanha e avalia os cursos ministrados na instituição e, em conjunto com a Comissão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Mulher assessorará o processo de educação permanente dos preceptores e tutores e as equipes de trabalhos.</p>
2	Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	2010	<p>Preceptores são os profissionais da rede municipal de serviços que atuam na Estratégia de Saúde da Família. O grupo de Preceptores será composto por enfermeiros, odontólogos e médicos.</p> <p>Os alunos receberão supervisão direta dos preceptores em serviço. Estes destinarão 20 horas da sua carga horária de trabalho para a preceptoria nas Unidades de Saúde e áreas de planejamento, na relação de um preceptor para até três alunos da mesma categoria profissional, além de supervisão indireta da coordenação do Programa de Residência.</p>

3	Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro	2011	<p>A COREMU/UFRJ contará com 01 membro efetivo e 01 suplente representante dos Preceptores de cada Programa.</p> <p>Os coordenadores devem acompanhar a supervisão dos residentes sob responsabilidade dos preceptores e tutores vinculados ao seu Programa de Residência.</p> <p>Os tutores tem como atribuição estabelecer articulação com os preceptores.</p> <p>Apresenta no artigo 20º as atribuições dos preceptores, no total de 09.</p> <p>A supervisão permanente do treinamento do Residente será feita por Preceptores e Tutores das áreas envolvidas.</p> <p>Poderá o Residente desenvolver ou participar de trabalho de pesquisa, desde que devidamente orientado e coordenado pelo corpo docente e/ou preceptores do Programa.</p>
4	Manual da Residência - Saúde da Mulher	2013	<p>A responsabilidade da RMS é de todos, incluindo o preceptor. Define quem é o preceptor e suas atribuições.</p>
5	Edital do Concurso para Seleção da Residência em Área Profissional e Multiprofissional em Saúde	2014	<p>A RMS é caracterizada por treinamento em serviço sob orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.</p>
6	Instrumento de Avaliação do Residente nos Campos de Prática – Saúde da Mulher	2014	<p>O preceptor deve destacar 2 aspectos positivos e 2 negativos das atividades desempenhadas pelo residente no setor e justificar. Também consta avaliação quanto à assiduidade, pontualidade, apresentação pessoal, iniciativa e interesse, desempenho profissional, comportamento ético e relacionamento interpessoal.</p>
7	Registro de Frequência - Saúde da Mulher	2014	<p>O preceptor deve assinar e carimbar confirmando a frequência do residente bem como a atividade desenvolvida no local.</p>
8	Manual do Residente - Saúde da Família e Comunidade	2015	<p>Conceitua quem é o preceptor.</p> <p>A responsabilidade de todas as atividades da Residência serão compartilhadas entre Coordenação, Tutores, Preceptores, Docentes e Residentes.</p> <p>A avaliação deverá ser um processo contínuo e progressivo que denota aos preceptores dos campos, tutores, orientadores e do próprio residente. Avaliação por escala de atitudes - realizada mensalmente pelos preceptores dos setores, envolvidos na formação do residente, através de formulário específico.</p> <p>O Residente também poderá ter um co-orientador, que pode ser um preceptor.</p> <p>A COREMU deve ter um representante dos preceptores.</p> <p>Para que o residente tenha dispensa para participar de evento deverá encaminhar por escrito, assinado pelo residente e seu preceptor.</p>

No período de produção de dados da pesquisa é importante apontar as limitações que ocorreram: a greve dos funcionários técnico-administrativos da UFRJ; a rotatividade dos preceptores celetistas das clínicas da família e; a reforma estrutural das dependências do HESFA.

Em atendimento ao rigor científico da pesquisa, a análise foi desenvolvida por meio das seguintes etapas, segundo Minayo (2007): leitura compreensiva do conjunto do material; exploração do material e síntese interpretativa.

Dando prosseguimento a análise, que consiste “... em encontrar um sentido para os dados coletados e em demonstrar como eles respondem ao problema de pesquisa que o pesquisador formulou progressivamente” (POUPART et al, 2010, p.140), foi utilizada uma abordagem que ocorreu com a coleta dos dados.

Neste estudo de caso utilizamos a análise de conteúdo, indo além das aparências do que foi sendo informado pelos atores sociais, examinando sistematicamente o conteúdo das mensagens. Assim sendo, a pesquisadora buscou “... os padrões e as estruturas que conectam as categorias temáticas.” (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004, p. 359).

O tipo de análise de conteúdo do presente estudo foi a temática. Utilizou-se critérios semânticos de categorização, respeitando às relações entre os dados obtidos das distintas fontes de evidência, fornecendo a coerência e a constância dos resultados do caso.

... a confiabilidade de uma pesquisa orientada por um Estudo de Caso será mostrada [...] pelas triangulações de dados, fruto da prática de diversos instrumentos de coleta de dados, encadeamento de evidências e rigor em todos os procedimentos realizados ao longo de toda a pesquisa. (MARTINS, 2008, p.92)

Para exploração do material, após a leitura do todo produzido (documentos, entrevistas e observação) acerca da prática social educativa do enfermeiro-preceptor, organizamos os trechos de cada parte que dialogam entre si compreensivamente, a partir da detecção de “núcleos de sentido”.

De acordo com Minayo (org.), é importante “*analisar os diferentes núcleos de sentido [...] para buscarmos temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados*” (2007, p, 92).

Com base no teórico estudado – Dermeval Saviani e, na utilização das revisões literárias construídas inicialmente nos Capítulos 1 e 2 deste estudo, analisamos os diferentes “núcleos” encontrados e ocorreu a construção de categorias, com síntese interpretativa, como

etapa final.

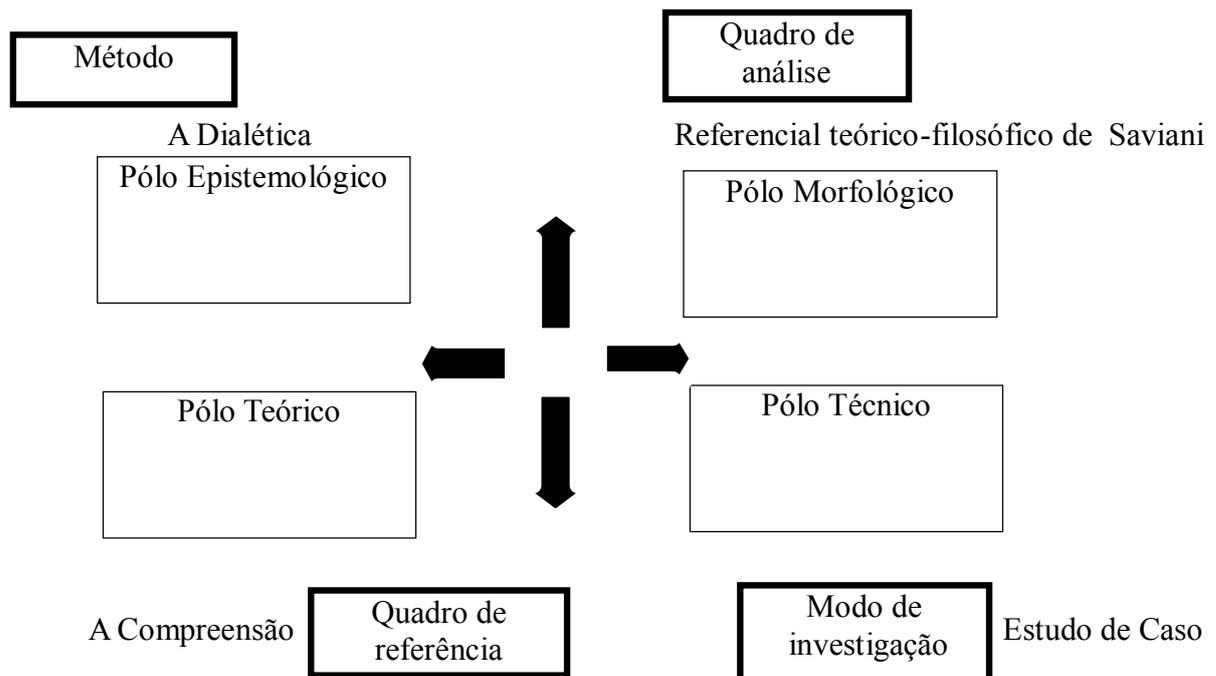
Como desafio, construímos um relato final com a apresentação dos dados de forma mais compacta, sem roubar sua riqueza – organizado, estruturado em 03 categorias temáticas (no capítulo 4), por meio das quais serão possíveis leituras pelos pares ou por profissionais da saúde e ou interessados na temática deste estudo, a saber:

- Os atores sociais da Residência Multiprofissional em Saúde do HESFA;
- A prática docente-assistencial do enfermeiro-preceptor na RMS;
- Os saberes que emergem do trabalho educativo do enfermeiro-preceptor na RMS.

Como o presente capítulo deve exhibir o campo da prática científica, articulando os diversos momentos do estudo, é possível diferenciar os quatro pólos metodológicos que "*... não se configuram momentos separados da pesquisa, mas aspectos particulares de uma mesma realidade de produção dos discursos e de práticas científicas.*" (BRUYNE, HERMAN e SCHOUTHEETE, 1977, p. 35). São eles: epistemológico, teórico, morfológico e técnico.

O Esquema 3 apresenta ilustrativamente a organização metodológica quadripolar da prática científica da tese em questão.

Esquema 3 – Estrutura do Espaço Metodológico Quadripolar



Fonte: Adaptado de Bruyne, Herman e Schoutheete (1977, p.36).

O primeiro pólo é considerado o de vigilância crítica, que forneceu segurança da objetivação, decidindo as "... regras de produção e de explicação dos fatos, sua compreensão e da validade das teorias." (Idem). Neste caso, o pólo epistemológico está localizado na dialética, por descobrirmos o movimento social, histórico e concreto, através da ação-reflexão-ação, da prática social educativa dos enfermeiros-preceptores na relação com os atores sociais da RMS.

O pólo teórico é o segundo na estrutura quadripolar da prática metodológica. Ele conduziu a "... formulação sistemática dos objetos científicos [...]. É o lugar de elaboração das linguagens científicas. O pólo teórico avizinha-se dos quadros de referência [...] que desempenham um papel paradigmático implícito." (Idem).

A abordagem compreensiva foi utilizada neste estudo, pois, é adequada para investigação de fenômenos singulares e únicos, visando "*apreender e explicitar o sentido da atividade social individual e coletiva enquanto realização de uma intenção.*" (BRUYNE, HERMAN e SCHOUTHEETE, 1977, p. 139).

O referencial teórico de Dermeval Saviani sustenta o quadro de análise no pólo morfológico do presente estudo. De acordo com Bruyne, Herman e Schoutheete, "*esse pólo representa o plano de organização dos fenômenos, os modos de articulação da expressão teórica objetivada da problemática da pesquisa.*"(1977, p. 159).

No último pólo metodológico tratamos dos procedimentos de produção dos dados, por meio dos quais se assimilou o fenômeno. Esta pesquisa utilizou como modo de investigação representativo das pesquisas em ciências sociais, o Estudo de Caso, no pólo técnico.

Neste Estudo de Caso evidenciamos como critérios de qualidade científica a coerência interna, a validade de constructo, pois, o estudo está vinculado a uma teoria e utiliza múltiplas fontes e encadeamento lógico de evidências e, a validade externa, "*na medida em que os achados possam ajudar a explicação de outro caso semelhante*" (MARTINS, 2008, p. 96). Para tal, é importante um plano de disseminação.

Para disseminação da informação dos achados do Estudo de Caso, a pesquisadora se compromete em enviar sob forma de artigos, para periódicos de impacto e bem avaliados nacional e internacionalmente, o material produzido. Além disto, apresentou em eventos científicos, resultados do trabalho, mesmo na fase inicial de construção, como é o caso da

apresentação do estado da arte no Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia, Inovação e Educação 2014, que ocorreu em novembro/2014 na Argentina e da apresentação do perfil dos residentes e sua atuação junto ao enfermeiro-preceptor na XIII Conferência Iberoamericana de Investigación em Educação em Enfermagem, que ocorreu no Brasil em setembro/2015.

### 3.1 O HESFA Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis



Fonte: UFRJ/HESFA, online, 2015.

O HESFA é caracterizado como um estabelecimento do tipo hospital geral, de natureza jurídica e esfera administrativa federal, prestador público de serviços à população e com atividade de ensino e pesquisa universitário, mantido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Oferece serviços de atenção básica e média complexidade, atendendo à demanda espontânea e referenciada do Sistema Único de Saúde – SUS no período da manhã e da tarde, de segunda a sexta-feira.

Conta com cento e quarenta e três profissionais ativos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, de acordo com a atualização de 25/09/2015. Além disso, compõe seu quadro de servidores outros profissionais da UFRJ, docentes, pesquisadores e técnico-administrativos ali lotados.

A instituição iniciou suas atividades no cuidado aos mais necessitados economicamente e à margem da sociedade, inaugurado com o nome de Asylo de Mendicidade, em 1879, por Dom Pedro II. Em 1892 passou a se chamar Asilo São Francisco de Assis, nome menos pejorativo, sendo assumido como patrimônio da prefeitura do Distrito Federal. Em 1920 foi retomado pela União e na inauguração, dois anos depois, recebeu o nome de Hospital-Escola São Francisco de Assis.

Pela sua belíssima e histórica arquitetura, o HESFA foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) no ano de 1983. Ficou dez anos desativado e em 1988, sob a direção de professores da Escola de Enfermagem Anna Nery, voltou a funcionar para atender às vítimas de uma casa de saúde de idosos que desabou no Rio de Janeiro (SOUZA e BAPTISTA, 1997). No HESFA as enfermeiras começaram o exercer o papel, pela primeira vez, da diretoria de um hospital.

Desde 2008 integra o complexo hospitalar da UFRJ, uma rede composta por nove instituições, objetivando “criar condições para que o ensino e a pesquisa na área de saúde

*possam desenvolver-se dentro de um alto padrão de qualidade assistencial ao paciente, usuário do sistema e com otimização de custos”.* (UFRJ, 2015, s.p.)

Dentre os dez princípios e conceitos explicitados a partir da criação do complexo hospitalar da UFRJ, merece destaque a importância da formação de equipes multiprofissionais, o trabalho com base na multiprofissionalidade “... onde o ensino a pesquisa e a assistência ocorram concomitantemente” e a procura pela qualidade social, onde “o usuário e o aluno são o centro das ações do sistema”. (Ibid)

Ao longo dos anos sua estrutura foi muito danificada, e parte dela encontra-se desativada. Desde 2011 está em reforma física-estrutural e recebeu o nome de Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, considerando também sua reforma institucional. Em reunião para aprovação do atual nome da instituição, as seguintes responsabilidades foram destacadas, pela diretora, como àquelas a serem exercidas:

Constituir-se em espaço avançado e de referência, no âmbito de Atenção Primária de Saúde tendo como principais diretrizes, no nível docente-assistencial, servir de campo de práticas para alunos de graduação e de pós-graduação da área da saúde e afins; Oferecer capacitação profissional multidisciplinar; Oferecer cursos lato sensu multiprofissionais; Contribuir, como centro gerador de conhecimento na Atenção Primária de Saúde; Colaborar para a melhoria da qualidade de vida, em especial na área da saúde, através de parcerias com entidades governamentais, atuando na formação de pessoal e divulgando atividades acadêmicas que venham a produzir benefícios à sociedade. (UFRJ, 2011, p.2)

*“Desde sua criação em 1922, o HESFA constituiu-se num centro de aprendizagem e aperfeiçoamento dos que escolheram exercer sua atividade profissional na área da saúde.”* (SOUZA e BAPTISTA, 1997, p. 351). O HESFA assumiu o ensino com qualidade como um de seus compromissos, expresso na missão da instituição.

Promover a assistência, o ensino e a pesquisa com qualidade e de forma humanizada, de acordo com as demandas peculiares da Atenção Primária e Secundária de Saúde em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como oferecer serviços de cuidados paliativos e educação para todos os pacientes e familiares no âmbito da instituição e no domicílio dentro de uma perspectiva acadêmica, adotando modelo de gestão participativa. (UFRJ/HESFA, s.d., p.6)

A assistência em saúde ocorre em diversos setores de atividades assistenciais e de projetos acadêmicos, tais como: Unidade de Cuidados Básicos (UCB), Unidade de Reabilitação (UR), Unidade da Terceira Idade (UnTI), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Atenção Especializada (SAE), Unidade de Atenção aos Problemas

Relacionados ao Álcool e Outras Drogas (UNIPRAD), Unidade de Práticas Complementares (UNIPAC), Unidade de Assistência Farmacêutica, Unidade de Imagens e Traçados Gráficos (ECG, EDA, RX), Unidade de Nutrição e Dietética, entre outros (UFRJ/HESFA, *s.d.*)

Possui uma Divisão de Desenvolvimento Acadêmico e Científico – DDAC que favorece que a instituição seja espaço de ensino e aprendizagem em nível de graduação e pós-graduação, produzindo conhecimento por meio de linhas de pesquisa e da assistência. Neste sentido, engloba a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher foi pioneira na instituição, sendo o início da primeira turma em fevereiro de 2010. Tem como público-alvo enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos e confere a estes, ao final de dois anos de curso presencial teórico, prático e teórico-prático, o título de pós-graduados *lato sensu* em saúde da mulher.

Está inscrita na área de conhecimento de saúde da mulher e conta com a infraestrutura do HESFA para o pleno desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem teórico e para grande parte das atividades práticas, também utiliza outros dois cenários extramuros. Em seu objetivo geral apresenta a importância da composição do trabalho em rede e o fortalecimento do SUS. Penso que neste sentido trata inclusive da relação do residente com o enfermeiro-preceptor no espaço de produção do cuidado em saúde.

Promover o desenvolvimento de atributos profissionais de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, formados pelo programa de residência multiprofissional em saúde, nos diferentes Campos de Saberes e Práticas, para o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde da mulher e sua família, assim como, na gestão e organização do trabalho, visando à melhoria da saúde, da qualidade de vida e atendimento das necessidades da rede para a consolidação do SUS. (UFRJ/HESFA, 2009, p. 6)

As características profissionais dos estudantes podem ser ampliadas pelo ensino, acompanhamento, supervisão e avaliação do preceptor, pois, é ele quem junto ao residente e ao tutor sustenta o campo de prática. Além disso, por meio da participação na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), tendo um representante legalmente instituído, pode levar as questões do serviço que impactam na qualidade do ensino para discussão e tomadas de decisões em nível gestor.

Cabe ainda registrar que a RMS-SM iniciou a primeira turma ofertando duas vagas por categoria profissional para residentes por ano e, para o ano de 2017 no edital consta a oferta de quatro por categoria profissional, totalizando 12 vagas.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, a segunda aprovada e autorizada pelo MEC e MS para funcionar na instituição, recebeu os primeiros estudantes em 2011. Tem como público-alvo profissionais de seis diferentes categorias: enfermagem, serviço social, odontologia, farmácia, nutrição e psicologia.

Em seu projeto consta oferta inicial de onze vagas anuais distribuídas entre estas categoriais profissionais, que foi organizado “*tendo por base o quantitativo de bolsas definido e disponibilizado pelo Ministério da Saúde*” (UFRJ/HESFA, 2010, p15). Para o ano de 2017, são duas para cada categoria, pois, a farmácia não consta no edital, totalizando dez vagas. Cada especializando receberá um valor de bolsa R\$ 3.330,43 mensal, que pode ser reajustado ao longo do curso.

Também considerado como um Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* presencial, abrange teoria e prática com uma carga horária total de 5.760 horas, distribuída em dois anos. No primeiro o estudante é chamado de R1 e no segundo ano de R2.

Dos dez objetivos específicos expressos no projeto do curso destaca-se a necessidade de integração docente-assistencial do residente com o trabalhador do serviço, o preceptor. Os preceptores, que atuam como supervisores, são os profissionais enfermeiros, dentistas e médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Estes também participam do processo de avaliação da prática profissional dos residentes e tem representação garantida na COREMU.

No período de produção de dados deste estudo de caso, os residentes estavam sob supervisão direta de preceptores de três Unidades de Saúde da Família, localizadas nas áreas de planejamento 1.0 e 3.1 do município do Rio de Janeiro.

De acordo com a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFRJ em seu regimento interno, artigo 20º, em todos os programas de RMS os preceptores têm que cumprir com atribuições bem específicas.

I.Orientar diretamente o treinamento dos Residentes, acompanhando-o em todas suas etapas; II. Orientar os Residentes, na solução dos problemas de natureza ética, surgidos no exercício de suas atividades nos cenários de práticas; III. Observar e registrar a pontualidade e frequência do Residente de acordo com o cronograma de atividades; IV. Orientar a produção técnica dos Residentes; V. Orientar a produção científica do Residente, quando portador do título de mestre ou doutor; VI. Coorientar a produção científica do Residente, quando portador do título de especialista;VII.Participar das atividades designadas pelo Coordenador de Área;VIII. Colaborar com o Coordenador de Área na organização e fiscalização das atividades programadas e desenvolvidas pelos Residentes vinculados ao programa; IX.Colaborar com a avaliação do desempenho acadêmico do Residente, em

conjunto com os Tutores. (UFRJ/PR2, 2011a, p.6)

Estas atribuições serão discutidas no capítulo 4 a seguir, que apresentam os resultados do estudo de caso.

Continuando sua missão no ensino e pesquisa, no ano de 2015 foi aberta inscrição para seleção de estudantes para a primeira turma (com início em agosto) do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, com três linhas de pesquisa: Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS); Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde; Evidência clínica, modelos técnico-assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS).

O HESFA é uma instituição séria com uma longa história no atendimento a sociedade carioca, com missão inicial assistencial caritativa que evoluiu em assistencial à saúde, hospitalar até os dias atuais, com característica exclusiva de atenção básica e média complexidade. Faz parte da realidade contemporânea do serviço de saúde pública do país e tem muito a contribuir com a formação de novos profissionais para atuarem na luta por melhores condições de saúde e vida da população.

## **Capítulo 4**

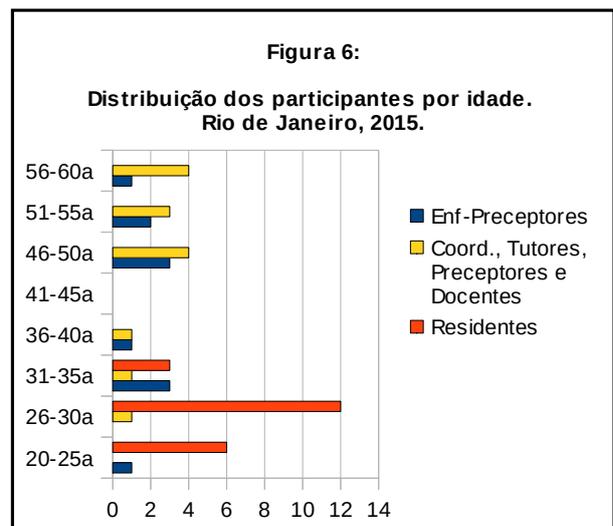
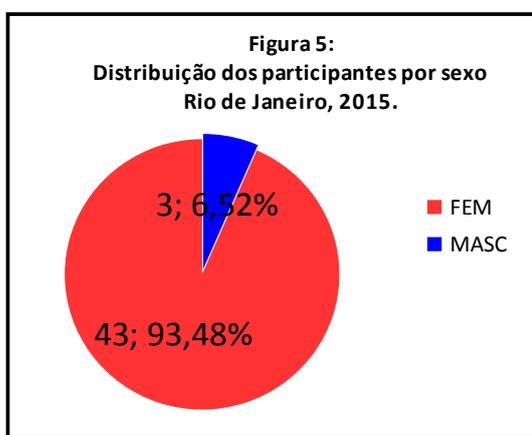
### **Apresentação e Análise dos Achados**

*Se a educação é mediação, isto significa que ela não se justifica por si mesma, mas tem sua razão de ser nos efeitos que se prolongam para além dela e que persistem mesmo após a cessação da ação pedagógica.*  
*Dermeval Saviani*

#### 4.1 Os atores sociais da Residência Multiprofissional em Saúde do HESFA

Nesta primeira unidade de análise apresentamos os atores sociais e sua história junto aos programas de residência do HESFA. Conhecer quem são os protagonistas da Residência Multiprofissional em Saúde – RMS do presente estudo de caso é uma etapa importante, que se inscreve na prática social inicial destacada por Dermeval Saviani. Não se trata apenas de uma caracterização dos participantes, mas, da compreensão de seu momento atual nos programas, que se insere em uma esfera maior, que é a de parte da história da RMS no Brasil.

Num total de quarenta e seis entrevistados, contamos com a participação de vinte e três enfermeiros, sete assistentes sociais, sete psicólogas, quatro odontólogos, três nutricionistas, uma terapeuta ocupacional e uma farmacêutica. Portanto, representam sete das treze categorias profissionais possíveis de inserção efetiva na RMS. A maioria é do sexo feminino, com a idade variando entre 24 e 59 anos, conforme podemos observar nas Figuras 5 e 6.



Um número expressivo de profissionais de saúde no Brasil é do sexo feminino. “No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior...” (WERMELINGER *et al*, 2010, p. 56).

Muitas são as questões e discussões acerca do processo de feminização das profissões em saúde em todo o mundo, como por exemplo: a remuneração igual à do sexo masculino, a

ocupação em cargos de chefia e direção, o trabalho técnico e altamente especializado, o acúmulo entre as atividades profissionais, domésticas e a maternidade, entre outros. Com relação à enfermagem, é histórica a participação da mulher na profissão, tanto em nível fundamental e médio quanto superior.

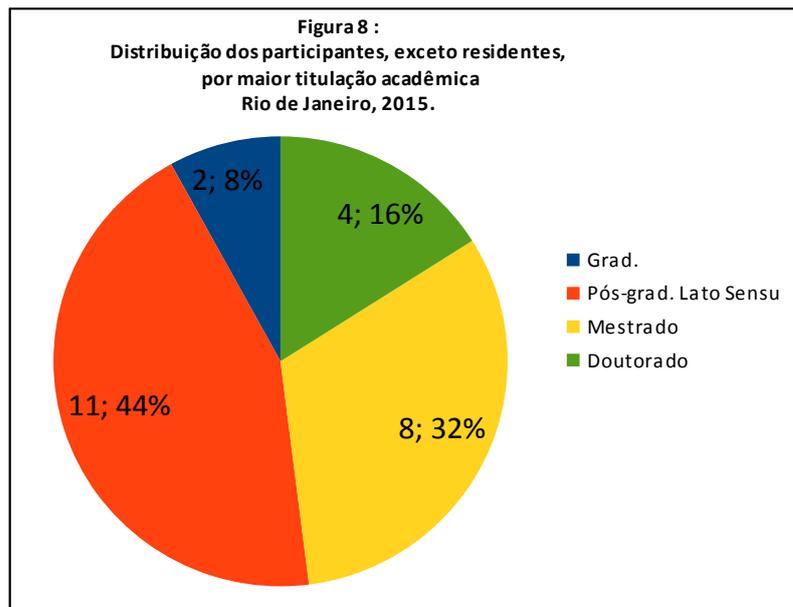
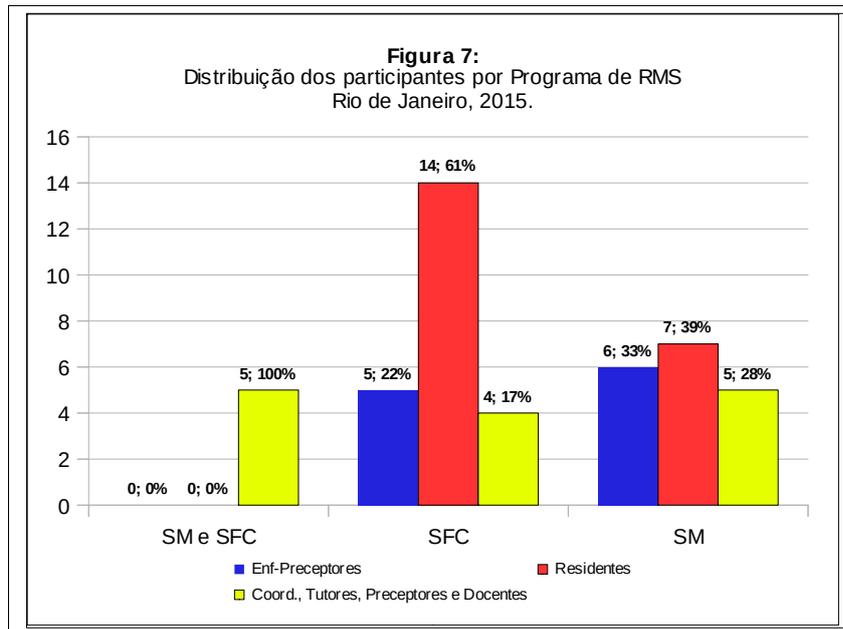
O HESFA oferece vagas aos estudantes para RMS por meio de dois programas distintos. O primeiro a ser autorizado pelo MEC/MS e iniciado foi o de Saúde da Mulher – SM, em 2010, que até hoje oferece vaga para os graduados em enfermagem, psicologia e serviço social.

O segundo programa é o de Saúde da Família e Comunidade – SFC, que iniciou em 2011 e oferta vagas para enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e farmacêuticos (sendo a última turma para esta categoria oferecida em 2013).

Para efetivação *in loco* das atividades da RMS os seguintes atores sociais participam realmente dos programas do HESFA: os usuários dos serviços de saúde, os residentes, os preceptores, os docentes, os tutores e os coordenadores. Neste estudo ouvimos a todos, com exceção dos usuários, pela sua especificidade e características peculiares de busca e atendimento em cada setor ou unidade onde foram realizadas as produções dos dados.

Todas as coordenadoras (duas) e vice-coordenadoras (duas) dos programas foram entrevistadas. É interessante registrar, no universo multiprofissional de tantas possibilidades, que três são enfermeiras. Dos vinte e dois especializando inscritos regularmente nos cursos, ouvimos vinte e um. Houve um equilíbrio entre os participantes tutores, docentes e preceptores dos programas de SM e SFC no que se refere ao número de entrevistas.

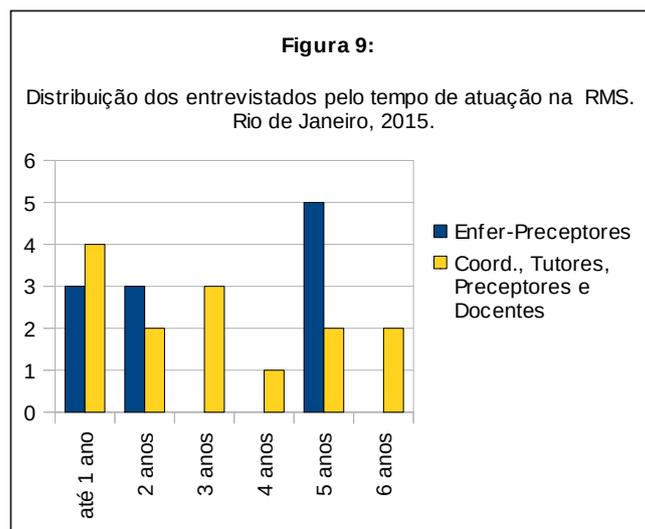
É importante destacar que oito participantes acumulam ou acumularam mais de uma função nos Programas de RMS, como por exemplo, docência e tutoria, docência e coordenação, tutoria e coordenação, preceptoria e tutoria. Mas, para melhor organização e apresentação textual, inserimos na função que desempenha há mais tempo ou aquela que mais trouxe no relato, aproximando ao objeto do estudo. Nenhum enfermeiro-preceptor exerce outra atividade na RMS. Há cinco profissionais que atuam em ambos os Programas concomitantemente, como vemos na Figura 7.



Das coordenadoras, uma é mestre e três são doutoras. Todas as tutoras têm como maior titulação acadêmica o mestrado. Das docentes, temos uma mestre e uma doutora. A titulação dos profissionais docentes, tutores e coordenadores que atuam nos programas de RMS do HESFA vai ao encontro do que rege a legislação (MEC, 2012), pois, tem pós-graduação *stricto sensu* e experiência profissional de três anos. Portanto, podem contribuir com a formação e a vivência real no processo de aprendizagem dos residentes e também no apoio aos preceptores.

Dos preceptores, incluindo o enfermeiro, onze possuem pós-graduação *lato sensu* e

dois possuem graduação, no caso, em enfermagem. Quanto às preceptoras graduadas, uma já tem catorze anos de atuação no setor e vasta experiência, o que a torna uma *expertise*; e a outra atua há dois anos e três meses na área. Neste último caso, se trata de uma profissional que tinha grande interesse em atuar na RMS, apesar de não atender ao requisito de tempo de formação e especialização.



Quanto ao tempo de atuação na RMS, dois atores sociais estão desde o começo, do nascimento dos projetos dos programas, e dos processos de seleção das primeiras turmas. Estas, inclusive, relataram questões acerca da organização político-educacional da Universidade.

"... entre 2009-2010 conversamos sobre a possibilidade de um desenho de uma Residência Multiprofissional em Saúde. [...] A primeira versão foi uma questão de negociação aqui no HESFA, ao invés de ser saúde da família se decidiu que seria clínica da mulher. [...] Daí a poucos meses a da saúde da família veio [...] “Ok! Estamos prontos, podemos dar as bolsas”. Mas não, você sendo atendido tinha no máximo dois ou três meses para entrar em ação. Bom nosso projeto foi atendido em julho ou agosto e em setembro/outubro tínhamos que estar com os residentes. Então foi uma correria...” (D1)

"Na verdade, quer dizer, eu já vim para cá no final de 2009, é que eu vim aqui para o HESFA porque eu já comecei a participar do concurso de seleção já da turma de 2010. Então eu comecei mesmo aqui em torno de dezembro de 2009. Eu não participei do projeto pedagógico, da elaboração do projeto, que foi um pouco antes. Quando foi na época a professora K que era a coordenadora/diretora junto com a professora Y, que era vice-diretora elas disseram: “Ah! Vai abrir um edital para Residência. Vamos concorrer?”. Então foram elas que fizeram todo o projeto. Quando o projeto foi aprovado, aí elas me convidaram.” (C4)

Os relatos apontam que o processo de elaboração e inscrição dos projetos de residência na instituição para apreciação e aprovação dentro da UFRJ e, externamente, junto aos Ministérios da Saúde e Educação foram realizados através de acordos entre os idealizadores locais e com tempo recorde, de modo que tiveram poucos meses a fim de se prepararem para prévia abertura do edital, seleção e recepção dos residentes. Isso também implica em encontros e vastas discussões com todos os que seriam e são importantes para atuação e funcionamento de excelência dos cursos.

Apesar de completar sete anos do início da primeira turma de residentes (2010), cabe destacar que ainda não houve nenhuma avaliação das mesmas pelo MEC/MS. Todavia, a instituição ganha uma progressão regional e nacional junto ao MS por ser executora de programas de RMS e, a procura dos mesmos pelos alunos nesta série histórica acaba sendo considerada uma forma de retorno avaliativo, com dados como número de inscritos no processo seletivo, aprovados, permanência dos especializandos nos dois anos e conclusão do curso.

A visibilidade que a instituição conquista com os seus programas de residência deve refletir em benefícios para todos os envolvidos no processo. Na verdade, o MS faz o pagamento das bolsas somente para os residentes e, os demais não recebem nenhum incentivo financeiro próprio da RMS para participarem e, não há ainda uma política de valorização interna na Universidade do trabalho do docente, do tutor, nem do preceptor.

Em relação aos enfermeiros-preceptores, há uma diferença no tempo de atuação entre aqueles que acompanham os residentes na área de SM e na SFC. Sendo estes últimos (com exceção de um depoente) com atuação há menos tempo, devido ao tipo de vínculo com a unidade de saúde e alta rotatividade. Dos onze entrevistados, cinco são celetistas (CLT), contratados por Organizações Sociais (OSs) do município do Rio de Janeiro. Entre os que exercem suas atividades em regime de CLT, o maior tempo na RMS foi de dois anos.

Esta questão traz impactos para formação profissional dos especializandos, pois, a construção do vínculo é essencial no processo de ensino e aprendizagem. Além disso, os estudantes ficam sem referência para as questões que emergem nos espaços vivos de trabalho prático. Isso fica claro na fala dos residentes.

"Antes desse novo enfermeiro, ex-residente, também tinha uma outra enfermeira – a rotatividade é muito alta na Saúde da Família [...]. Então, quando você fala enfermeiro eu imagino mil pessoas que eu tive contato, tanto na outra clínica como nessa." (R14 -Nut)

"Nós no *Local X* tivemos alguns problemas quanto à presença do enfermeiro por conta da rotatividade de profissional. Então, no início nós fomos muito bem acolhidos por uma enfermeira que hoje não faz mais parte da nossa equipe. Tem uma enfermeira temporária lá que não abraça tanto assim a causa por conta de ser temporária. Então nós precisaríamos de um enfermeiro que está para se oficializar agora nas contratações..." (R18 - Odonto)

"... depois nós ficamos sem preceptor, desde julho." (R16 -Assist)

"É porque a enfermeira que entrou ela ainda estava muito acostumada com o processo de trabalho de outra equipe, porque ela era de uma equipe e foi para essa, para substituir essa enfermeira que acabou pedindo demissão. Então ela acabou não retornando e acabou dando esse pequeno problema de nós não termos a personificação de uma enfermeira como preceptora." (R17 -Nut)

"E aí nesse meio tempo ela foi embora, porque ela passou num concurso. Nisso que ela foi embora, foi o momento que eu vi que era o momento de viver a prática mais intensamente. Eu falei '*Agora eu vou*', mesmo sabendo que não era meu papel poderia me abster e falar assim '*Não, não tem enfermeiro, não vou atender*', mas, eu preferi ficar na frente da equipe. Então eu acabava fazendo o papel de enfermeira sozinha, tinha agenda e acabou que me sugou muito, me deixou muito cansada, muito estressada, porque eu acabei vivendo as cobranças que o enfermeiro vive aqui nessa gestão de saúde da família." (R2 -Enf)

Saviani destaca que a sociedade atual tem característica capitalista, burguesa, mercadológica e disso "... *decorre outro atributo da sociedade moderna: o caráter contratual. Daí derivam [...] aspectos que repercutem diretamente na educação...*" (2014, p. 20).

Muitas vezes, os profissionais que trabalham vinculados às OSs devem cumprir metas no desenvolvimento de suas atividades, inclusive para ganhos financeiros diferenciados, o que demanda um número expressivo e excessivo de atendimento diário, entre outros. Além disso, podem trazer também fragilidade no vínculo com o cenário de atuação, por não se vislumbrar possibilidade de fixação por longos anos e até décadas ali. Estas questões ficam evidentes na fala dos residentes e envolvem a temporalidade, a demissão e a troca por um cargo efetivo conquistado através de concurso público.

Os residentes, na ausência do enfermeiro-preceptor, acabam assumindo as responsabilidades diante da equipe de trabalho e se desafiando, já que estão no segundo ano do curso, percebendo o quanto esse profissional é importante na equipe e sofrendo com suas muitas demandas e atividades. Identificam que a personificação desse papel é essencial para seu aprendizado e destacam como problema a falta de referência.

O preceptor é o profissional de referência do residente no campo da prática e, como esta compõe 80% das atividades dele no curso deve ser pensada e planejada com muita atenção por parte dos gestores, tanto dos programas quanto dos cenários, do serviço. Em se tratando especificamente da RMS-SFC, deve haver o cuidado de inserir residentes em equipes compostas por profissionais que tenham um tempo de fixação na unidade, o que não garante que não ocorra rotatividade, mas, já aponta para um caminho um pouco mais seguro.

Quanto aos outros seis enfermeiros, três começaram na preceptoria desde o início do programa de SM no HESFA, em 2010, outros dois faz três anos, quando começou no setor onde já atuavam e, só uma possui tempo de atuação na RMS há dois anos, porque o setor em que trabalhava antes não recebia residentes. Em nenhum momento os residentes entrevistados da RMS-SM relataram mudanças e rotatividade dos seus preceptores.

A inserção do enfermeiro-preceptor na RMS ocorre de forma diferenciada entre os que acompanham os especializandos do programa de SM e os de SFC. Um maior tempo prático dos residentes do programa de SM ocorre nas dependências mesmo do HESFA, e os enfermeiros relatam a sua inserção na preceptoria de modo quase que automático, por já trabalharem numa instituição acadêmica, um hospital-escola.

"A princípio, nós já acompanhávamos as alunas da graduação da EEAN. E, depois começaram a vir as residentes. Foi assim. A princípio, foi meio de surpresa, sabia?! Foi meio sem preparo. Mas, foi nossa vivência, nós já estamos acostumados, aqui é um hospital-escola." (EP1)

"Trabalhando aqui no *setor*, a residência foi chegando, naquela época [...] 2010. Você estando aqui, sempre ouvi dizer que o HESFA era um hospital-escola e você deveria aceitar e nós fomos aceitando. Eles foram chegando e nós nos adaptando, eles a nós e nós a eles. O grupo foi tentando trabalhar, foi se acostumando um com o outro e aprendendo a trabalhar. Até porque era uma novidade (*essa modalidade de residência?*). É, com assistente social, psicólogos e enfermeiros." (EP2)

"Na verdade não é uma questão muito de nós escolhermos. O *setor* sempre está aberto, desde o início da história do *setor*, eu participo desde o momento que foi criado. Mas, desde que eu estou aqui, há 14 anos, nós já temos este costume de receber os profissionais de várias áreas. De residentes, graduandos, profissionais que estão já na ativa mais para treinamento em serviço. Então, assim quando se falou que o HESFA ia participar da residência, nós já nos consideramos automaticamente incluídos neste processo." (EP3)

O trabalho na preceptoria começa pela experiência com os alunos do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e chega até a RMS, o que identifiquei em estudo por ocasião do meu curso de mestrado (SILVA, 2011). Por ser

uma instituição que tem proximidade não só física com a EEAN, também da UFRJ, o HESFA nos seus programas de RMS conta, inclusive, com muitos professores na função de coordenadores, tutores, docentes e apoiadores, de um modo geral.

O aceite para realizar a preceptoría por parte dos enfermeiros advém do princípio institucional, reconhecem o local em que trabalham como espaço formador, universitário, acadêmico e escolar por natureza, tanto em nível de treinamento em serviço para profissionais, quanto para estudantes de graduação e pós-graduação. Porém, os relatos também indicam a surpresa e novidade da prática social educativa multidisciplinar que sustenta o programa.

Nas unidades dentro do HESFA já se preconiza a lógica do trabalho em equipe multidisciplinar, mas, há uma diferença entre realizar uma atividade assistencial técnico-administrativa e uma ação docente, que tem suas exigências próprias. Em sub-capítulos a seguir estas questões serão analisadas mais amplamente.

O início do trabalho como preceptor também se apresenta como uma escolha, não do próprio enfermeiro, mas, de outro por ele. Como podemos observar nos depoimentos.

“Na verdade, quando começou a residência aqui eram com outros dois residentes [...] eles na verdade que escolheram as equipes que tinham mais vulnerabilidade social. E aí eles começaram com a outra equipe [...]. Com a chegada de mais residentes, eles fizeram a divisão e foram eles mesmos que escolheram aonde que os residentes iam ficar. [...] foram eles que na verdade nos escolheram. Nós não. Porque também, não é que foi perguntado, nada disso. Eles mesmo que decidiram, perguntaram se nós aceitávamos, nós os aceitamos.” (EP5)

"Quando eu entrei me convidaram para ser preceptora da residência multi da ENSP. [...] Eu fiquei como preceptora deles por 01 ano e aí eles saíram e vieram as meninas da multi da UFRJ. [...] foi diferente, porque as meninas já eram preceptoradas por uma médica [...]. E aí ela resolveu convidá-las para virem para cá, elas vieram, gostaram e pediram para ser preceptora também, porque elas precisavam de uma preceptora de enfermagem." (EP6)

"O gerente designa quem é o preceptor e eu vou até o preceptor para conversar. Então acho que isso já é uma primeira dificuldade. Porque esse perfil do preceptor interfere diretamente na formação desse residente. E nem sempre eu participo dessa escolha, já me entregam o preceptor escolhido: ‘o preceptor é o fulano’." (C2)

O depoimento da coordenadora confirma o modo como ocorre a inserção do preceptor no programa de RMS. Muitas vezes, na ESF se dá por parte da gerência da unidade que indica quem são os profissionais que podem acompanhar os residentes. Felizmente, a experiência prévia com o curso da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP facilitou a atuação da EP6

com o grupo do HESFA/UFRJ.

O que se espera é que o preceptor seja um profissional inserido no serviço de saúde que tenha experiência na área na qual o estudante vai vivenciar a prática profissional e interesse em participar do processo de ensino e aprendizagem de novos agentes do mundo do trabalho. Assim, ele pode trazer segurança, orientações cotidianas pertinentes, propiciando a crítica e a reflexão e um aprendizado contextualizado, que se solidifique a ponto do futuro especialista ter ferramentas para transformação social.

Em outras situações, os residentes já estavam nas equipes de ESF quando os enfermeiros chegaram e, assumiram a função de preceptores.

"Foi assim. Eu cheguei, elas já estavam aqui. [...] Então o trem já estava andando e eu entrei nesse trem e estou caminhando junto." (EP4)

"Na realidade aconteceu o seguinte, eu era de uma equipe e quando eu peguei essa equipe já havia esses meninos, já havia esses residentes." (EP9)

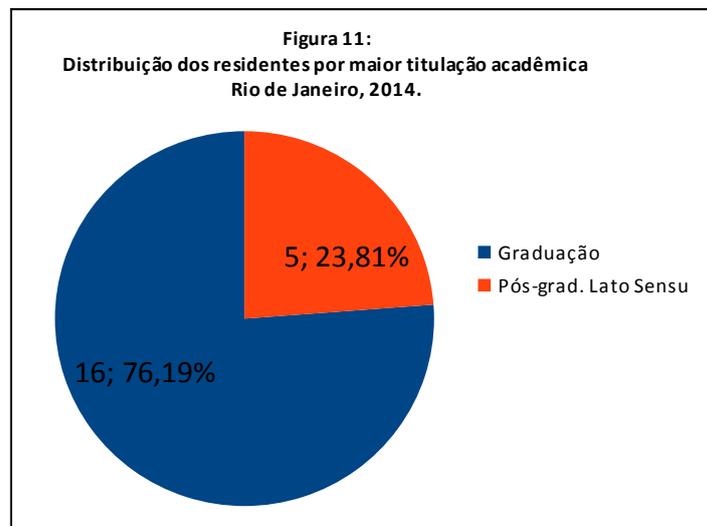
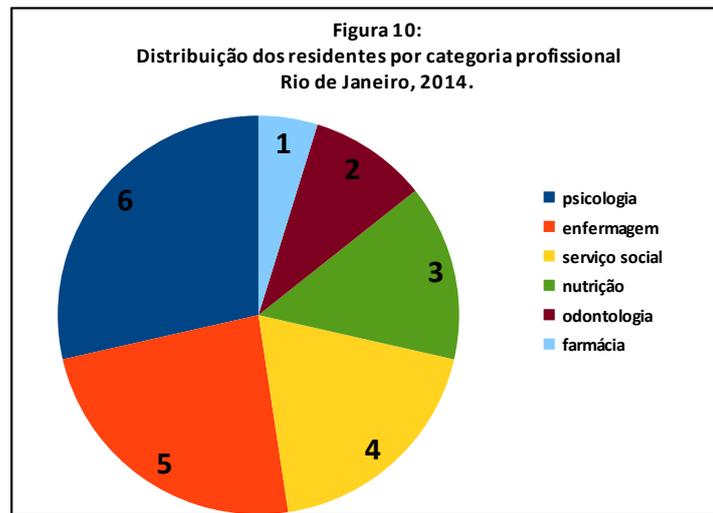
Na realidade, por meio dos relatos acima, identificamos que os residentes possivelmente dominavam mais a dinâmica do cenário do que o enfermeiro-preceptor, que chega com sua prática social inicial. Educador e educando estão no mesmo "trem", construindo o processo de ensino e aprendizagem na RMS, com todos os seus desafios.

Como 1<sup>o</sup> momento da PHC, Saviani nos ensina que educadores e educandos vivenciam a prática social em posições distintas. No caso, quando os enfermeiros-preceptores 4 e 9 assumiram os residentes estes já conheciam os outros profissionais de saúde, os usuários e a lógica do funcionamento da equipe e do atendimento. O movimento de ambientação e acolhida não precisou ser realizado, ao contrário, o residente pode ser o facilitador para o enfermeiro-preceptor que chegava. Isso não exclui a necessidade do educador de dar continuidade aos processos de ensino com os residentes.

Quanto aos residentes, todos estavam no segundo ano do curso, 76% possuía como maior titulação acadêmica a graduação (pré-requisito para o ingresso no curso) nas seguintes profissões: psicologia (29%), enfermagem (24%), serviço social (19%), nutrição (14%), odontologia (10%) e farmácia (5%). A maioria tinha entre dois e três anos de conclusão do curso de graduação. Todos os recém-graduados das seis profissões foram supervisionados pelo enfermeiro-preceptor individualmente ou em mini-equipes multidisciplinares.

O termo "mini-equipe" foi utilizado pelos depoentes em vários momentos e se refere a organização e trabalho em grupo de residentes de diferentes categorias: enfermagem, serviço

social e psicologia, na maioria das vezes trios, no caso do programa de SM. Na SFC atuava junto ao enfermeiro-preceptor de uma equipe da clínica uma mini-equipe de residentes com enfermeira, assistente social, nutricionista, psicóloga e cirurgiã-dentista, por exemplo.



Os cinco residentes pós-graduados eram especialistas em Odontopediatria, Saúde do adolescente, Psicologia-clínica, Gerontologia, Atenção psicossocial da infância e adolescência. Tais especializações poderiam ser utilizadas e devem ter sido na atuação dos mesmos, tanto na SM quanto na RMS-SFC.

Porém, o que fica evidente é que a maioria dos residentes era recém-graduado e iniciava suas práticas sob supervisão dos preceptores e dos enfermeiros-preceptores, contando com a experiência e apoio dos mesmos.

... aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na

inserção e socialização de recém-graduado no ambiente de trabalho [...] o preceptor [...] tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática [...] de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão. (BOTTI e REGO, 2008, p. 365)

Ao serem questionados sobre as atividades que desenvolveram junto ao enfermeiro-preceptor, os atores sociais relataram experiências distintas. Os profissionais descreveram suas ações na residência com o enfermeiro-preceptor, com maior ou menor aproximação, dependendo da função que desempenhavam:

1) O encontro da coordenação com o enfermeiro-preceptor.

A aproximação da coordenação dos cursos com o enfermeiro-preceptor se dá primeiramente para garantia do funcionamento do programa no setor no qual este trabalha, onde são feitos os convites, acordos e orientações iniciais do que vem a ser a RMS e do que se espera da supervisão direta dos residentes no campo.

“Logo no início foi aquele trabalho de formiguinha mesmo, ia a cada setor fazer reuniões de equipe, procurar saber quem eram as pessoas que gostariam de se envolver com isso, porque nem todos quiseram. Porque primeiro que é mais trabalho, mas: *‘O que isso vai querer de mim?’*. É um novo que traz medo, traz insegurança, então foi um processo muito trabalhoso, lento [...] até porque nós não tínhamos exemplos passados de residência multi.” (C4)

“... houve atividade como educação continuada, no sentido de dialogar com esse preceptor para mostrar para ele qual era o objetivo da residência no campo da preceptoria, quais eram as características que um preceptor poderia ter, deveria ter para assumir alunos de residência.” (C3)

Pelo relato da C4 percebemos que nem todos os profissionais do serviço aceitaram a proposta de atuarem como preceptores, pois, a RMS era uma novidade na instituição, seria um acréscimo de responsabilidade e isso deve ser respeitado. Um consentimento sincero e consciente para exercício da função de preceptoria assegura o acolhimento aos estudantes, pois, estarão com os que livremente deram seu sim para a proposta.

Em termos de projeto político do curso, o indicado é que os preceptores fossem contatados previamente para inclusive participarem da construção do mesmo. O que não afasta a possibilidade deles contribuírem em suas futuras revisões e atualizações.

“... eu acho que a coordenação não é tão presente. Eu comparo muito com a

da ENSP, não tem jeito, porque eu tive as duas experiências. [...] Ainda mais por ser uma área conflituosa, de vez em quando elas ficam sem saber o que fazer e acaba que sou eu falando: *'Faz isso ou vai embora ou vamos ficar aqui, vai sair todo mundo junto'*. Acho que falta um pouco de uma intervenção direta da coordenação do programa aqui dentro." (EP6)

A coordenação não deve se distanciar da realidade da prática que o residente vivencia e manter visitas regulares aos campos. Através delas, identificar as facilidades e dificuldades que o enfermeiro-preceptor possa enfrentar, sanar suas dúvidas imediatas, indicar meios para solução dos problemas que emergem do cotidiano com o residente e o tutor e organizar reuniões entre todos.

"É triste, mas eu digo que quase nenhuma. Assim com o preceptor eu geralmente faço o contato via apresentação do gerente. [...] Quando eu estou na unidade eu converso com os preceptores lá, e em geral não consigo conversar com todo mundo junto. Porque é cada um na sua equipe, cada um na sua salinha. Então eu entro e entre uma consulta e outra eu bato um papo, 10 minutos e tem que sair correndo porque tem uma fila de pessoas lá fora para ele atender. [...] Então assim infelizmente o preceptor ainda é um acessório, eu diria, ainda é um adendo na residência para a coordenação. [...] com a coordenação a interação é quase nenhuma, a não ser quando a coordenação está no campo e muito assim na boa vontade dele conversar comigo." (C2)

"Olha, meu contato com os preceptores da enfermagem passa muito pelas questões mais burocráticas da residência. Orientando na questão da avaliação, também pedagógica, [...] na questão da condução de algumas situações no dia-a-dia que eles têm dúvida eles recorrem: *'Ah! Devo dar falta? Posso liberar? Posso propor um atendimento sozinho? Posso sugerir que participe de tal evento?'* Muito na questão mais de orientação dos trâmites mais burocráticos da residência. Documental, como é que preenche isso, como é que preenche aquilo." (C1)

A depoente C1 participa da equipe da RMS-SM e a C2 da SFC e percebemos as diferenças nas demandas, até mesmo pelas possibilidades de encontros. Como foi descrito anteriormente as atividades práticas da SM ocorrem em sua maioria nas próprias dependências do HESFA, o que facilita a busca do preceptor à sala da coordenação para perguntar a respeito de instrumentos de avaliação e outras questões administrativas e do envolvimento com o residente. O enfermeiro-preceptor sabe onde pode procurar e está bem próximo.

Já a C2 relata seu sentimento de tristeza por não conseguir efetivamente estabelecer uma relação de proximidade com os preceptores. As visitas ao campo são breves devido às muitas consultas e atendimentos que o profissional do serviço tem que realizar e também pelo interesse do mesmo em dialogar com a coordenação.

Das atribuições dos coordenadores, se destaca o cumprimento pelos depoentes acima do previsto no Artigo 18: “*Acompanhar a supervisão dos residentes sob responsabilidade dos preceptores e tutores vinculados ao seu Programa de Residência*” (UFRJ/PR2, 2011a, p. 5).

Vale ressaltar que no PP da RMS – SFC, documento nº2 do banco de dados deste estudo, é prevista carga horária destinada para que o enfermeiro exerça atividades de preceptoria, o que, pelo que identificamos, não tem sido cumprido.

... o grupo de Preceptores será composto por enfermeiros, odontólogos (dentistas) e médicos, que exerçam suas atividades na estratégia de saúde da família da rede do Município do Rio de Janeiro e que disponham de 20 horas/semanais para as atividades previstas para a preceptoria... (UFRJ/HESFA, 2010b, p.25).

O trabalho do coordenador exige foco, paciência, flexibilidade, compreensão das condições históricas dos preceptores e uso de instrumentos documentais para atendimento do que preconiza o programa.

A coordenação deve buscar meios para assegurar aos enfermeiros-preceptores participação nas atividades da residência como um todo – seminários, reuniões, apresentações de trabalhos dos residentes, entre outros. Isso pode ocorrer através de agendamento com bastante antecedência, envio de ofícios solicitando liberações e, um poder de negociação com a gerência ou chefia do serviço onde o preceptor atua.

## 2) O encontro do tutor com o enfermeiro-preceptor.

Das seis tutoras depoentes do estudo, duas participam das atividades de coordenação e outras duas também são preceptoras. Quando questionadas a respeito do trabalho desenvolvido com o enfermeiro-preceptor, a resposta foi de uma tutoria específica multiprofissional e de núcleo (uni profissional) somente com os residentes em sala de aula, no caso das entrevistadas T3 e T4.

“... (Dentro dessa questão da sua atuação como tutora, seu contato é estrito aos residentes?) Extremamente. Só com residente! Nem mais! Nem com coordenador, nem com ninguém.” (T3)

“Não desenvolvemos nenhuma atividade em conjunto, porque a tutoria multiprofissional do hospital tem uma característica em que nós não entramos em contato direto com o preceptor. Os preceptores são os enfermeiros que estão na prática e o nosso contato direto é com as residentes...” (T4)

“Às vezes tem caso que também não sei como agir, eu e o residente também não sabemos, ficamos meio sem pernas. [...] nós buscamos, mas, se tivesse um tutor aqui facilitaria muito.” (EP4)

Uma das funções do tutor é facilitar a aprendizagem dos alunos em pequenos grupos, de categorias iguais e multiprofissionais e, isso ocorre. Mas, é importante não esquecer que tutores e preceptores devem estar unidos em todo processo educativo junto ao residente.

Por ocasião de uma reunião entre os atores sociais da RMS observei que os mesmos, com preocupação, discutiam vários itens, entre eles a aproximação do grupo de tutoria com o cenário de prática.

O maior problema é a questão da tutoria de campo, alguns tem ido, outros não. A RMS precisa de parceiros. Há fragilidade na tutoria e nas aulas teóricas específicas. Existe a tutoria de núcleo (específica por categorias profissionais), tutoria multi e tutoria de campo, nos cenários A, B e C. (Observação no. 5).

Para tal, existe o que é denominado de tutores de campo, que fazem “o acompanhamento e supervisão do trabalho prático dos residentes em cada cenário de prática” (UFRJ/HESFA, 2009, p. 23). Através deste convívio eles se tornam referência tanto para o residente quanto para o preceptor.

"Assim eu tive contato com os enfermeiros das equipes, nas reuniões de equipe. [...] participei de reunião de equipe com os enfermeiros. E aí tinha médico, enfermeiro, os agentes comunitários de saúde. " (T5)

“... Porque nós temos o apoio da equipe [...].Tem assistente social, tem a BBB, que agora veio como tutora. Está ajudando bastante.” (EP1)

No relato da T5 identificamos a presença dela na reunião de equipe na ESF e a EP1, da RMS-SM, aponta como facilitador no desempenho de suas funções na residência a contribuição da colega de trabalho que atua como tutora.

### 3) O encontro do docente com o enfermeiro-preceptor.

Das depoentes, uma professora nunca teve contato com o enfermeiro-preceptor. A outra, em função de também exercer tutoria de campo, realizou ações com ele, mas, não no papel da docência.

“Os docentes são responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de ensino nos

*Módulos Teóricos Integrados e Específicos, podendo dar aulas tanto para preceptores...*” (UFRJ/HESFA, 2015, p.17). Portanto, está previsto que os professores trabalhem com os enfermeiros-preceptores, mas, este fato não foi identificado na fala dos depoentes do estudo.

É importante destacar que muitas vezes os coordenadores e tutores ministram aulas para os residentes e estes, sim, tiveram encontros com o enfermeiro-preceptor. Do mesmo modo, alguns docentes da EEAN atuam também nos cursos de RMS e, pelo longo tempo de vivência no HESFA devido ao curso de graduação de enfermagem da EEAN (SILVA, 2011), conhecem os profissionais servidores que são preceptores e discutem com eles suas realidades do cenário. Resta apurar se dialogam e trocam conhecimentos a respeito da RMS.

#### 4) O encontro do preceptor com o enfermeiro-preceptor.

Os preceptores dos cenários demonstram o caráter multiprofissional do trabalho em sua equipe no setor e relataram a estreita relação com o enfermeiro-preceptor, uma conquista para RMS.

"Como a visão da residência é no multiprofissional, então nós não especificamos atividades com áreas de atuação específicas para cada profissional. [...] Todas as atividades em conjunto. Se há uma ação de saúde bucal, a enfermeira vai junto, por exemplo [...] sempre olhamos o paciente como um todo, cada um dando a sua contribuição profissional." (P1)

"No atendimento individual eu atuava sozinha. Aí no grupo de reflexão eram vários profissionais, era eu como T.O, tinha enfermeira e tinha assistente social também, coordenando o grupo. [...] Era um trabalho de multiprofissional." (P2)

A EP9 destaca que seu trabalho já é realizado em equipe multidisciplinar, pela própria lógica da ESF e isso é um facilitador de suas atividades na residência.

“... nós como equipe de saúde, toda pessoa que vem trabalhar na Saúde da Família trabalha em equipe e é muito fácil nós abraçarmos uma outra equipe” (EP9)

Os profissionais de saúde que atuam como preceptores estão juntos no mesmo espaço vivo de cuidado, o que facilita, pois, já se conhecem, sabem de seus potenciais e limites e o que cada um desenvolve na prática cotidiana. Sendo assim, já é um item muito relevante para o trabalho com os residentes, mas, não o bastante. Também se faz necessário que sentem, discutam e decidam juntos como experienciar o processo de ensino e aprendizagem entre eles e com os estudantes.

5) O encontro do residente com o enfermeiro-preceptor.

O encontro mais efetivo do enfermeiro-preceptor é com o residente, como não deveria deixar de ser e, este desenha todas as atividades com riqueza de detalhes. O residente identifica a necessidade de ter a preceptoria no campo e como é relevante a atuação do profissional do serviço para sua formação.

Eu estive muito no campo sem a presença do preceptor, sem o respaldo naquele momento. No cotidiano da inserção no campo nós precisamos desta figura. (Observação no. 1)

“Eu acho que o residente em campo ele precisa ter uma figura de um preceptor porque muitas vezes nós ficamos muito perdidos no cotidiano, nós não temos a quem nos remeter, quem discutir caso e ficamos muito perdidos. Falo assim, porque eu tive um momento que eu estava sem preceptor, então a partir do momento que eu tive a figura do preceptor tem essa questão da segurança, de você conseguir discutir casos, de você conseguir discutir conteúdos teóricos, de você tirar dúvida justamente para você não agir de forma precipitada, para você não cometer algum deslize ou algum erro. Só acrescentar da importância do papel do preceptor.” (R7 -Enf)

A inserção facilitada do residente no espaço da prática é realizada pelo enfermeiro-preceptor, um dos profissionais de referência durante os dois anos de curso em todos os cenários deste estudo de caso. Considerado como um porto seguro para o desenvolvimento das ações de saúde tanto em nível individual como coletivo, acompanha nos atendimentos, ensina com sua experiência e presença constante.

As ações realizadas pelos residentes com o enfermeiro-preceptor foram interconsulta, educação em saúde, educação permanente, atenção domiciliar, reunião de equipe, saúde do escolar, discussão de casos clínicos, organização de trabalho científico para apresentação em eventos, construção do trabalho de conclusão do curso, entre outras. Todos os vinte e um residentes participantes do estudo foram preceptorados por enfermeiros nos programas de Saúde da Mulher (SM) e Saúde da Família e Comunidade (SFC). Existe uma diferença nas atividades esperadas que os mesmos desenvolvam no primeiro e no segundo ano do curso, nos dois programas. Esta questão merece destaque, pois, o enfermeiro-preceptor deve saber trabalhar tanto com o R1 quanto com o R2, e o que se almeja são alcances de competências e habilidades em grau de complexidade crescente.

Os residentes depoentes do Programa de SM relatam que no primeiro ano do curso estão sempre com o profissional do serviço, o preceptor, independente da categoria deste. Já

no segundo ano, atendem aos usuários sob supervisão direta e indireta do preceptor, na maioria das vezes, de sua categoria de formação, com sua própria agenda nos setores do HESFA. Na instituição, todos os serviços funcionam com equipes multiprofissionais, portanto, tem o enfermeiro, o psicólogo e o assistente social que pode atuar na preceptoría dos especializandos.

"No primeiro ano nós sempre atendemos com o preceptor. [...] Atendi com os enfermeiros do setor..."(R5 -Enf)

"... como R2 nós acabamos tendo uma agenda de atendimentos nos setores e o preceptor na verdade ele só faz a avaliação, porque nem acompanhar a consulta ele acompanha. Diferente como R1, como R1 isso é construído junto, o atendimento que nós fazemos, os grupos." (R6 -Enf)

"No segundo ano, nós ficamos mais com a categoria, desenvolvemos mais a nossa autonomia profissional, ficamos mais atendendo sozinhos." (R13 - Assist)

"Enquanto R1, nós vamos estar atendendo inicialmente com eles observando nosso atendimento, para entender essa dinâmica do nosso setor. Depois de um momento, eles passam a atender e nós vamos estar juntos, na mesma sala, dando um suporte. Quando eles se sentirem seguros, eles vão começar a atender sozinhos, mas, conosco numa sala lateral [...] com um distanciamento até para permitir que eles consigam ficar um pouco mais soltos.[...] Quando eles voltam como R2, eles já voltam atendendo sozinhos, mas, conosco dando um suporte, avaliando juntos, estando para qualquer dúvida e revisando todos os prontuários. [...] Quando ele é R2, ele já tem uma cota de atendimento de primeira vez já separado para ele."(EP3)

A EP3 explica a necessidade de ambientação do residente recém-chegado ao serviço e que ele deve ser acompanhado com muita proximidade até atingir maturidade profissional e segurança para realizar um atendimento sozinho. Destaca-se o primeiro momento da prática social onde o educador reconhece a necessidade de aprendizagem do educando e que, por mais que este seja um profissional já graduado, ele ainda está dando os passos iniciais na formação de especialista com uma compreensão sincrética da realidade, um saber desorganizado.

Sendo assim, o educador realiza uma ação intencional com o residente no primeiro e segundo ano, na esperança que ocorra o movimento de uma prática espontânea para uma prática sistematizada, que realmente seja como uma segunda natureza e, esta se alcança com o tempo e a dedicação. Saviani nos ensina que *"só se aprende de fato, quando se adquire um habitus, isto é, uma disposição permanente [...] quando o objeto de aprendizagem se converte*

*numa espécie de segunda natureza. E isso exige tempo e esforços...*" (SAVIANI, 1984, p.5)

Para os residentes é interessante conhecer o que o profissional enfermeiro realiza com maior proximidade e suas relações com as demais categorias para um atendimento integral à clientela. O histórico do HESFA é forte no cuidado à saúde da mulher. *"A escolha da residência na área de saúde da mulher se deu pela aderência às atividades desenvolvidas no HESFA com participação de professores que desenvolvem ensino, pesquisa, assistência e extensão na área [...]"* (UFRJ/HESFA, 2009, p.11). A enfermagem ginecológica emerge na fala do depoente como um dos pontos marcantes da instituição.

"Primeiramente, destacar como aqui é o HESFA e tem uma referência em enfermagem ginecológica nós participamos do atendimento ginecológico com a enfermeira, que para mim foi muito interessante porque eu ainda não tinha essa visão desse tipo de inserção da enfermagem. [...] Vou falando por setor." (R10 -Assist)

Os especializandos são escalados para atuarem nos diversos setores do HESFA, indicando sempre a presença do enfermeiro-preceptor, mas, o tempo de aprendizagem por vezes é questionado quando eles não são acompanhados também pelo profissional de sua categoria de formação ou ainda quando as discussões se distanciam da proposta multidisciplinar, restando a sensação de que o esforço é demasiado.

"Para nós da psicologia é um pouco massante. [...] Porque nós ficamos nesse primeiro ano, nós ficamos mais ou menos 3 meses em cada setor, então eu passei 3 meses com a enfermagem ginecológica. Então assim, 1 semana você consegue captar o que o enfermeiro faz, [...] quando você vê que o paciente está necessitando de alguma atividade do enfermeiro. Mais do que isso, 1 mês, 2 meses, 3 meses, se torna algo muito repetitivo para nós aqui[...]. No Setor "X" você tem uma aprendizagem melhor porque você consegue se expor, o enfermeiro te dá um espaço para você colocar um pouco da sua prática, você consegue conversar com ele um pouco depois sobre o que aconteceu, o que ele achou, existe uma troca melhor, mas, no ambulatório é um pouco mais difícil." (R12 -Psi)

"Bom, tem alguns setores chaves aqui no hospital-escola [...] enquanto R2 nós temos a possibilidade de aprender sozinho, então temos mais autonomia nesse sentido. Mas enquanto R2, dependendo do setor continua a mesma situação de passividade, e fica subordinado como se fosse um estagiário, e às vezes nem estagiário, porque o estagiário tem uma certa autonomia de diálogo, de conversar, de participar da consulta, de participar e não de observar." (R11 -Psi)

Cabe destacar alguns pontos essenciais enfatizados pelos residentes de SM: o tempo extenso de desenvolvimento das atividades junto ao enfermeiro-preceptor e não com o

preceptor da própria categoria, quando o profissional enfermeiro não consegue conduzir a discussão para um ensino e aprendizagem de forma multidisciplinar; a possibilidade de vivenciar a autonomia profissional a partir do segundo ano do curso de especialização; a crítica ao posicionamento de alguns enfermeiros-preceptores que não oferecem maior espaço para atuação do residente.

O residente quando encontra espaço de escuta por parte do educador ele deixa a posição de "passividade" (R11 -Psi) e "tem uma aprendizagem melhor" (R12 -Psi) no processo de ensino. A passividade é uma das características da pedagogia tradicional, incluída no rol das teorias não-críticas (SAVIANI, 2007a), centrada no professor que transmite os conteúdos aos alunos, esperando que os mesmos assimilem o que foi transmitido, muitas vezes por meio da memorização e repetição.

O espaço para escuta sensível e participação dinâmica em todos os momentos da prática deve ser garantido para o crescimento do enfermeiro-preceptor e residentes do primeiro e segundo ano no trabalho educativo, objetivando a passagem do senso comum à consciência filosófica, ou seja, *"de uma concepção fragmentária, incoerente, desarticulada, implícita, degradada, mecânica, passiva e simplista a uma concepção unitária, coerente, articulada, explícita, original, intencional, ativa e cultivada."* (SAVIANI, 2013, p. 2).

Mesmo as atividades de observação, que acontecem no início da prática nos setores para o R1, podem ser do tipo participante, permitindo a comunicação entre os agentes da educação. Não uma comunicação qualquer, mas àquela que se utiliza de instrumentos eficazes para transformação humana concreta, que atinja os objetivos da ação propostos no programa de residência.

Os residentes depoentes do programa de SFC tem como preceptores diretos os enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos *"que exerçam suas atividades na estratégia de saúde da família da rede do Município do Rio de Janeiro"* (UFRJ/HESFA, 2010, p. 25).

Todos apontaram o conhecimento do território como uma atividade comum junto ao enfermeiro-preceptor, pois, é um dos pilares que sustenta a atenção básica, que *"é desenvolvida por meio do exercício de práticas [...] dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária..."* (BRASIL, 2012d, p.19). Portanto, a prática desde o início do curso atende ao que preconiza o Ministério da Saúde e ao

que está posto no projeto político do programa, que tem como um dos eixos estruturantes no desenho teórico-metodológico as vivências no território.

“Então, no primeiro ano nós fazemos a parte da territorialização [...] o vínculo que eu tive com o enfermeiro foi muito nessa troca, de conhecer o território, de acompanhar em algumas visitas domiciliares, em grupos, não grupos construindo juntos, mas grupos que nós participávamos...” (R1 - Odonto)

“O primeiro ano foi mais ou menos assim, nós não tínhamos uma participação ativa no processo de trabalho dela na equipe não, era mais com atividades coletivas, territorialização.” (R3 -Nut)

Nos depoimentos de alguns residentes de SFC vemos uma maior valorização do trabalho do profissional que ocorre dentro da esfera do consultório, em caráter individual. Grupos educativos, ações no espaço vivo do território e demais fora do ambiente da consulta são essenciais e fazem parte das atribuições do enfermeiro na saúde da família e devem ser valorizadas tanto quanto qualquer outra atividade; inclusive porque propiciam a troca de saberes e o trabalho em equipe multiprofissional.

“No primeiro ano de residência nós acabamos vivendo mais a multidisciplinaridade, então nós não nos envolvíamos muito com questões de consultório, de consulta, de trabalhar a parte do enfermeiro dentro da Saúde da Família, [...] realizávamos promoção e prevenção da saúde, íamos nas escolas de território, então fazíamos coisas mais gerais [...]. E aí quando acabou o ano, quando eu voltei de férias, que aí eu virei R2, aí eu comecei a ser mais enfermeira.” (R2 -Enf)

“Nessa unidade [...] como eu já entrei como R2, aí eu já tive uma atuação muito mais individual [...]. No começo, com a primeira enfermeira da equipe, fizemos um reconhecimento do local, da unidade, visitas domiciliares e consultas em conjunto. A partir de alguns meses já incluída na unidade, eu já tive algumas consultas direcionadas para mim, então eu já tinha a minha sala, eu já tinha meus horários e aí fazíamos as atividades separados.” (R21 -Enf)

Os residentes de SFC, durante o segundo ano do curso relataram uma maior autonomia nos atendimentos individuais aos usuários e família (não muito diferente dos residentes de SM), destacando um certo poder garantido pela obtenção de uma sala, uma agenda e um horário para si. O educando aponta que atinge o 5º momento da prática social da Pedagogia Histórico-Crítica de Saviani, quando realiza as atividades profissionais como R2 sozinho, mas, isso realmente ocorre se esta prática se altera qualitativamente, se acontece a

passagem da desigualdade para igualdade. É preciso assumir que a desigualdade real é uma igualdade possível pela mediação da educação, para valer a pena investir na ação pedagógica (SAVIANI, 2007a).

No encontro educativo entre residentes e enfermeiro-preceptor entendemos que existe uma diferença efetiva na prática social inicial e uma igualdade viável na prática social final, no que tange às questões próprias que o enfermeiro pode assumir na preceptoria de qualquer especializando, independente da categoria profissional.

## 4.2 A prática docente assistencial do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde

O presente sub-capítulo aborda as questões que permeiam a atuação do enfermeiro-preceptor a partir do relato do mesmo, em sua maioria, apresentando quais são as suas atribuições, como ocorre o desenvolvimento do ensino e aprendizagem junto aos demais atores sociais da RMS, que recursos teóricos e práticos dispõe e quais as facilidades e dificuldades neste processo docente assistencial.

A prática social educativa do enfermeiro-preceptor passa por vivências muito peculiares, de acordo com o cenário em que labuta, seu tempo de formação profissional, o interesse, envolvimento e incentivo interno e externo para desenvolver tal atividade, o tempo na RMS, as questões que experimentou com os residentes e demais protagonistas dos programas e a instrumentalização para exercício desta prática.

Os manuais dos programas de residência (Documentos nº 4 e 8 do banco de dados do estudo) apresentam comuns responsabilidades aos preceptores, como os profissionais do espaço do saber e da prática. Estas foram organizadas em cinco grandes ações, que contemplam desde a inserção do estudante no cenário até a avaliação do processo de ensino e aprendizagem.

... promover a integração dos residentes das diversas áreas nos respectivos campos, com a equipe de saúde, usuários e demais serviços; participar da implantação e avaliação do projeto pedagógico; coordenar o desenvolvimento de modelos e diretrizes assistenciais que contemplem a interdisciplinariedade, a integralidade e a humanização; observar a pontualidade e a assiduidade do residente; orientar e supervisionar o residente em campo, assim como, avaliar o seu desempenho diário. (UFRJ/HESFA, 2015, p.16)

Quando questionados a respeito das atribuições como preceptor, os enfermeiros depoentes atendem a maior parte do que está posto no programa dos cursos. Confirmam que no cotidiano de sua prática com os estudantes o trabalho acontece de modo interdisciplinar – seja por meio de consulta, de grupos educativos ou de visitas domiciliares aos usuários –, para atender a todas as categorias de formação presentes na RMS. Nas atividades interdisciplinares deve haver respeito ao que é possível ser mediado educativamente pelo enfermeiro, pois, da

parte técnica e específica de outras profissões, cabe preceptoria da categoria.

“Eles acompanham a consulta de enfermagem, como uma consulta interdisciplinar. E, tem a questão de apresentar o setor, mostrar prontuários, discutirmos casos de pacientes.”(EP1)

“Dar apoio ao residente. Orientar quanto, não digo nem a parte técnica, clínica da coisa, é claro que nós trocamos também. Mas, com relação a dinâmica [...] que é o trabalho de saúde da família.” (EP4)

“Quando chega um novo grupo são dadas as orientações sobre tudo [...]. Durante o tempo que eles permanecem aqui, se tem alguma dúvida ou alguma coisa, nós estamos prontos a esclarecer e, nos grupos a mesma coisa, eles **participam ativamente**<sup>11</sup>.”(EP10)

“... fazer visita com eles, fazer grupos. Eu e a psicóloga fizemos muitas interconsultas [...]. A enfermeira [...] todas as consultas que eu fazia, ela também fazia. Quer dizer, isso tudo nós tivemos que ensinar eles a fazerem. [...] a nutricionista quando via alguém de baixo peso ou alguém muito obeso, enfim[...] **bem legal**<sup>12</sup>.”(EP9)

“... nós ficamos com os residentes e eles assistem e acompanham as atividades[...]. Então todas as vezes que nós fazemos uma escala, essa escala ela roda com os profissionais em atendimento. [...] eu atendo o paciente e discuto o pós-atendimento sempre que posso [...] e está sendo até agora **bem interessante**<sup>13</sup>.” (EP8)

Os enfermeiros-preceptores descrevem a realização da tarefa educativa usando termos como acompanhamento, orientação, esclarecimento de dúvidas, ensino, troca de conhecimento, apoio e discussão. Muitos deles estão expressos nas atividades que se espera do preceptor na Resolução nº 2 (BRASIL, 2012b). Vale destacar que o emprego de dado termo não significa necessariamente que eles adotem uma posição teórica ou uma concepção pedagógica específica na abordagem com os educandos em serviço.

Os entrevistados demonstram prontidão para atender aos questionamentos dos residentes e alguns avaliam a relação positivamente, como destacado em negrito nos trechos das falas anteriores. Sendo a promoção do homem um objetivo da educação, a relação interpessoal está presente na “*comunicação entre pessoas livres em graus diferentes de maturação humana*” (SAVIANI, 2009, p.18), onde situação, liberdade e consciência são aspectos característicos da estrutura do ser humano que devem ser notados. O enfermeiro-preceptor para atuar eficazmente junto ao residente precisa reconhecer que o mesmo situa-se

---

<sup>11</sup> Grifo da autora

<sup>12</sup> Grifo da autora

<sup>13</sup> Grifo da autora

no início do curso com um entendimento ainda pouco profundo, de cunho imediato e com uma experiência empírica, portanto, um olhar sincrético.

“Estamos aqui para atender aos residentes que estão em processo de aprendizado e temos consciência disso.” (EP10)

“...Primeiro é trabalhar a reflexão do residente sobre os aspectos gerais dentro de uma instituição pública, depois numa instituição pública de ensino e depois numa instituição multiprofissional, porque essas três ele tem que ter muito claro. E essa interação faz com que eles me digam o que eles veem, como eles se comportam diante do atendimento, como eles veem a instituição, o profissional, as suas indagações [...]. Eu trabalho muito a reflexão das atividades que eles desempenham e aquilo que eles vão desempenhar dentro de um contexto ...”(EP11)

As depoentes acima apontam que têm consciência do ponto da prática social em que se encontram e o movimento que deve ser realizado com os residentes para que cheguem ao saber elaborado. É preciso respeitar e compreender o contexto, as condições objetivas em que ocorre a educação no país nos dias atuais, a historicidade da residência multiprofissional no HESFA, o que é uma instituição de ensino pública, o que é o serviço público de saúde e como eles se inserem nesse espaço vivo e dinâmico, para isso precisam problematizar, identificar as questões que necessitam de resolução no âmago da prática social, 2º momento da PHC (SAVIANI, 2007a).

Discussão de casos clínicos, oficinas de sensibilização, palestras, uso de apoio teórico e a própria experiência profissional são utilizados para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem na RMS. De acordo com Saviani, para alcançar os objetivos propostos em um curso, é importante que o educador faça primeiramente uma análise da situação, que *“ao mesmo tempo em que nos revela o meio sobre o qual devemos agir, fornece-nos os meios através dos quais iremos agir”* (2013, p.77).

“Assim, antes de começar esse atendimento tem um outro grupo de profissionais aqui que faz algumas oficinas, para desconstruir o preconceito, para dar informação mais detalhada sobre HIV, sobre hepatite. Talvez eles venham sem muito domínio desse conhecimento, que é muito específico. Então, tem uma oficina para passar melhor esses conceitos ...”(EP3)

“... geralmente através de leitura de prontuários, através de material didático que tem aqui, que são as Normas, o Consenso do Ministério da Saúde. [...] Então, passando experiência [...]. Claro, elas já vem, já são profissionais, mas, com a nossa experiência aqui de atendimento aos portadores do vírus e pacientes que já tem a síndrome.”(EP1)

O reconhecimento dos residentes como profissionais não obscurece a ótica dos

enfermeiros-preceptores do programa de Saúde da Mulher, ao contrário, eles acreditam que sua ação educativa tem potencial para promover o desenvolvimento de novas práticas voltadas aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, humanizadas e com maior nível de excelência, atendendo aos princípios do SUS. Com isso também atendem a um objetivo do curso, “*capacitar para as ações de caráter preventivo das DST/AIDS...*”(UFRJ/HESFA, 2009, p. 8), conforme Documento nº 1 do banco de dados desta pesquisa.

A maioria dos enfermeiros-preceptores do programa de SFC aponta que o principal meio utilizado no ensino e aprendizagem do residente é a própria dinâmica do serviço, os acontecimentos do cotidiano, em um dia muito movimentado na unidade ou não, seja no cuidado à saúde propriamente dito, nas questões educacionais ou político-gerenciais que são suscitadas. Depreendem que a construção do perfil profissional do futuro especialista se dá a partir do contexto presente, da realidade em que atuam.

“Eu não tenho nada pronto. É mais com a dinâmica do dia a dia. Porque trabalhar com a saúde [...] cada dia é um dia. Não adianta você planejar, vir com a coisa muito redonda, [...] porque chega aqui o movimento é outro. Você pensa que não vem ninguém, vem um monte de gente.[...]Mas, material assim pronto para chegar aqui com o residente, como se fosse uma aula pronta, preparada, isso não tenho. [...] Não adianta vir com nada preparado, porque quando ele for assumir uma equipe não vai ser assim que vão rolar as coisas.” (EP4)

“Elas perguntam, nós explicamos [...]. É ali, naquele momento mesmo quando está aqui dentro do consultório...” (EP5)

“Na prática! Praticando! Na hora eles não faziam, mas depois começaram a fazer, e eu vi que a prática nos ensina a fazer tudo. Prática, estudo, planejamento, tivemos um planejamento bem legal, cada um deu uma ideia.”(EP9)

“... é um processo muito prático. Elas estão aqui e elas já tem toda a base teórica delas de lá e de vez em quando eu vejo um artigo legal e falo para elas: ‘*Ah. Eu tenho um artigo legal, vocês querem ler?*’. Mas, no geral é um processo prático mesmo, é um processo de educação em serviço.” (EP6)

Quando expressam que desenvolvem as atividades de ensino exclusivamente pela prática, com o que emerge no atendimento aos usuários e comunidade, os enfermeiros-preceptores se contradizem afirmando que também fazem planejamento e estudo. Possivelmente não consideraram, nos depoimentos, que para atuar no imprevisível do cotidiano é necessário ter uma bagagem teórica fundamentada e períodos de estudo e

dedicação permanentes. Além disso, na área da saúde existem muitos programas preconizados, protocolos e rotinas que são frequentemente revisados para serem aplicados no trabalho. Por se reconhecerem como profissionais do serviço fazem uma dicotomia entre teoria e prática no discurso.

Quando a EP6 exprime que encontrou um artigo interessante para aplicabilidade no serviço, ela não só viu o material para si, mas, pensou no exercício da sua função como preceptora, colaborar com a socialização do conhecimento daqueles que ela acompanha. Além de se instrumentalizar teoricamente, pensou na preparação dos especializandos, pois, o saber é inesgotável e a apropriação dos instrumentos que propiciem a resolução de problemas da prática pelos estudantes, depende da transmissão por parte do educador – 3º momento da PHC (SAVIANI, 2007a).

O PP do programa de SFC preconiza a aprendizagem no trabalho, com proposta de uso de metodologias ativas e participativas no processo de ensino e aprendizagem, conforme o Documento nº2 deste estudo de caso (UFRJ/HESFA, 2010b). Estas estão inscritas no rol das pedagogias contra-hegemônicas que tem como um dos seus principais representantes Paulo Freire, com a concepção libertadora (SAVIANI, 2008).

Considerando a prática de educação libertadora, as metodologias ativas investem na formação de um profissional ativo e capaz de aprender a aprender. De acordo com Delors, quatro pilares são essenciais para a educação ao decorrer da vida: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (DELORS, 1998). Contudo, se o saber é produzido socialmente na relação entre os homens, o trabalho do educador no processo de transmissão do saber metódico, sistematizado, não deve ficar em segundo plano ou se tornar vazio no encontro com o educando, mesmo que na esfera da prática. Neste sentido, Saviani faz uma crítica ao lema do aprender a aprender.

O lema “aprender a aprender”, tão difundido na atualidade, remete ao núcleo das ideias pedagógicas escolanovistas. Com efeito, deslocando o eixo do processo educativo do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos para os métodos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade, configurou-se numa teoria pedagógica em que o mais importante não é ensinar e nem aprender algo, isto é, assimilar determinados conhecimentos. O importante é aprender a aprender, isto é, aprender a estudar, a buscar conhecimentos, a lidar com situações novas. E o papel do professor deixa de ser o daquele que ensina para ser o de auxiliar o aluno em seu próprio processo de aprendizagem (SAVIANI, 2010a, p.431).

Não é imperioso separar um local para ministrar uma aula teórica super-elaborada no cenário da prática e nem se espera isto como ação fundamental do preceptor, até porque os residentes tem o momento de conteúdo teórico semanal programado no cronograma do curso com as disciplinas. É essencial que o preceptor organize sim um tempo e espaço para discussão do que está sendo conduzido como aprendizado por meio da assistência prestada aos clientes junto ao residente, a fim de reduzir o distanciamento entre a teoria e a prática profissional, produzindo conhecimento. O papel do preceptor/educador é imprescindível e deve ser valorizado.

Sendo a universidade uma instituição educativa que deve contemplar a tríade ensino, pesquisa e extensão, uma das formas de reconhecimento do papel do enfermeiro-preceptor como um profissional que ensina com sua prática é o envolvimento dele nas atividades de pesquisa que os residentes realizam.

“E elas agora me convidaram para participar do trabalho delas de conclusão da residência, de intervenção.”(EP6)

“... todo o trabalho que sai do serviço pelo residente tem que ter uma participação do preceptor, uma forma de valorizá-lo, de implicá-lo. Então os pôsteres, estudo de caso, o nome do preceptor precisa constar no trabalho. [...] nós temos clareza que a função do preceptor é fundamental para a formação desse menino que está lá no serviço. Então assim valorizar esse preceptor, reconhecer esse lugar como lugar estratégico na formação, uma função pedagógica...” (C1)

“... pelo menos exigimos que esse preceptor tenha o título de mestre, e nós temos vários preceptores enfermeiros que já foram orientadores [...], participam de bancas, então tem toda uma ligação também com o desenvolvimento da pesquisa.”(C4)

Item na pauta da reunião entre a coordenação, residentes do primeiro ano, preceptor da ESF e diretora do DDAC: a participação dos preceptores nos projetos de intervenção. (Observação nº4)

Na apresentação do projeto de intervenção, os residentes destacaram e agradeceram a co-orientação das preceptoras, nutricionista e enfermeira, gerentes da unidade de saúde. (Observação nº6)

Como já fora apresentado no primeiro sub-capítulo desta análise, os enfermeiros-preceptores participantes da pesquisa têm como maior titulação acadêmica a pós-graduação *lato sensu*, portanto os que atuaram nos trabalhos de conclusão de curso o fizeram na qualidade de co-orientadores, o que valoriza a sua importância nesta construção, estimulando sua participação no *stricto sensu*. Inclusive consta no Documento nº4 do banco de dados que

“o residente também poderá ter um co-orientador, que pode ser um preceptor...”(UFRJ/HESFA, 2013, p.11). A valorização do preceptor por parte do residente e da coordenação, quando estes fazem o convite para estarem juntos em projetos que extrapolam os muros da unidade de saúde, incita um trabalho promissor e de visibilidade real da capacidade do profissional do mundo do serviço transcender-se a si mesmo, adentrando também para o mundo da academia. Estes muros muitas vezes parecem intransponíveis, mas não o são, como vemos no documento, nos depoimentos e nas observações.

Outro componente importantíssimo que deve estar presente em qualquer processo educativo é a avaliação. No cenário prático da residência, ela é realizada mensalmente com uso de instrumentos próprios elaborados para tal, conforme consta nos Documentos nº 4 e 8 do banco de dados. Poucos enfermeiros-preceptores citaram a avaliação como umas das suas atribuições, durante os depoimentos. Os que atuam no programa de SM realizam-na com algumas dificuldades, como por exemplo, o excesso de tarefas e o tempo reduzido com os educandos em campo.

“Um questionário de avaliação do 1º mês e do 2º mês, com os pontos. E nós discutimos a questão da integração, da iniciativa. [...] muita coisa nem dá para eu avaliar. Como é que vou avaliar se eu fiquei tão pouco tempo? [...] as vezes eles tinham outra atividade, é complicado. As vezes eu estou fazendo mil coisas, não tem como avaliar a intervenção deles...” (EP7)

“... Porque eles fazem 2 meses em cada setor. Então achamos que deve fazer essa avaliação mensal e depois final, para nessa mensal o residente e o preceptor já terem a chance de ajustar alguma coisa.” (T6)

A avaliação serve para aprimoramento da ação e permite revisão e ajustes de etapas como diagnóstico, planejamento e implementação da atividade educativa. É importante que assuma um caráter qualitativo e não unicamente quantitativo, que ainda é o que impera nos sistemas de lançamento de registros acadêmicos. O formulário de avaliação da RMS-SM (Documento nº 6 do banco de dados) felizmente contempla aspectos subjetivos e objetivos, com espaço para assinalar os conceitos (que vão de excelente à insuficiente) e para anotação livre dos pontos positivos e negativos, com justificativa. Educando e educador consideram os seguintes itens: assiduidade, pontualidade, apresentação pessoal, iniciativa, interesse, desempenho profissional, comportamento ético e relacionamento interpessoal.

O desempenho final do residente depende tanto dele quanto do enfermeiro-preceptor, das diversas condições e relações complexas nas quais o processo é vivenciado

verdadeiramente. Como vemos nos relatos é de grande valia que esta etapa aconteça de modo processual, quer dizer, que não seja construída apenas no encerramento do educando naquele cenário. *“Avaliamos continuamente, pelo desempenho do aluno, a nossa programação, seja para modificá-la, seja para selecionar os alunos que necessitem de recursos auxiliares para seu pleno desenvolvimento.”* (SAVIANI, 2013, p.81).

Com vistas ao pleno desenvolvimento do residente é importante que haja clareza e transparência nas considerações feitas acerca de todas as atividades desenvolvidas no decorrer destas, ideal seria que fosse ao final de cada semana ou novo aprendizado. Assim, no momento avaliativo “formal”, na hora de registrar no documento que vai ser entregue à coordenação do curso, haverá coerência da fala com a escrita. Identificamos que isso nem sempre acontece, por meio dos seguintes relatos:

“... Vamos trabalhar então chamando o enfermeiro - vem do serviço e nos diz assim ‘*Ah! O residente X está com tanta dificuldade, ele não tem vindo[...]’*, e quando chega a avaliação escrita não condiz com a fala [...]. A maioria dos preceptores do HESFA tem um longo tempo, uma média de 19 anos ou mais, eles ainda tem muita dificuldade, porque essa questão de avaliar o outro [...]: ‘*Ah! Eu dei nota 10 porque eu não quero prejudicar o residente*’. O que significa prejudicar? Nós estamos formando! [...] isso não traz benefícios para ninguém. Porque o preceptor, de uma certa forma, é avaliado na avaliação do residente, e já tivemos esse embate, porque quando o residente diz que o cenário Y não aconteceu isso, ou estava dizendo que ia ser assim e não foi, foi de outra forma [...] nós estamos com jovens mega informados, mega politizados [...] e aí esbarramos com essa dificuldade que eles tem para lidar.” (T1)

“... é para eles fazerem juntos: o preceptor e o residente. E por vezes isso da confusão, porque os residentes as vezes se queixam que o preceptor chegou lá, preencheu o que quis e entregou, ao invés de sentar junto [...]. O preceptor por sua vez, marca lá tudo 10, 10, 10, e chega aqui falando que o residente falta muito, que é desinteressado ...”(T6)

“Às vezes se queixam para nós, enquanto coordenação [...]. E nós falamos: ‘*Você registrou isso na avaliação dele?*’ Você vai ver a avaliação está tudo perfeito. ‘*-Não, não quero criar problema. -Você não está criando problema, você está ajudando a formar esse profissional[...], você é a pessoa que está com ele no campo.*’ Então assim não tem muita consciência do seu papel de educador. [...] a proposta é que o preceptor sente com o residente, avalie o residente dizendo para ele os pontos que ele está bem, os pontos que ele precisa aprimorar. O residente também avalia o preceptor, avalia o serviço, justificando para o preceptor as questões que ele está apontando. E os dois assinam e isso é entregue na coordenação.” (C1)

“Nós temos um instrumento que foi elaborado pela equipe, passou por todos os preceptores para que eles dessem sugestões, dessem aval, dessem críticas. [...] já estamos fazendo uma reavaliação desse instrumento atual porque

sabemos que uma das coisas mais complicadas para o preceptor é o processo avaliativo, não digo só para o preceptor, até para o docente [...] vemos que ainda é um nó dentro da residência [...]. Nós sempre colocamos a necessidade de que essa avaliação seja feita junto com o residente e durante o percurso, não adianta fazer no último dia apenas como uma folhinha para entregar[...] o preceptor toma essa consciência de que [...] ele é um formador...” (C4)

Os depoimentos dos tutores e coordenadores mais uma vez atestam a função educativa do enfermeiro-preceptor na RMS. Mas, questiono o quanto ele está empoderado pedagogicamente para fazer a avaliação, com toda exatidão que é esperada pelos demais atores sociais da RMS. Cabe situar de que preceptor estamos falando, pois, não basta ter quase vinte anos de experiência assistencial para atender com rigor as expectativas acadêmicas de uma avaliação. Por mais que existam largas avaliações de desempenho em serviço, não se trata da mesma coisa, as finalidades são outras.

Neste processo verificamos que o preceptor também é avaliado. A tutora 1 relata algumas características dos residentes que podem influenciar nesta etapa, são eles: jovens, informados e politizados. Os que procuram aprendizado especializado no formato de treinamento em serviço por dois anos, na maioria, são recém-graduados e jovens em idade, o que pode renovar o serviço como um todo, trazendo atualização, investimento (com novas ideias) e esperança, isso quando não ocorre a crítica pela crítica e sim, a crítica pelo excelente trabalho.

A informação hoje está ao alcance das mãos de qualquer estudante, com o avanço da tecnologia e as ferramentas de busca, para os que têm possibilidade de arcar com custos financeiros de dispositivos móveis de internet, isso quando o serviço não está com acesso livre, gratuito. Cabe reconhecer em que tipo de informação os educandos se baseiam para tomar decisões, fazer apreciações e uma discussão do que ele pensa e deseja. O educador também assume um papel central, na orientação para o uso salutar desse instrumento, que permite obtenção de um expressivo número de dados em questão de minutos, relevantes e irrelevantes, que agregam para o conhecimento erudito, científico ou mantém no nível do conhecimento do senso comum, da cultura popular. Para Saviani (2010b) a internet é um recurso, assim como as antigas tabuinhas, os livros didáticos, o rádio e a televisão.

A internet pode ser explorada como um novo recurso pedagógico [...] ela situa-se claramente na esfera dos meios, podendo potencializar, ampliando, em escala maior ou menor, o alcance do ato educativo, mas, não se configura

esse ato, já que a relação pedagógica é fundamentalmente uma relação interpessoal que implica sempre o intercâmbio entre educador e educando [...] pela mediação de instrumentos dos mais diferentes tipos. (SAVIANI, 2010b, p. 147)

A terceira e última característica dos jovens especializando-se que fora apontada pela tutora é o aspecto político. Este faz parte do processo gnosiológico e é extremamente edificante. De acordo com Saviani (2010b, p. 74), a educação não tem uma natureza apolítica, pois, “... *na medida em que os agentes sociais fundamentam suas posições e se apropriam de conhecimentos objetivamente construídos, isso lhes dá maior força política porque a defesa de suas posições na luta contra os antagônicos se torna mais consistente.*” Residentes e enfermeiros-preceptores precisam se posicionar diante dos fatos, inclusive no momento de avaliação, sustentados por argumentos científicos/ técnicos, legais, éticos e morais. É claro que considerando os relacionais, que tem a ver também com empatia, emoções e sentimentos, mas, devem ter em mente o propósito maior de ambos ali, o saber, o conhecimento.

Os enfermeiros-preceptores do programa de SFC têm acesso somente ao instrumento de frequência do residente e não ao de avaliação, pois, ele ainda está em fase de elaboração, apesar de constar no PP do curso, não é o profissional da prática quem o faz, como vemos nos depoimentos.

“Não avalio elas não.” (EP5)

“Ele tem o instrumento de folha de ponto, que é a frequência. E o instrumento de avaliação ele não tem, nós não conseguimos ainda elaborar um. Porque eu entendo que para elaborar um instrumento de avaliação que vai ser usado pelo preceptor no campo, esse preceptor precisa participar [...], se o preceptor não participar da montagem desse instrumento, vai ficar muito ruim, muito capenga. Vai ficar muito voltado [...] só para o lado da academia e não para o lado do serviço. Então eu tenho a intenção de montar um instrumento de avaliação que possa formalizar esse espaço de avaliação. Por enquanto a avaliação do preceptor fica muito no nível oral, é uma devolução, um *feedback*, só conversado, não escrito.”(C2)

Revisão constante de instrumentos e construção de novos (quando necessário), reuniões periódicas e capacitação são primordiais para atender as questões inerentes aos saberes necessários do educador no processo de ensino e aprendizagem como um todo, como discutiremos em sub-capítulo *a posteriori*.

#### 4.2.1 As facilidades para exercício da preceptoria pelo enfermeiro

Quando questionados a respeito das facilidades no processo de ensino e aprendizagem na RMS, os enfermeiros-preceptores apontam a contribuição de outros profissionais do cenário como de grande importância, assim como o trabalho em equipe. É relevante que todas as pessoas (desde o auxiliar de serviços gerais até o coordenador) que atuam no setor ou unidade na qual o residente realizará sua prática saibam quem é este novo integrante e qual o seu objetivo naquele espaço, mesmo que vá passar um tempo circunscrito ali, pois, deve ser respeitado e reconhecido como profissional e, precisará do apoio dos demais para entender a dinâmica do serviço e aprender também com isso.

“E a nossa coordenadora [...] ministra a aula aqui no próprio setor. Ela dá aula para eles [...], até coloca o quantitativo de profissionais que trabalham aqui, que é uma equipe [...], tem enfermeiros, médicos, nutricionista, psicólogo e assistente social; como nós trabalhamos, interagimos interdisciplinarmente.”(EP2)

“... a aceitação da equipe em geral, técnicos, auxiliares, equipe médica, equipe interdisciplinar.” (EP1)

“... isso não vem só dos profissionais de nível superior, toda equipe está preparada para isso; a recepção sabe que ela precisa, a cada grupo, explicar como ela trabalha; a pessoa da coleta sabe que ela precisa explicar como é o processo [...]. Eu acho que isso é um dos facilitadores, nós mobilizamos a equipe para receber esses alunos.” (EP3)

Para o êxito do processo de trabalho em saúde, tendo em vista um maior enfrentamento das questões para o usuário, família e comunidade, é bom que este seja feito por distintos e unidos agentes sociais, como um trabalho de interdependência e colaboração, preservando os limites de ação de cada profissão. Os residentes devem se relacionar com todos os membros da equipe na qual estão inseridos até para atuarem com mais integração em seu cotidiano prático, fortalecendo a assistência, como expresso nos objetivos específicos dos cursos (Documentos nº 4 e 8 do banco de dados).

Outro aspecto apontado como dinamizador é o atendimento com as diferentes categorias profissionais, representadas pelos residentes. Este permite a resolução de situações e problemas que os usuários trazem naquele mesmo momento, o que normalmente ocorreria com agendamento de outra consulta, por meio do preenchimento de guia de referência ou o chamado encaminhamento.

“Porque isso aqui é para o bem do paciente, trabalhamos em prol do paciente, e quando esses residentes chegaram [...], veio psicólogo, veio enfermeira, veio nutricionista, um dentista e uma assistente social, quer dizer, vieram ajudar, e no PSF [...] trabalhamos como um todo.”(EP9)

“... os pacientes gostam muito do atendimento multiprofissional. Então, ter uma assistente social aqui já vai resolver [...]. A psicóloga também ajuda muito [...]. As residentes que estão aqui na consulta interdisciplinar.” (EP1)

“... as clínicas da família não tem um assistente social, não tem um nutricionista e toda aquela questão de nós encaminharmos para outro lugar, com elas aqui fica bem melhor.”(EP5)

Mediante as falas percebemos que eles veem realmente os residentes como profissionais que, com sua formação, podem atender as demandas que a rede do SUS ainda não dá conta, pela própria especificidade de organização dos programas e estratégias de saúde. O que não se pode perder de vista é que eles precisam do ensino de preceptores de suas categorias para darem respostas mais acertadas, quando emergirem dúvidas. O documento nº1 do presente estudo de caso confirma que as atividades no cenário do serviço estão organizadas com “... *Atividades em Equipe Multiprofissional e Atividades Profissionais Específicas. [...] pois em situações reais da prática em serviços de saúde aparecem problemas que necessitam do cuidado específico de uma determinada categoria...*”(UFRJ/HESFA, 2009, p.22).

Um componente presente nas atribuições esperadas para o preceptor, relatado por uma depoente como facilitador no processo de ensino e aprendizagem, foi o planejamento. Existe um zelo com a prática educativa, demonstrado pelo pensar sobre esta prática, como realizá-la da melhor forma e pela organização para acolher aos residentes, sendo tudo isto revisto com frequência e ajustado de acordo com a necessidade.

“Eu acho que o que facilita é que nós nos programamos. [...] nós fizemos um plano de como iríamos receber esse residente. E a cada ano nós só vamos dando uma ajustada.” (EP3)

O planejamento educativo se relaciona com sujeitos sociais ativos, que estão aprendendo. “*Decidir, prever, selecionar, escolher, organizar, refazer, redimensionar, refletir sobre o processo antes, durante e depois da ação concluída. [...] Por fim, planejar requer uma atitude científica do fazer didático-pedagógico.*” (LEAL, 2016, p.2). Saviani (1997) desmembra estas ações em duas modalidades de saberes que o educador precisa dominar, o didático-curricular e o pedagógico.

Quando os residentes demonstram interesse e buscam constantemente o conhecimento, propiciam a atuação dos enfermeiros com eles no serviço. Se a educação é

mediação no centro da prática entre sujeitos ativos, é importante que exista de um lado a vontade de ensinar e do outro o anseio por aprender, onde ambos encontram-se na prática social inicial com graus de compreensão diferentes da realidade, mas, almejam crescimento e transformação das ações que realizam qualitativamente.

“A facilidade é você estar lidando com aluno e aluno normalmente está sempre aberto, são raras as exceções, eu acho que só vi aqui 2 ou 3 pessoas que [...] tinham muita dificuldade de ficar em sala e valorizar o que estavam vendo [...]. Eu vejo que os alunos, [...] eles estão sempre disponíveis.” (EP8)

“Eles que são muito bons, eles estão aqui para aprender, em nenhum momento eles me falaram não, foram muito éticos, sabiam muito bem o que estavam fazendo, eles queriam aprender.”(EP9)

Assim como a EP9 classifica os residentes como bons aprendizes, os conhecimentos prévios emergiram no depoimento como de extrema relevância para a continuidade do trabalho educativo no espaço do serviço. Esses são transmitidos pelos docentes nas disciplinas teóricas ministradas nas dependências do HESFA, pelos tutores nos encontros de tutoria específica e de núcleo, com programação semanal, e porque não também pelos próprios preceptores de setores ou serviços que os residentes vivenciaram anteriormente.

“Eles já vem com uma bagagem de aula da faculdade, da residência, lá do curso de pós-graduação e não chegam aqui crus, avoados [...]. Já chegam aqui [...] sabendo que não é fácil [...]. Um dia está tudo tranquilo, outro dia o tiro está comendo (*risos*) [...]. Então, ela já vem com essa bagagem e daqui mesmo é só sentar aqui para nós trabalharmos juntos...”(EP4)

“Eu tenho a sensação de que quando você tem uma equipe com residência, principalmente a multi, é uma equipe sempre fresca. Você tem as ideias que estão na universidade e está tudo ali fervilhando, elas sempre tem vontade, elas sempre querem mais e isso acaba puxando a equipe inteira.” (EP6)

O arcabouço curricular dos cursos de RMS, conforme o PP, está em consonância com o preconizado pelo MEC e abrange módulos teóricos com eixo transversal, comum a todas as áreas de concentração e profissões, e eixos específicos das áreas profissionais que integram o programa. Por um conceito ampliado de currículo entendemos que é aquele busca responder a seguinte questão “*O que se deve fazer para se atingir determinado objetivo?’. Trata-se, portanto, do conteúdo da educação e de sua distribuição no tempo que lhe é destinado...*” (SAVIANI, 2013, p.79). A atividade educativa do preceptor será cada vez mais exitosa se este

reconhecer como ponto de partida do processo os conhecimentos que o residente domina, para produção de novos conhecimentos a partir deste alicerce.

Um ponto sinalizado pela entrevistada acima é a característica do cenário onde ocorre o aprendizado prático. Os profissionais de saúde labutam em ambientes nos quais imperam situações de violência, pobreza e extrema desigualdade social, da qual não podem ficar alheios os que nestes serviços estão inseridos (mesmo que temporariamente) ou os que desejam trabalhar no sistema público de saúde, pois, é a realidade do país como um todo. Essa questão deve ser discutida entre preceptores, educandos, coordenação e todos os protagonistas da RMS. O atributo inicial para se trabalhar com a PHC é que o educador tenha entendimento *“de como funciona a sociedade em que nós vivemos [...] seu desenvolvimento histórico. [...] porque ele vai formar alunos para viver nessa sociedade [...] para poder se mover nela de forma crítica e mobilizando os elementos transformadores que estão contidos ali...”* (SAVIANI, MARTINS e CARDOSO, 2015, p.186).

A presença dos residentes no campo prático como estimuladores e educadores da equipe também foi destacado no depoimento e observação.

“Os Agentes Comunitários de Saúde respondem muito bem a presença delas na equipe, [...] gostam delas aqui para trocar ideia, para discutir caso, até na própria educação permanente, foi muito legal que elas trouxeram.” (EP6)

Na XII Semana Científica do HESFA em mesa redonda sobre a multiprofissionalidade na prática assistencial, foi ressaltado que *“os funcionários também aprendem com os residentes.”* (Observação no.9)

Deste modo, concluímos que os residentes alcançam um dos objetivos esperados pelos cursos, atuando *“na formação e capacitação dos agentes comunitários”* (UFRJ/HESFA, 2015, p.8) e na *“educação permanente de pessoal auxiliar [...] a partir da realidade local”* (UFRJ/HESFA, 2013, p. 7). Quando realizam estas ações com os membros da equipe de saúde de forma sistemática, com segurança e livremente, eles atingem o quinto momento da PHC (SAVIANI, 2007a), o ponto de chegada, que é a própria prática social, elevando-se ao nível do enfermeiro-preceptor.

#### 4.2.2 As dificuldades para exercício da preceptoría pelo enfermeiro

A infraestrutura do HESFA e as reformas que restringem o uso de salas e espaços para atendimento e discussões com os estudantes foram destacadas como entraves para o exercício pleno da preceptoría pelo enfermeiro. A instituição desde 2011 passa por muitas obras visando “*oferecer melhores condições de atendimento à população, bem como condições adequadas de trabalho aos nossos funcionários, professores e estudantes.*” (UFRJ/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2015, *on line*).

“... temos dificuldades as vezes de lotação, por conta das obras também que dá uma dificuldade muito grande para os residentes e para nós.” (EP11)

“A própria reforma que o hospital também está passando. Fica difícil, às vezes, acomodar os residentes.”(EP2)

“Eu acho que eles não têm uma sala que eles possam ficar, uma sala deles de aula específica para os residentes.”(EP8)

“... estamos num setor bem restrito, com essas mudanças todas que estão acontecendo. De implantação, do SISREG [...] tem algumas dificuldades.” (EP1)

Vivenciamos no cotidiano impasses, que limitam a nossa prática, como: precarização de estruturas físicas, carências de profissionais, longa espera no atendimento devido ao SISREG. (Observação no. 09)

Um dos requisitos para se formar profissionais cidadãos críticos e participativos na sociedade atual é a condição de infraestrutura, que “*refere-se às instalações e aos equipamentos da escola e às condições de trabalho dos professores.*” (SAVIANI, 2010b, p.97). A coordenadora do curso de SM destaca as mesmas problemáticas, reforçando os conflitos vivenciados pelo enfermeiro-preceptor no campo, que dizem respeito aos dispositivos básicos necessários para o ensino e aprendizagem dos residentes.

“A direção agora está nos dando uma sala para o residente, mas é uma sala pequena para nossa residência e da família, toda uma questão estrutural de recursos. Você vê a dificuldade que nós temos de material [...]. A residência ela preconiza que você tenha alimentação, estadia inclusive, todo o aparato para o residente [...] isso é uma coisa que nós temos dificuldade.” (C4)

Apesar de constar no documento no. 1 do banco de dados que o programa disponibiliza, no espaço do HESFA, salas, auditórios, biblioteca, computadores e multimídia para o aprendizado dos residentes, este foi escrito em 2009 e as obras iniciaram dois anos depois. Ou seja, a residência teve que se adequar e a cada nova etapa ocorre readequação, para

atender ao ensino dos especializandos, teórico e prático. Da mesma forma, os profissionais, os enfermeiros-preceptores e os usuários sofrem com estas adaptações do serviço. Como pesquisadora, em visitas frequentes ao instituto, confirmo que para chegar a determinada unidade ou espaço sigo um trajeto diferente a todo tempo, pois, cada dia a disposição do cenário muda.

Deste modo, se as condições de trabalho assistencial dos enfermeiros-preceptores são afetadas diretamente, quem dirá as do trabalho educativo com os residentes, que acabam ficando num local reduzido de consultório, alguns foram adaptados em contêineres, além do ruído dos equipamentos próprios de obra, odores de tinta e outros produtos, poeira e iluminação, que ficam igualmente alterados. Há que se destacar que tais reformas são extremamente necessárias, dadas às condições precárias da maioria dos espaços, afinal, trabalhadores e usuários merecem um ambiente salubre, acolhedor e seguro para atuarem e serem atendidos. Como se trata de um patrimônio histórico tombado pelo Iphan, todo um trabalho de preservação das características originais dos prédios deve ser feito, e considerando a crise político-econômica que o Brasil atravessa, sabemos que não é uma restauração que se realizará em curto prazo, visto que já se passaram cinco anos desde seu início.

Além das questões de estrutura física e de instalações, a greve dos funcionários públicos técnico-administrativos da UFRJ, que ocorreu de 20 de março à 01 de julho de 2014, emergiu no depoimento de um residente e provavelmente afetou o trabalho educativo do enfermeiro-preceptor. Esta greve foi mobilizada por servidores de várias universidades federais do Brasil, sendo algumas das reivindicações a abertura de concurso público, o aperfeiçoamento da carreira, melhores salários e condições de trabalho.

“Depois [...] foi um período meio que continuou com greve, porque continuou a escala de atendimento pelos preceptores. Então tem dia que não vem ninguém só tem os residentes naquele setor.” (R6 -Enf)

Até o restabelecimento normal dos serviços oferecidos pelos setores do HESFA após a greve, os residentes ficaram com o aprendizado prejudicado, já que não é possível legalmente que o especializando atue sem a figura do preceptor no cenário. Somado a isto também identificamos nos relatos e observação a burocratização do serviço de saúde e a lentidão de resposta dos sistemas criados para atendimento à clientela. Um exemplo citado foi o SISREG – Sistema de Centrais de Regulação, “*que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional.*”

(DATASUS, 2016, *online*), sendo um dos seus benefícios: a praticidade na marcação de exames diagnósticos e consultas ambulatoriais através de um sistema informatizado disponível nas unidades de saúde públicas do Rio de Janeiro. Na prática, dependendo da especialidade do profissional ou do procedimento que o usuário necessita, a espera permanece longa, gerando sofrimento para o mesmo e para o profissional. Isso tudo que é vivenciado, deve ser problematizado com os residentes.

O acúmulo de atividades e um número expressivo de usuários para atender foram destacados pelos enfermeiros-preceptores como dificuldades para a construção do processo educativo junto aos estudantes na RMS. Não há um tempo garantido para exercício da preceptoria, dentro da carga horária de trabalho, para além das outras atividades que o enfermeiro assume, seja na gestão, na assistência e ou na educação em serviço, embora esteja preconizado no Documento no.2 do banco de dados do estudo.

“A dificuldade é essa grande demanda que nós temos de trabalho, de estar articulando junto, dentro da nossa realidade e articulação do horário, que é péssimo, não dá [...]. Não tem um tempo, sei lá duas horas para eu estar dedicando a preceptoria, para poder discutir. Só que não temos tempo nem para o mínimo aqui.”(EP7)

“Algumas coisas que nós deixamos de fazer por causa do tempo, a minha agenda é muito grande.” (EP9)

“... como nós temos um serviço muito atarefado, com muita coisa, de vez em quando eu acho que deveria ter mais tempo com elas. [...] acho que eu não dou conta de dar toda atenção que elas merecem, porque tenho muita demanda de serviço. [...] E aí eu não sei se talvez a saída fosse fazer como a residência médica que tem só o preceptor para preceptorar, sem ter o atendimento em serviço. Para poder ter mais tempo hábil com essas meninas. Não sei se talvez, como uma forma de melhorar um pouco o tempo delas em aprendizagem.” (EP6)

A EP6 indica um caminho de resolução para o problema, ter um profissional para atuar como preceptor que não assuma as questões do serviço. Embora pareça uma solução plausível, é interessante que o residente aprenda com àquele que conhece a clientela e a realidade local, com profundidade. O que deve ser respeitado é o tempo apropriado dentro de sua carga horária exclusivamente para preceptoria, até porque os estudantes também tem atividades que desenvolvem fora do espaço do serviço. Então, o serviço que recebe residente precisa se organizar e estruturar internamente para dar condições satisfatórias de aprendizado para o mesmo e de ensino para os seus educadores.

A experiência nova para o cliente e família de ser atendido por muitos profissionais de distintas formações no mesmo espaço e tempo, não chega a ser um problema, mas precisa ser conversado e autorizado pelos mesmos. Até por ser um tipo de consulta mais demorada, é respeitoso que tudo seja explicado.

“...Você está atendendo, muitos pacientes para atender. O paciente está ali aflito e, aí a consulta às vezes prolonga um pouquinho, porque tem uma equipe.” (EP1)

Na reunião de equipe, conversaram sobre o número de residentes entrando na casa da família, que poderia assustar num 1º momento. (Observação no. 2)

A maioria dos usuários, tanto nos setores do HESFA quanto nas Clínicas da Família, estão acostumados à consulta com um profissional por vez, o agendamento ainda é feito desta forma. Uma equipe multiprofissional atendendo dentro do mesmo consultório ou na residência, sendo esta composta por especializandos em processo de formação, demanda tempo alongado para investigações (algumas vezes até utilizam roteiros com muitos itens), que ocorre quando estamos aprendendo. Dependendo da abordagem e do motivo da consulta há que se avaliar as questões de privacidade do indivíduo/família e quem são os profissionais mais adequados para estarem atuando naquele momento. Isso também é um aprendizado para os residentes e enfermeiros-preceptores, que tem que trazer o significado da consulta para o cliente, ele deve ser a prioridade.

“... deles atenderem todos juntos um paciente. Nós não impedimos que isso aconteça, mas, aqui como a característica do atendimento é muito específica, é muito íntimo, não pode de uma hora para outra [...] *"Olha, você vai ser atendido por 3 profissionais!"*, não dá. [...] *"Se vocês identificarem num 1º momento um caso que vocês achem que pode ser um atendimento multi, conversem com esse usuário, vê se ele está disposto e aí marca uma nova data, que aí sim ele vai estar preparado para realmente ser atendido de uma forma multidisciplinar"*. Então não está fechado essa possibilidade.” (EP3)

Verificamos, no depoimento acima, como acontece no setor em que a EP3 trabalha e a forma de condução da mesma e dos demais profissionais. No segundo ano do curso os estudantes, por terem condições, são autorizados a identificarem os problemas, recorrerem ao que já tem de conhecimento para darem uma resposta ao caso do usuário, de maneira multidisciplinar, nisso consigo perceber a problematização, a instrumentalização e a catarse, momentos da PHC.

As alterações na programação semanal dos residentes, sem aviso prévio ao serviço, assim como o desencontro e incompatibilidade de horários, gera insatisfações por parte dos enfermeiros-preceptores, como lemos nos depoimentos:

“...tem muitas coisas que acontecem em cima da hora ‘*Oh! Não vai vir hoje não porque vai não sei para onde*’. Aí, surgem outras prioridades. Eu acho que essas coisas atrapalham um pouquinho. [...] às vezes nós estamos planejando alguma atividade; naquele dia é um dia que tem, por exemplo, alguns casos que seriam interessantes e ele não vai participar.” (EP3)

“... o horário deles é segunda o dia todo e quarta a tarde, segunda é minha folga e quarta à tarde eu estou no consultório [...]. Então o que acontece, elas não vão comigo em VD, grupo [...] e na segunda elas acabam ficando com o doutor.” (EP7)

Os residentes, tanto do primeiro quanto do segundo ano dos cursos, tem uma programação na denominada “semana padrão”, com turnos destinados às atividades do eixo teórico transversal e de encontro com a tutoria, nas dependências de salas de aula do HESFA. As demais atividades devem ser pensadas com antecedência, como por exemplo a Semana Científica anual do HESFA, na qual são convidados para envolverem-se ativamente. Além disso, de acordo com o Documento no. 8 do banco de dados, podem participar de congressos e outros tipos de encontros, mas, para liberação precisam “... *encaminhar por escrito, assinado pelo residente e seu preceptor, acompanhado do programa do evento [...] com pelo menos 30 dias de antecedência, à Coordenação da Residência.*” (UFRJ/HESFA, 2015, p.19). Sendo assim, o enfermeiro-preceptor tem ciência do que acontece com tempo hábil para um planejamento.

Quando a EP7 aponta que eles estão somente um turno com ela na semana, não significa que não possa conversar com a coordenação, mesmo que seja para reorganizar os dias de ida do próximo grupo de residentes àquele cenário, isso, com certeza, é factível. Felizmente eles ficam sob supervisão direta de outro profissional. Há ainda que se considerar o aproveitamento, o que se conquista neste tempo de encontro, por menor que seja.

A ausência de outros atores sociais da RMS, em visitas frequentes e de rotina, ao campo de prática é apontada como dificultador do processo educativo, pois, o enfermeiro-preceptor em alguns momentos precisa de orientação e apoio para tomada de decisões.

“A ausência do tutor aqui deixa de facilitar mais no cenário. Para nos orientar também.” (EP4)

“Uma outra coisa que eu vejo um pouco como uma dificuldade, [...] acho

que falta intervenção da coordenação aqui...” (EP6)

Como discutido no primeiro subcapítulo desta análise, há encontros frutíferos entre os protagonistas dos programas, mas, também os desencontros. E, em especial os enfermeiros-preceptores do município, que atuam em campos que não são próximos fisicamente do HESFA, ressentem-se mais da distância acadêmica com a equipe de tutores e coordenação para melhor encaminhamento e condução das questões-problema que podem acontecer em dado momento prático. Depreendo que estas, na maioria, são relativas às situações didáticas, curriculares e ou pedagógicas, das quais eles não têm muita aproximação.

A falta de remuneração financeira ou algum tipo de gratificação para o desenvolvimento das atividades de preceptoria também emergiu nos depoimentos e observação como uma dificuldade ou fator limitador, como é possível verificar:

“ *Ah! Eu quero ser preceptor, mas eu quero alguma gratificação, alguma coisa, eu não ganho nada por isso, por estar ali*”. Tem pessoas que pensam desse jeito, então eu acho que isso acaba um pouco atrapalhando esse processo. [...] tem residência médica que é da prefeitura, tem os preceptores e os residentes e eles recebem uma bolsa, um auxílio. E tem do PET [...], que fica com os enfermeiros. [...] as equipes que elas estão inseridas são equipes que não se importam com isso.”(EP5)

Durante a reunião, a tutora relatou que a institucionalização da preceptoria não é real: “Não se ganha benefício, vai muito pela sensibilização do profissional que acha bacana”. (Observação nº1)

“...se tivesse benefício de bolsa, de remuneração, o que fosse, nós talvez iríamos ter mais pessoas interessadas em se tornarem preceptores. Hoje eu vejo muito como uma responsabilidade a mais que o cara tem que assumir, e aí só gostando muito, só acreditando muito, só querendo muito mesmo.”(C2)

“... por essa questão de não ter nada vinculado, redução de carga horária, gratificação, então nós temos que ficar sempre contanto com essa boa vontade das pessoas, e nesse processo de trabalho que nós estamos, que é muito corrido, quem é que vai se disponibilizar?”(R14 -Nut)

Um relato de experiência apontou que uma das dificuldades do processo da RMS foi justamente a não remuneração financeira para os preceptores. “...a questão da falta de recursos provenientes dos Ministérios[...] por meio de incentivos financeiros aos colaboradores de todas as instâncias têm se mostrado um importante fator limitante...” (FIORANO e GUARNIERE, 2015, p.368). Diante disso, trouxe nesta análise as falas dos diferentes atores sociais a esse respeito: o enfermeiro-preceptor, a tutora, a coordenadora e o

residente; onde é possível constatar que todos concordam que é algo extremamente delicado e sério, não receber por um serviço prestado. Para eles, para ser preceptor atualmente na RMS, de um modo geral, tem que ser sensível, gostar do que faz, acreditar e ter muita boa vontade em assumir mais uma responsabilidade sem retorno financeiro.

A EP5 no seu depoimento aponta diversos programas no qual o preceptor recebe algum auxílio, como por exemplo a residência médica da prefeitura e o PET-Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, “...*regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores [...] e estudantes de graduação da área da saúde.*” (PORTAL DA SAÚDE, 2016, *on line*).

A RMS, por uma questão política e de distribuição dos recursos financeiros dos ministérios, não remunera seus protagonistas, somente recebe bolsa o residente. Concordo com Saviani, quando afirma que “*A questão fundamental em nosso país hoje é de efetivamente situar a educação como prioridade política. Porque ela é em geral prioridade em discursos, mas não na prática, o que se evidencia nos orçamentos.*” (2010b, p. 77).

Na RMS do HESFA os coordenadores, tutores e docentes são compostos pelo corpo de professores das escolas e faculdades da UFRJ ou por funcionários técnico-administrativos da mesma, que tem parte de sua carga horária destinada exclusivamente para as atividades na residência. Felizmente, os programas encontraram seres humanos singulares, os preceptores, que aceitaram a complexa missão de atuarem junto aos residentes em seu espaço de serviço, que já tem sua boa carga de atividades, sem qualquer exigência de ordem financeira, compreendendo a necessidade de formação de futuros especialistas para suas áreas de trabalho. Contudo, essa é uma questão muito séria a ser resolvida e cabe discussões contínuas nos diversos fóruns e locais apropriados dos quais a residência dispõe junto ao MEC e MS.

### 4.2.3 A capacitação para o exercício da preceptoria pelo enfermeiro

Quanto à capacitação para atuar na preceptoria, duas enfermeiras apontaram que participaram do curso oferecido aos profissionais do HESFA por ocasião do início dos programas de RMS na instituição. Este foi elaborado e ministrado pelas docentes do Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde em Enfermagem do Departamento de Metodologia da Enfermagem da EEAN/UFRJ, de novembro de 2010 a junho de 2011, em nível de extensão, com duração total de 140 horas distribuídas em aulas teóricas, práticas e teórico-práticas.

“Depois, no ano seguinte que eu fiz o curso de preceptoria, foi feito aqui no hospital mesmo. [...] eles davam uma assessoria, nós participávamos sempre de reuniões, até mais do que agora. [...] Nessas reuniões [...] nós já éramos orientados da abordagem, de como receber os residentes. E o curso veio para reforçar isso, ajudou bastante.” (EP1)

“O curso de preceptoria fiz aqui. E assim que terminei entrei no de tutoria *online*” (EP11)

Intitulado “Métodos de ensinar e aprender em saúde”, o curso foi oferecido para dar aos preceptores, de todas as categorias, bases para uma atuação mais segura com a novidade da residência multiprofissional na instituição, objetivou “*apresentar os requisitos essenciais para o exercício da prática educativa com grupos humanos e; desenvolver métodos e técnicas de ensino aplicáveis ao nível superior.*” (UFRJ/EEAN, 2010a, *s.p.*). Teve como cursistas os profissionais de saúde das seguintes instituições da UFRJ, que recebem residentes: HESFA, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira e Maternidade escola.

No depoimento, EP1 aponta que ocorriam reuniões, muito mais frequentes do que atualmente, com a coordenação e equipe responsável pela RMS do programa de SM, onde eram orientados sobre como recepcionar aos residentes e que esse também era um modo de serem capacitados para a preceptoria. Desta forma, o saber atitudinal, necessário para formação do educador é evidenciado, pois, é aquele que “*compreende o domínio dos comportamentos e vivências consideradas adequadas ao trabalho educativo, abrangendo atitudes e posturas*” (SAVIANI, 2010b, p.262).

A experiência de acompanhar e supervisionar estudantes em nível de graduação e pós-graduação já existia e era exitosa na instituição, em especial na área de atenção à saúde da mulher, mas, o trabalho com os residentes em equipe multiprofissional foi uma novidade

difícil de ser vivenciada no início.

“No início eu achei que estava crua, porque nós nunca tínhamos feito isso, uma multidisciplinar. Já havia feito sim, a residência, mas era só para enfermeiros [...], residência e especialização, que na época era na ginecologia. Mas, que tinha serviço social, psicologia e enfermeiro, nunca tinha estado aqui antes. [...] Entre trancos e barrancos nós fomos tentando aprender todos juntos, a equipe, os residentes e a própria coordenação. Nós vamos tentando aprender e aprendemos cada dia mais [...] Eu acredito que melhorou muito de 2010 para cá.” (EP2)

A enfermeira-preceptora relata que permanece aprendendo junto aos demais protagonistas da RMS. Isso é importante, pois, quem atua ou pretende atuar como educador precisa aprender sempre. O trabalho com alunos de cursos de graduação e especializações *lato sensu* anteriores na unidade de saúde, com certeza foi um diferencial, pois, permitiu a depoente aproximar-se de pessoas em processo de construção da identidade profissional, da linguagem, dos instrumentos e elementos próprios da educação (PP, folha de frequência, documentos de avaliação, entre outros), acumulando uma importante bagagem em sua história, a ser utilizada na prática com os estudantes multiprofissionais.

No entanto, a diferença está em assumir a responsabilidade do ensino de especializando de diversas categorias. Daí a necessidade de instrumentalização (3º. passo da PHC) para reconhecer o que é próprio dentro de seu espaço de atuação que pode ser discutido com os outros, sem extrapolar o limite do exercício profissional. O enfermeiro-preceptor na prática social inicial precisa antecipar o que é possível realizar com os residentes para construção do conhecimento deles, por isso eles estão no mesmo momento da PHC de Saviani (2007a), mas, em posições distintas, o primeiro com uma compreensão sintética, mesmo que precária da realidade, e o segundo com uma compreensão sincrética, superficial.

O trabalho em equipe, tanto dos membros que compõe a RMS quanto dos profissionais do setor onde ocorre a prática clínica, para atender as demandas dos estudantes e a humildade em assumir que não são os detentores de todo o conhecimento foram destacados pelos entrevistados.

“Eu sempre acho que está faltando alguma coisa. Eu sempre tenho que aprender alguma coisa. Por isso até foi àquilo que eu comentei, de ter uma tutoria aqui, seria importante. Porque não adianta, ninguém sabe tudo.” (EP4)

“Às vezes eles trazem dúvidas que nós realmente não sabemos tirar. Nós não nos preocupamos em saber tudo, até porque essa área nossa sempre está surgindo coisa nova, sempre está atualizando. Então, como temos o hábito de

trabalhar de uma forma como equipe, nós buscamos um ao outro e conseguimos tentar dar conta.”(EP3)

Como seres humanos, estamos em progressivo crescimento e aprendizagem, longe de sermos determinados, acabados, completos, assumirmos uma postura de superioridade ou estarmos numa posição de verticalidade na relação com o outro, que é sujeito social ativo na produção da própria existência. Como o homem não é um ser isolado no mundo, é importante que se valorize a sua construção histórica, social e coletiva, em especial na esfera educativa.

A origem da educação coincide, então, com a origem do próprio homem. Constatamos, pois, que no ponto de partida a relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade. Os homens aprendiam a produzir sua existência no próprio ato de produzi-la. [...] Lidando com a natureza, relacionando-se uns com os outros, os homens se educavam e educavam as novas gerações. (SAVIANI, 2014, p. 25).

Alguns depoentes indicaram que a prática e o tempo de serviço em dada área qualificam para o desempenho da função de preceptoria na RMS. Cabe reforçar, inclusive, que uma das exigências para ser preceptor é ter experiência clínica na área de formação na qual o residente está se especializando.

“Eu na verdade, eu me caracterizo assim, eu pessoalmente gosto mais da parte prática, do dia a dia. De dizer para eles como é que se faz, poder dar um pouco da minha experiência e aprender.” (EP3)

“Eu me sinto preparada sim, porque quando eu passei nesse concurso para universidade, exatamente eu queria me aproximar do aluno, e eu já tenho uma vivência muito ampla, [...] eu acho que eu tenho uma prática, o que me dá a oportunidade de dizer que o que eu tenho eu acho importante repassar. E eu me atrevo a dizer, e vejo hoje o estudante muito carente de pessoas com essa bagagem de assistência...”(EP8)

“Sim, claro. Tanto é que eu estou sempre junto [...]. O conhecimento que eu tenho, que eu já adquiri, no que eu puder ajudar.” (EP10)

O desejo de se aproximar do aluno, a realização e o prazer no desempenho de suas atividades profissionais, bem como ter conhecimento específico na sua área de labuta são essenciais. O enfermeiro-preceptor reconhece que tem a instrumentalização prática, do saber resultante da experiência de vida, que Saviani (2010b) localiza como a forma “*sofia*” de produção do conhecimento. Cabe analisar se também se faz presente a forma “*episteme*”, na relação educativa com os residentes multiprofissionais, que é oriunda de processos

sistemáticos.

A oportunidade de participação em evento foi destacada como momento diferenciado de aprendizagem e até mesmo valorização social para o enfermeiro-preceptor. Quando não conseguem autorização da chefia do serviço com liberação de carga horária e, se necessário, financiamento para inscrição e presença em congressos, simpósios, seminários ou outros modelos de encontros científicos eles ficam desestimulados, em especial porque acreditam verdadeiramente que contribui não só para o atendimento mais aperfeiçoado à clientela como também para apresentar novidades aos residentes que supervisionam diariamente.

“Ah, uma dificuldade! A UFRJ ela não investe muito, apesar de aqui ser um local acadêmico, eu sinto muita falta [...]. Agora teve um congresso, nós não fomos estimulados para ir, os médicos foram, nós não fomos. Na última hora eu consegui,[...] já tinha me programado para outras coisas e não fui, consegui de véspera [...] aí quando eu questionava, "Ah! E nós, os enfermeiros?", "Não, mas, só para médicos e farmacêuticos"[...] eu já fui em congresso [...] e nós trazemos coisas novas para eles, ajuda muito.” (EP1)

“Particpei do Congresso de Saúde da Família que teve, o 1º. Congresso que teve aqui no RJ, lá no Sul América. Nunca mais fui.” (EP4)

No que concerne à capacitação, também os residentes avaliaram que o enfermeiro-preceptor, agente social fundamental para sua formação no campo prático, precisa passar por uma atualização. Indicaram a necessidade de revisão não das questões didáticas, metodológicas, pedagógicas ou curriculares, mas, dos saberes inerentes à profissão e ou à esfera de atuação, para avanços na construção do conhecimento nos momentos com eles. Apresentaram temas que o enfermeiro pode desenvolver com qualquer residente, independente da categoria, como por exemplo, o conceito de clínica ampliada, que abrange o reconhecimento da singularidade do sujeito, a integralidade da assistência, a humanização, o uso da intersectorialidade e tantos outros preconizados pelo SUS para a saúde pública.

“Muitas enfermeiras são ainda de uma formação antiga, antes desse conceito ampliado de saúde e tudo mais. Mas, nós precisamos nos atualizar, então a preceptoria é importante para formação [...], sem preceptor o residente não deveria nem estar no campo. Mas, nós precisamos ter preceptores que realmente façam um papel interessante numa discussão de caso, numa reflexão de textos no campo teórico e no campo prático, para que possa encaminhar o residente, porque o que é bom para o residente é bom para o enfermeiro, que também tem essa função.” (R18 -Odonto)

“E eu acho também que os enfermeiros daqui, que são preceptores, eles precisavam passar por uma reciclagem, porque muitas coisas já estão ultrapassadas e eles acabam passando uma coisa que nem faz mais, e eles

estão passando isso para nós.” (R6 -Enf)

A participação em eventos da área ajudaria igualmente nesta atualização. Estes poderiam ser promovidos pelo próprio serviço, como por exemplo, o Seminário Científico anual que já ocorre no HESFA, rodas de conversa e educação permanente, que consta no Documento nº 1 do banco de dados como uma das atividades na qual a DDAC deve colaborar “... em conjunto com a Comissão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Mulher assessorará o processo de educação permanente dos preceptores...”(UFRJ/HESFA, 2009, p.12). A educação permanente expressa uma mudança significativa no ponto de vista das práticas de capacitação dos profissionais de saúde das instituições.

Supõe inverter a lógica do processo: incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação[...]; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações. (BRASIL, 2009a, p. 44)

A educação permanente, como “política de educação na saúde”, abrange a contribuição do ensino para a construção do SUS. Para a formação dos profissionais de saúde ligados ao serviço, as políticas de saúde e a organização dos currículos são utilizadas para indicar novidades na área do ensino e do trabalho. Sendo assim, a educação permanente em saúde expressa uma opção político-pedagógica.

Os enfermeiros-preceptores assumem que precisam de atualização, pois, a correria cotidiana no trabalho dificulta o estudo que se dá de modo mais organizado, programado, sistematizado. Afirmam que a relação com os estudantes permite a aquisição de novos conhecimentos e também é um estímulo para buscar aperfeiçoamento.

“Querendo ou não o pessoal da universidade está mais atualizado do que quem está na ponta. Porque quem está na ponta está ali naquele dia a dia, não tem muito tempo de chegar em casa e ficar pesquisando o que está rolando de atualização [...]. No máximo, quando chega em casa é para dar uma estudada em algum caso que surgiu durante o dia [...], dar uma atualizada, uma relembrada na matéria ou caso. Enfim, mas, não dá para pesquisar artigos que estão sendo publicados hoje em dia, o que está sendo falado no meio da saúde pública, não sei. Durante a residência eu estava bem mais atualizado do que eu estou agora.” (EP4)

“Acho que essa integração com o aluno, com residente, com acadêmico é muito boa para nós, porque quando terminamos a faculdade, ficamos tão

imersos nesta rotina de trabalhar, de apagar incêndio, que acabamos nos afastando um pouco disso tudo, por mais que corramos atrás de estudar. Então eles trazem muita coisa para nós. [...] é um jeito de nós estarmos atualizando e buscando também correr atrás. [...] eu acho ótimo.” (EP7)

Ainda, durante os depoimentos, indicaram que quando na condição de aprendizes, seja cursando faculdade ou residência, pesquisavam, acessavam aos artigos recém publicados e tinham que responder a isso, até para obterem sucesso acadêmico e facilitado ingresso ao mercado do trabalho, cada vez mais competitivo e com seleções rigorosas, onde quanto melhor for a trajetória de formação, aumenta a possibilidade de conquista no espaço profissional.

Contudo, a revisão de matérias e conteúdos que o EP4 relatou que faz, após o expediente, para entendimento amplo do atendimento dado a um usuário e continuidade do cuidado não deve ser desconsiderada, pois, agrega conhecimento por meio de instrumentos teóricos, que emergiram após a problematização, identificação de questões que necessitavam de resolução, 2º e 3º momentos da PHC de Saviani (2007a). Além disso, para manutenção das atividades de instrução e investigação, a integração docente-assistencial deve ser estimulada e propiciada pela universidade e instituições cedentes da RMS, amparando o educador que precisa ser educado.

Um aspecto que causa preocupação é o desconhecimento do enfermeiro-preceptor de qual é o real papel a ser desempenhado junto aos residentes e suas atribuições neste espaço importantíssimo de atuação na RMS, o que reforça a necessidade de preparo.

“Não tenho a menor ideia. Assim, a ideia que eu tenho é baseada no que eu penso ser importante. (EP7)

“Nas clínicas da família, no geral, você não tem uma formação de preceptoria tão desejada assim. Nós sabemos que, na UFRJ principalmente, você tem cursos de formação de preceptor e que o enfermeiro muitas vezes ele toma esse papel de preceptor mesmo. E o que eu observo é que nós tivemos uma enfermeira que foi nossa preceptora mas que não sabia o que é “preceptorar”. [...] Eu tive a figura de uma enfermeira que queria ser preceptora, mas que não “preceptorou” por não saber como...” (R18 - Odonto)

O domínio dos conhecimentos e as experiências da profissão para acompanhar, orientar, avaliar e supervisionar o treinamento permanente em serviço dos residentes deve estar atrelado aos saberes básicos do campo educacional, a fim de que o enfermeiro-preceptor também seja empoderado para discutir sobre os nós da residência, fazer críticas pertinentes,

dar sugestões, participar no desenvolvimento de trabalhos científicos e ampliar sua participação como protagonista no programa. Compreender quais são as atribuições (que estão previstas nas legislações específicas do MEC e MS) e o que é esperado pelos programas (que consta nos PP, manuais e regimentos), não é tarefa tão difícil. Tem que haver minimamente interesse em procurar e auxílio para encontrar o que se busca.

A Resolução nº 2 (BRASIL, 2012b), destaca que compete a coordenação “*constituir e promover a qualificação do corpo de preceptores*”, mas, não esclarece com detalhes como isso deve ser posto em prática. Como lemos, no depoimento a seguir, a coordenadora auxiliou um preceptor, dialogando com ele, fornecendo materiais para estudo e indicando cursos:

“Passei para esse preceptor alguns instrumentos, alguns textos para ele avaliar, para melhorar na formação. Enfim, tivemos uma conversa bem sincera acerca da preceptoria e indiquei meios que ela pudesse estar se inteirando mais da questão da residência, cursos de formação e de preceptoria.” (C3)

A equipe de coordenação poderia também disponibilizar uma cópia de cada documento organizados em uma pasta nas unidades que recebem residentes e comunicar ao profissional do serviço, como uma forma de acesso rápido aos materiais, colocando-se a disposição para esclarecimento de dúvidas. Isso já reduziria a exposição dele a julgamentos, que de alguma maneira sempre existirão, seja da parte dos educandos ou de outros sujeitos sociais envolvidos com as atividades da RMS. Outro modo seria mediante reuniões e encontros com os tutores, docentes, coordenadores e os próprios residentes, como preconizado e que já ocorrem (como verifiquei nas observações deste estudo), mas, nem sempre o preceptor consegue sair do espaço do serviço para efetivamente se envolver; sendo portanto, necessário agendamento prévio destes nos locais onde ocorrem a prática, nem que houvesse um rodízio, cada vez em um lugar para possibilitar tal participação.

Por fim, a implementação de um curso de formação para os enfermeiros-preceptores, seja como novidade ou continuidade para os que exercem esta função nas Clínicas da Família e no HESFA, atenderia à necessidade evidenciada nesta análise, destes atores sociais tão atuantes no ensino dos residentes multiprofissionais. Tal fato se constata também pela expressa vontade em se aperfeiçoar, como lemos a seguir:

“Eu estou muito desejosa de fazer o curso de preceptoria, eu acho importantíssimo você fazer o curso de preceptoria, já procurei no NUTES, a Anna Nery tinha 2 professoras que eu acho que não estão mais disponíveis

no processo, mas o NUTES tem o curso de preceptoría e eu pretendo fazer, eu adoro lidar com estudante.”(EP8)

“Preparada?! Acho que eu estou preparada (*Risos*). [...] “*Ah, você é a preceptora tem que ter*”. Auxiliar-nos também com curso, alguma coisa do tipo para auxiliar elas, de questão de preceptoría, ter um instrumento de avaliação, uma coisa um pouco mais organizada.” (EP5)

“Existe um curso de preceptoría que hoje é muito difícil de você conseguir fazer, eu já tentei aqui, passei e não tive liberação do serviço para fazer e eu queria muito fazer, um curso [...] eu acho que seria essencial. Acho que o preceptor hoje, ele meio que assume a tarefa e não está tão qualificado para fazer o quanto ele deveria estar. Acho que falta um pouco de base da parte educacional, acho que falta um pouco de base de metodologia [...], tinha que ser um curso acessível, uma vez por semana, mesmo que fosse mais longo. Mas, eu acho que precisaria ter sim. Não basta: “*Ah! Um profissional bom, tem uma empatia boa com os residentes, vamos colocar ele para assumir.*” Tá. Mas, cadê a parte metodológica, cadê o *background* dele?”(EP6)

Os enfermeiros-preceptores demonstram que querem aprender, em especial se aproximarem dos saberes didático-curricular e pedagógico (SAVIANI, 2010b), uns até já conhecem os locais que oferecem formação, mas, precisam de liberação para tal sem qualquer prejuízo de ordem financeira e ou do vínculo empregatício, pois, já não são remunerados para a atividade preceptoría e seria um absurdo terem que arcar com custos para aprimorar esta ação. Sendo assim, deveria ser um curso com tempo de duração e distribuição de carga horária compatível com suas funções no trabalho, além das pessoais, familiares e sociais.

Os depoimentos das enfermeiras-preceptoras 5 e 6 convergem com o da tutora 3, indicando que a capacitação deveria ser realizada desde o início da atuação nos programas, reconhecendo que assumem a tarefa de ensinar sem o preparo necessário: acerca das questões próprias da residência, como se relacionar com estudantes, como utilizar os dispositivos educacionais de acordo com o contexto real vivido na prática, como ensinar o que se pratica até mesmo de forma mais exemplar, conduzindo o residente à crítica profissional e para as transformações positivas tão esperadas no mundo do trabalho.

“...tem que ser uma pessoa que tem que passar primeiro por um treinamento, uma capacitação talvez, um treinamento para saber como lidar. Porque nem todo mundo que está na prática tem um conhecimento [...] aquela coisa assim mais refinada de como vou lidar com aluno, como é que eu vou passar informação, como é que eu vou transmitir esse conhecimento [...] muitas pessoas lá no campo sabem muito, mas não sabem como fazer isto...” (T3)

Ao levantar os problemas a partir da prática social inicial, há que se ter coragem para

lutar, pondo-se à caminho da instrumentalização para melhor desempenho da atividade educativa na RMS. Já que não está prevista capacitação para preceptores da parte do governo federal e sim, o conhecimento do PP do curso e condições para pô-lo em prática, com uso de educação permanente e/ou contínua (MEC, 2012, *online*), deve-se contar com todo apoio dos demais membros partícipes deste brilhante programa, em especial da coordenação, dos docentes e dos tutores, que atuam como educadores igualmente.

Finalmente, fazendo uma apropriação dos escritos de Saviani sobre a formação dos professores no país, é interessante considerar que “...*uma boa formação se constitui em premissa necessária para o desenvolvimento de um trabalho docente qualitativamente satisfatório.*” (2011, p.16). Ou seja, um enfermeiro-preceptor bem preparado tem condições de realizar adequadamente a tarefa educativa dentro do seu espaço de atuação assistencial, que se traduza em um trabalho de qualidade tanto para os usuários quanto para os estudantes multiprofissionais e demais atores da residência em saúde.

### 4.3 Os saberes que emergem do trabalho educativo do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde

O último sub-capítulo de análise apresenta as aproximações e os distanciamentos dos enfermeiros-preceptores em relação aos conhecimentos necessários para o desenvolvimento da tarefa educativa, junto aos especializandos e demais atores sociais na residência multiprofissional em saúde, à luz do pensamento contemporâneo de Dermeval Saviani. Para o filósofo, existem saberes indispensáveis ao trabalho docente e pretendemos discutir sobre a apropriação destes, respeitando evidentemente o local do qual se posicionam – o da prática social de profissionais que atuam como educadores, mas, que não tem obrigatoriamente formação em licenciatura plena e ou pedagogia, para quem Saviani (1997) dirige primariamente seus escritos.

Os depoimentos apontam o enfermeiro-preceptor como um profissional da prática que tem atitudes coerentes com a de um educador, se aproximando do saber atitudinal, apresentado por Saviani (1997). Ele desempenha suas funções com postura firme, sendo apoio e tendo respeito à pessoa do especializando, dando segurança para este no desenvolvimento das atividades clínicas e assumindo um papel de orientação e liderança.

Os estudantes expressam, como recém-graduados, que a presença do enfermeiro-preceptor lhes dá segurança nas atividades assistenciais. Após o trabalho progressivo realizado por ele, o ponto culminante do processo educativo é alcançado, a catarse (4º momento da PHC), garantida por meio do domínio prático dos conhecimentos científicos primordiais para que a residente (R2) desenvolvesse o cuidado aos usuários, família e comunidade nos diversos programas de saúde, sozinha, no espaço privativo e dinâmico da consulta de enfermagem, como é possível verificar no depoimento.

“Eu cheguei à residência muito inexperiente, porque na graduação você vê [...], mas, muito superficialmente – faz 1 procedimento, 2 procedimentos. Então eu cheguei muito insegura na minha prática [...]. Mas a enfermeira que tinha na época, que foi uma ótima preceptora, ela foi indo passo a passo mesmo, nós fazíamos muitas consultas juntas e aí ela foi me dando um embasamento prático muito grande, e ela tem muito essa questão do ensino [...]e aí depois de um mês, um mês e meio, eu já estava bem mais segura pelo menos dos procedimentos, pelo menos das linhas de cuidado mais básicas da saúde da família, aí que ela começava a sair mais do consultório, ela ia fazer outras coisas na clínica e eu ficava.” (R2 -Enf)

“*As características principais que eu observo?* Eu acho que é apoio. Eles tentam dar o apoio para que nós, enquanto residentes, potencializemos nosso

trabalho, meio que uma direção, um norte.” (R4 -Assist)

“Segurança das atividades e das intervenções [...]. E assim que dá aquele gostinho de querer estar no lugar dele, a questão de segurança, de como desenvolve a prática, de como intervém, como orienta, dá aquela vontade de ou tem que ser igual ou tem que correr atrás para melhorar um pouco mais. E eu acho que isso é importante.” (R7 -Enf)

O enfermeiro-preceptor no desenvolvimento de suas atividades, com compromisso, responsabilidade, atendendo aos princípios éticos, científicos e do SUS, demonstrando habilidade e competência no que faz, conseguindo discutir e ensinar aos residentes, torna-se modelo, exemplo e referência de profissional do mundo do trabalho. Sinal de valorização do agente social da prática e esta, por sua vez, tem grande potencial para transformar a realidade e ressignificar os espaços de produção da saúde no tempo histórico de construção coletiva que se chama hoje, algo tão almejado e verificado nos documentos propositivos do MS. Um dos objetivos do financiamento para os programas de RMS no país é justamente “... *possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecno-assistencial do Sistema Único de Saúde.*” (BRASIL, 2006, p. 11).

Durante a participação ativa na formação dos futuros profissionais especialistas, que ocorre imbricada ao cotidiano das tarefas assistenciais, político gerenciais e educativas do enfermeiro-preceptor, para colaborar com mudanças nas práticas dos serviços prestados pelo SUS, visualiza-se o respeito à pessoa do educando e acolhimento às suas demandas e necessidades, algo que é precioso para o estabelecimento do processo de ensinar e aprender.

“Eu acho que foi a categoria que mais nos abraçou. Nós temos uma dificuldade com preceptoria. [...] por mais que nós não tenhamos um tempo específico que você fale: “*Ah! Agora nós vamos discutir caso com o preceptor*”, nós não temos esse momento, mas, o dia a dia faz com que aconteça essa troca. Então eu acho que só a disponibilidade dos enfermeiros para nós já é super válida.” (R3 -Nut)

“Tinha um interesse pela residência, até porque pela residência não dar nada em troca para o preceptor, para o tutor, um curso ou um financiamento, então teve uma disponibilidade, teve uma paciência, porque era um grupo grande e novo.” (R21 -Enf)

“... que eu identifico na atuação do enfermeiro junto aos residentes como preceptor é o trabalho mesmo de recepção e acolhimento dos residentes, [...] sempre num espaço de abertura para que os residentes possam se colocar, possam participar ativamente do atendimento, com esclarecimentos em relação a determinadas condutas, ou questões mais específicas do tratamento aqui do setor. Então, é sempre uma troca bem rica.”(T2)

Os relatos dos residentes são confirmados pelo da tutora, com destaque para o estabelecimento de trocas educativas proveitosas a partir dos atendimentos aos usuários. Independente da não remuneração, já discutida nesta análise, do pouco tempo para desempenhar muitas atividades no setor, da novidade dos programas de RMS, de conhecer um novo grupo a cada período de tempo e do número de estudantes sob sua supervisão, o enfermeiro-preceptor consegue se colocar à disposição e ensinar, com uso de saberes específicos, diretamente aos residentes de enfermagem e aos das outras categorias profissionais, quando na discussão dos conteúdos mais amplos da área, seja saúde da mulher ou da família e comunidade, como por exemplo: Política nacional de atenção básica; Política nacional de atenção integral à saúde da mulher; Ética e bioética; Vigilância em saúde; Planejamento em saúde; entre outros (Documentos no. 2 e 4 do banco de dados do estudo).

Ainda, a mudança do modelo tecno-assistencial na prática do profissional capaz de agregar um diferencial no aprendizado, contextualizado e crítico, para o residente, pode ser vislumbrada caso ocorra uma atuação que priorize o cuidado humanizado, a escuta qualificada, enxergando o usuário em sua singularidade, holisticamente, reconhecendo que precisa do outro e até mesmo da intersetorialidade para melhor resolubilidade das situações complexas que emergem dos atendimentos, em detrimento à lógica do cuidado biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado e verticalizado. Neste sentido, é possível verificar divergências nos depoimentos dos residentes acerca do que foi vivenciado com o enfermeiro-preceptor:

“O enfermeiro tem uma formação menos ‘biologizante’ que a medicina, também até a questão da cultura profissional que é menos elitizada, menos voltado para aquele poder único. Então tem uma relação mais com outras profissões, então isso facilita, por mais que seja um profissional que tem que estar, por causa das suas atribuições, atento a questões de anatomia, do biológico, também consegue ter uma visão mais ampla.” (R10 -Assist)

“... na clínica da família você vê o enfermeiro como potente na construção do cuidado de forma horizontalizada, de forma coletiva junto a construção em equipe mesmo.” (R18 -Odonto)

“Então faltou [...] visão menos biologicista dessa mulher que estava sendo atendida, [...] não se investigava como é que estava a situação familiar por acaso, e daí pode surgir questão psicológica e social, bastava uma pergunta! [...] Teve situações, e aí foi com uma enfermeira específica que ela gritou com a usuária durante uma consulta porque ela considerava essa usuária uma ‘piriguete’, que tinha acabado de ter filho e tinha deixado o bebê recém-nascido com outra pessoa. Então assim, não teve um preparo, um manejo interessante. Então a inserção do residente nessas situações fica muito

precária, porque não tem uma visão muito crítica, às vezes nem muito atualizado do que é o SUS, como é esse atendimento integral e nem da política pública da mulher.” (R11 -Psi)

“Às vezes dependendo do profissional e da sua experiência, tanto profissional quanto de vida, às vezes quando o paciente começa a trazer questões que são pessoais, que nós poderíamos dizer que está mais ligada ao psicológico, às vezes o enfermeiro tenta desviar um pouco, ouvir menos essa questão, que às vezes é até o que está causando aquela doença, tenta desviar e tenta voltar sempre para o biológico, que eu acho que é onde o enfermeiro se sente mais seguro.” (R19 -Psi)

Nos dias atuais, ainda vemos a permanência do uso do poder e postura de superioridade de alguns trabalhadores da saúde em relação aos usuários dos serviços, resquício de uma formação enraizada no modelo biomédico, onde o profissional é considerado o único detentor do saber, que dita as normas a serem seguidas fielmente pelo paciente para reestabelecimento de suas condições clínicas. Essa posição pode ser encarada também como confortável, pois, devido ao pouco tempo para desenvolver o atendimento, é mais rápido olhar diretamente a queixa/problema do que parar para ver e ouvir o outro integralmente, tentar compreender a origem do sofrimento, que nem sempre é de ordem biológica ou física, mas, também tem determinação social e trabalhar com a participação e o empoderamento do sujeito.

Igualmente, se baseado neste modelo, se realizam ações de educação em saúde para os usuários e comunidade estas são vistas como de transmissão vertical, de cima para baixo, sem muito espaço para debate, conteudistas, com temas circunscritos, onde se estabelece a culpabilização do indivíduo quando este não adere as prescrições de condutas para hábitos saudáveis de vida, comparando-se na esfera educativa ao que ocorre na pedagogia tradicional.

É importante para o educador conhecer as teorias educacionais, que se localiza na categoria do saber pedagógico, pois, de acordo com a que é estabelecida no PP dos cursos e ou a que é assumida realmente na prática, o papel dele no processo muda, como por exemplo, se ele mantiver o posicionamento na perspectiva da pedagogia tradicional, o ensino “*se dá via transmissão. Portanto, o agente principal nesse processo de produção do conhecimento no aluno seria o professor*” (SAVIANI, 1997, p.135).

No caso dos programas de RMS do presente estudo, vislumbra-se como proposta a pedagogia construtivista, onde o especializando é o sujeito de sua própria aprendizagem e o preceptor um mediador, conforme o Documento no. 1 do banco de dados (UFRJ/HESFA,

2009, p.23): “A preocupação com a singularidade da aprendizagem, segundo as necessidades particulares de cada residente, caracteriza a abordagem pedagógica a ser utilizada, centrada no residente.”

Muitas vezes, certamente, o saber específico do enfermeiro não oferece em sua totalidade (e nem é esperado que ofereça) respostas às múltiplas questões trazidas ou demandadas pelos indivíduos por eles atendidos e nem pelos residentes assistentes sociais, nutricionistas, cirurgiões dentistas, psicólogos e farmacêuticos. Assim sendo, é importante a atuação de preceptores de todas as profissões que compõe o programa de RMS no cenário e reconhecer quando se precisa recorrer à outra categoria ou serviço e, para tal a que se estar atualizado, inclusive sobre a estrutura que a própria instituição dispõe.

“Eu acho que eles não sabem sequer encaminhar para dentro do hospital; [...] sempre tem essa defasagem na comunicação [...], justamente por não ter esse diálogo, e perceber o que cabe e o que não cabe. Então a inserção enquanto preceptor é muito ruim.” (R11 -Psi)

“Eles trazem coisas novas, eles conhecem às vezes o HESFA melhor do que nós, eles estão passando por todos os setores, tem coisas que eles trazem que nós nem sabemos que está acontecendo, porque nós não temos uma comunicação tão boa aqui dentro. E eles são às vezes esse canal, que trazem essa comunicação para nós.” (EP3)

Os estudantes do programa de saúde da mulher no primeiro ano (como R1) são escalados para atuarem em todos os cenários do HESFA, preconizados pelo curso (e fora dele também), permanecendo cerca de dois meses em cada e, no segundo ano da residência (como R2) escolhem um em específico para vivenciarem a prática. Portanto, conhecem muito mais a dinâmica interna dos diversos serviços do que os preceptores, que estão fixos em suas rotinas em dado setor e, no cotidiano conseguem indicar mais rápido, até mesmo nominalmente o profissional adequado para atender certo encaminhamento. Isso é algo extremamente positivo para a clientela e facilitador para o enfermeiro na atividade assistencial. Há que se ter cuidado para não avaliar como completamente desfavorável o trabalho educativo do preceptor somente por um item.

Residente e enfermeira-preceptora reconhecem a necessidade de aprimoramento dos elementos essenciais da comunicação (transmissor, mensagem, receptor e meio) e, o processo educativo não pode ficar distante deles. Essa comunicação precisa ser concreta e mais ativa entre os diversos funcionários técnico-administrativos dos serviços e os protagonistas da RMS

para que se alcance os objetivos tanto assistenciais quanto educacionais desta relevante instituição.

Muitos residentes entrevistados apontaram a postura de liderança como uma das grandes características que o enfermeiro-preceptor assume no exercício de sua profissão, o que reflete nas atividades educacionais realizadas com eles nos setores do HESFA e nas clínicas da família. Eles reconhecem o enfermeiro como o profissional responsável pela equipe de trabalho nos diversos cenários práticos no qual estão inseridos e deste modo, acabam sendo também seus preceptores.

“Eu acho que na verdade quem modula o nosso processo de trabalho aqui é o enfermeiro. Porque como ele é tipo o líder da equipe, a equipe toma muito o perfil do enfermeiro. Então, se o enfermeiro é a favor de grupos nós sabemos que a equipe toda vai se motivar para àquilo, porque incentiva muito mais e aí nós acabamos nos beneficiando por essas organizações.” (R3 -Nut)

“E como o enfermeiro é aquele que coordena muitas vezes a equipe, não é!? Então ele acaba tendo talvez essa responsabilidade e como está mais próximo também. Nós acabamos meio que nos identificando e ele acaba sendo, [...] ele acaba se tornando nosso preceptor.” (R4 -Assist)

“Olha, o enfermeiro na verdade na saúde da família e na clínica da família, ele é um grande líder da equipe. [...] Então eu acho que é uma característica importante da enfermeira-preceptora na clínica da família, na atenção primária, pelo fato dela ter essa autonomia, pelo fato dela ter essa liderança junto a equipe. Acho que isso fortalece bastante a enfermagem e a residência.”(R18 -Odonto)

“Característica. Acho que até da própria profissão, de ser mais, não chefe, [...] responsável por assumir mesmo, mais líder do processo, e além da liderança, o papel dele como representante daquela equipe e no caso como ele também era o gerente.” (R20 - Farm)

“... quando o enfermeiro é o líder da equipe as coisas fluem melhor.” (R14 - Nut)

“... é uma coisa que eu vejo de coordenação muito forte no enfermeiro e acho que acaba passando um pouquinho para nós também.” (R17 -Nut)

De acordo com as DCNs dos cursos de graduação em saúde, espera-se como competência geral da formação que os profissionais assumam posições de liderança no trabalho multiprofissional, objetivando o bem-estar dos indivíduos, família e comunidade. “*A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz*” (BRASIL, 2001, p.5). Portanto, se os enfermeiros-preceptores no cotidiano têm o perfil de líderes, eles atendem às premissas da legislação educacional, o que pode facilitar o aprimoramento dessa competência

por parte dos futuros especialistas que, como recém-graduados, já foram formados nessa lógica. Ainda, segundo Girardi (2014), existem algumas características essenciais que o líder deve apresentar, das quais destaco:

- Comprometimento: o líder deve ser comprometido com a atividade que assume, com os usuários e com os profissionais que estão sob sua responsabilidade;
- Habilidade de comunicação: o líder deve saber usar a comunicação a seu favor, a favor da equipe e da instituição. Deve comunicar as ocorrências, usando em especial a comunicação escrita, nos livros de registros próprios do setor e por outros meios legitimados dentro da organização. Certificando-se que todos estão cientes;
- Franqueza: o profissional deve ser sincero, ser cuidadoso ao relatar um fato, uma ocorrência. Não falar veladamente nos corredores da instituição com quem não diz respeito, e sim, chamar o profissional para conversar e ser transparente;
- Compartilhar vitórias: o líder deve perceber que o êxito da atividade e do serviço vem pelo trabalho de todos e valorizar isso, distribuindo as vitórias e parabenizando a todos, formalmente, se for o caso;
- Aprendizado permanente: é muito bom perceber que seu líder sabe do que fala, tem propriedade ao discutir sobre tal assunto técnico ou da área de atendimento da clínica, para isso precisa se dedicar aos estudos e motivar a equipe também.

Nos depoimentos é possível verificar que quando os enfermeiros exercem a liderança, democrática e participativa, os residentes ganham muito sob a supervisão direta e preceptoria dos mesmos, se conseguem trazer esta vivência para o ensino e aprendizado na prática assistencial, gerencial e educacional com eles desenvolvida. Do contrário, se torna um entrave ao trabalho educativo quando ele é visto como um líder e ou profissional autoritário, centralizador do poder, causando frustração para os que estão ao seu redor, em especial na qualidade de aprendizes.

“Às vezes também o enfermeiro tem um perfil muito autoritário, mas eu acho que às vezes é questão mesmo de formação [...]. O enfermeiro que acaba tendo [...] o controle da chave do setor, então isso acaba sendo um perfil que o processo de trabalho acaba demandando e às vezes na formação isso tem que ser trabalhado melhor.” (R10 -Assist)

“Às vezes os enfermeiros são muito autoritários: ‘quem vai entrar, quem não vai entrar’. E isso é muito complicado, às vezes são muito autoritários nesse

sentido, a esse ponto, não está aberto muitas vezes para o diálogo também. [...] A capacidade técnica eu acho que aqui é muito boa, das enfermeiras, principalmente porque elas são a ponta daqui da parte do planejamento familiar e da prevenção. Mas essa questão da residência, de lidar com o outro é muito precária.” (R11 -Psi)

“O preceptor de enfermagem no HESFA principalmente, porque nós também atuamos em outras unidades, mas o nosso polo central é aqui o HESFA. [...] por ter muitos enfermeiros, existe uma autoridade muito grande aqui. Então você tem que aprender a lidar com esse autoritarismo que eles trazem muitas vezes, tem pouca flexibilidade, alguns não são receptivos, alguns já até se propuseram a não ser mais preceptor, tem esse enfermeiro que esse ano não quis ser mais preceptor, não se identificou com isso.” (R12 -Psi)

Os residentes apontam que os enfermeiros compõe uma expressiva força de trabalho no HESFA e isso reflete na responsabilidade que assumem até mesmo sobre as chaves das unidades. Em nenhum momento a habilidade e competência técnica deste profissional é questionada, eles são considerados, em diversos serviços, a porta de entrada da assistência à clientela. Tais fatos evidenciam um saber disciplinar muito potente, que pode sim ter origem na formação durante a graduação, mas, que se reforça com os anos de experiência e exercício profissional, conferindo certa autoridade. Contudo, essa autoridade deve ser atribuída no sentido de valor do ser humano competente em determinada área/assunto, importância que tem no contexto da prática social notável que realiza cotidianamente, e não como razão e autorização para agir de forma opressiva, impositiva, ditatorial e prepotente, termos usados como sinônimos de uma pessoa autoritária.

No tocante à proposta pedagógica da teoria crítica, uma característica valiosa a ser considerada no perfil do enfermeiro-preceptor é exatamente a capacidade de construir uma relação interpessoal educativa estreita e rica com o residente e demais atores sociais que compõe a RMS, de modo plenamente democrático, pois, todos são sujeitos livres em graus diferentes de maturação humana (SAVIANI, 2012).

A relação professor/aluno é democrática, baseada no diálogo. Ao professor cabe o exercício da autoridade competente. A teoria dialógica da ação afirma a autoridade e a liberdade. [...] Valoriza-se o ensino competente e crítico de conteúdos como meio para instrumentalizar os alunos para uma prática social transformadora.[...] A apropriação do conhecimento é também um processo que demanda trabalho e disciplina. (DONATO, 2009, p.8)

A fim de instrumentalizar os residentes para mudanças reais e significativas na área de conhecimento da saúde da mulher ou da família e comunidade, o saber atitudinal é necessário – abrange posturas inerentes ao papel atribuído ao educador, competências que se ligam a

identidade e conformam a personalidade do mesmo. Do ponto de vista das formas, têm mais destaque na forma *sofia*, no entanto, são objetos de formação tanto por processos naturais, como organizados e definidos (SAVIANI, 2010b). Além dos já descritos na presente análise, outros itens que se encontram nesta categoria de saber são: pontualidade, clareza, equidade e atenção às necessidades dos estudantes.

Identificamos que o enfermeiro-preceptor apresenta atitudes adequadas ao trabalho na RMS, apesar das dificuldades, sendo essencial sua presença junto ao residente, como destacam as coordenadoras nos depoimentos a seguir. O perfil dele na prática educativa vem sendo construído gradualmente no seu espaço vivo e dinâmico de atividade profissional.

Na reunião com vários protagonistas da RMS, questionou-se acerca do perfil para ser preceptor. (Observação no. 1)

“Para os residentes ele é fundamental, ele é reconhecido, ele é chamado sempre, ele tem uma interação com o residente perfeita. Alguns mais, outros menos, de acordo com o perfil de cada um.” (C2)

“Eu descreveria que o preceptor tem um perfil, ou melhor, uma referência de formação clínica, assim, é aquela pessoa que eu olho e é a minha inspiração o meu referencial para formação clínica do residente. [...] ele é esse espelho para esse residente. Então ele precisa ser um preceptor realmente voltado a uma área clínica, e discutir/debater com esse residente essas questões clínicas, da prática, do dia a dia do residente.”(C3)

Para o ensino e aprendizagem das questões inerentes à prática clínica o preceptor recorre ao saber específico ou disciplinar. Segundo Saviani (1997, p.132), para “*a produção do conhecimento matemático nos alunos, o professor tem que dominar o conhecimento matemático, sem o que parece pouco provável que ele possa dar uma contribuição de importância...*”. Assim sendo, para discutir os assuntos gerais/transversais preconizados pelos programas da RMS em saúde da família e da mulher e os próprios/privativos da enfermagem nestas áreas, com elevada contribuição para produção dos conhecimentos especializados nos residentes, o enfermeiro-preceptor precisa dominar às disciplinas das quais estes saberes se reportam.

Os conhecimentos disciplinares do enfermeiro-preceptor emergem no depoimento de todos os especializando enfermeiros, um total de cinco, com as facilidades e contratempos do dia a dia, como um zelo com um excelente trabalho para o ensino e aprendizagem em serviço dos mesmos.

“A enfermeira que trabalhava comigo, ela pedia para eu levar as coisas, ler

os cadernos de atenção básica, e aí pedia para eu poder falar para ela o que eu tinha entendido daquilo, passava muito do conhecimento prático também, que isso valia mais que o teórico, porque o teórico sozinho nós aprendemos, mas, o prático as vezes nós precisamos de alguém para poder dar aqueles ensinamentos, aqueles toques do que deve fazer.” (R2 -Enf)

“... que medicação eu vou passar para aquela paciente que na abordagem sindrômica apresentou os sintomas tais, então nisso o preceptor ele também é muito importante para nós. [...] Mas, em termos de técnicas e nessas coisas, é super importante aquele treinamento em serviço e o preceptor estar ali e eles realmente se fazem presentes. Tem preceptores que nos ajudam com material para consulta, manda por e-mail ou disponibiliza no serviço.”(R5 -Enf)

“Na 1ª unidade que eu fiquei nós tivemos uma relação muito mais íntima, porque como o grupo de residente era pequeno, então eu ficava muito mais com a enfermeira, e a outra residente muito mais com a categoria dela. Então fazíamos acompanhamento, consultas em conjunto, atendimentos em grupo, atividades e ações fora da unidade.” (R21 -Enf)

“Porque são tantas horas juntas que nós acabamos extrapolando um pouco, que com a intimidade nós discutíamos outras questões. Mas, nós discutíamos também coisas relacionadas à enfermagem um pouco fora da saúde da família [...]. Então assim, ele consegue relacionar a teoria da prática e durante as consultas, durante os acompanhamentos sempre traz para nós: ‘*E aí, o que você faria? E o que você acha disso?*’, justamente para nos colocar para refletir, discutindo questões teóricas. Eu acho que é excelente, eu acho que é excepcional.” (R7 -Enf)

Os educadores questionaram a compreensão dos estudantes sobre dado assunto ou conteúdo posto pela prática social nas consultas e demais ações profissionais que desenvolviam, conduzindo-os à problematização; incentivaram a busca por instrumentos práticos e teóricos dos educandos para dar respostas, permitir o enfrentamento das demandas/necessidades da clientela e ampliar as discussões para além do que desempenhavam juntos nos atendimentos em serviço; asseguraram a apropriação dos conhecimentos elaborados, com “*a efetiva incorporação dos instrumentos culturais, transformados em elementos ativos de transformação social*” (SAVIANI, 2014, p. 31), a ponto do residente do segundo ano poder auxiliar na supervisão do seu colega do primeiro ano do curso, indicativo de ter atingido a prática social final, erguendo-se ao estado onde se encontrava o enfermeiro-preceptor no ponto de partida. Com esse movimento, identificamos os cinco momentos da sistematização teórica da PHC (SAVIANI, 2014), na qual é possível o residente ter acesso ao saber metódico, ao conhecimento científico do enfermeiro especialista, contextualizado historicamente e crítico.

A mesma formação acadêmica possibilita discussões aprofundadas sobre as diversas temáticas da enfermagem que não propriamente as da área de especialização dos programas de RMS. A relação entre os enfermeiros, preceptores e residentes, atinge inclusive um estágio de muita proximidade, propício para construção efetiva do vínculo profissional e educativo, que é esperado no saber atitudinal para o educador. Dos depoimentos ainda é possível inferir que, por vezes, os educandos enaltecem a prática clínica e as técnicas em detrimento ao conhecimento teórico, porém, ambos são imprescindíveis.

A teoria é o esforço em compreender a prática e, ao compreendê-la, torná-la mais eficaz. A prática sem a teoria degenera em ativismo, resulta uma atividade cega, desorientada: a prática necessita da teoria. E a teoria sem a prática degenera em verbalismo. A razão de ser da teoria é a própria prática; a teoria só faz sentido na medida em que ela procura elucidar a prática, procura responder às questões postas pela prática, procura explicitar, equacionar os problemas que a prática levanta. (SAVIANI, 2010b, p. 219).

Por mais que existam momentos programados e separados de disciplinas em sala de aula com os docentes, encontros com os tutores específicos e de núcleo e, atividades nos cenários dos serviços, teoria e prática não estão desvinculadas, ao contrário, são conhecimentos indissociáveis e essenciais para formação do profissional inserido no contexto social da saúde.

Retornando ao saber atitudinal, os enfermeiros-preceptores também são atentos às dificuldades dos alunos, prontos para o esclarecimento de dúvidas, como lemos a seguir, nas entrevistas dos enfermeiros R6 e R5. Apesar do residente do segundo ano não poder formalmente ser preceptor do residente do primeiro ano (MEC, 2012), tal assistência acontece, contudo não deve ser uma rotina, pois, o especializando precisa da condução do preceptor. De acordo com o Documento no. 4 do banco de dados, espera-se que ao concluir o curso, ele “*esteja capacitado para realizar supervisão e acompanhamento de estagiários e residentes*” (UFRJ/HESFA, 2013, p. 8). Sendo assim, é interessante que comece esse exercício educativo com a equipe de nível médio e auxiliar dos serviços e com os estudantes de graduação que realizam as atividades no mesmo cenário.

“Muitas vezes eles pedem para nós sermos o preceptor do R1, porque diz ‘*Eu vou sair e você fica com o R1*’, isso é muito comum. Porém, eles são solícitos quando você tem uma dúvida, se você tem uma dúvida eles estão solícitos ali para sanar naquele momento.” (R6 -Enf)

“Nem sempre o preceptor está com aquilo ali pronto para te oferecer, mas quando você apresenta uma demanda ele tenta sanar aquilo ali.” (R5 -Enf)

Alguns residentes de outras categorias profissionais, indicaram que o enfermeiro na qualidade de preceptor, com o domínio do saber disciplinar da área de atuação especializada – saúde da mulher e saúde da família e comunidade, conduzem a aprendizagem deles, contribuindo com o trabalho multiprofissional.

“Acredito que enquanto saúde pública [...] ela acaba conseguindo também dar algumas respostas. Não vai dar do meu núcleo ao todo, mas, ela também consegue dar um norte, enquanto propostas de atuação, de intervenção: *‘Vamos fazer grupos? Vamos! Como é que nós devemos fazer? Como é que nós estamos abordando?’* Eu acho também que uma riqueza da residência multi é isso, você ampliar os seus olhares para outros olhares. Então acho que isso tem contribuído.”(R4 -Assist)

“O enfermeiro ele tem menos dificuldade de ser preceptor de profissionais de outras profissões [...]. Eu tive preceptores médicos que falaram abertamente: *‘Eu não sei o que vou fazer com vocês, que são psicólogos, na consulta’*. [...] Já o enfermeiro sabe mais lidar com isso [...], com essa questão multiprofissional.” (R10 -Assist)

“Ele contribuiu no pensamento e discussão da minha inserção no campo, nós tivemos a oportunidade de discutir casos que estavam no atendimento, nós fizemos uma troca de saberes. Então posso descrever que foram casos pontuais que nós conseguimos essa aproximação...”(R16 -Assist)

Ainda assim, no geral, a prática social educativa é avaliada como muito segura na esfera do próprio núcleo de formação em nível de graduação, venturosamente, pois, poderia ser de outra forma, o que seria motivo de extrema apreensão e estranheza para todos. Por mais que a proposta seja de um trabalho vivo em ato<sup>14</sup>, dinâmico, integrado, interdisciplinar e multiprofissional, sempre é um desafio para o enfermeiro e para preceptores de qualquer outra categoria (como lemos no depoimento da R6, enfermeira) orientar, supervisionar, acompanhar e avaliar a atuação de profissionais de formações acadêmicas diferentes.

“Muitas vezes o preceptor não é enfermeiro, às vezes o preceptor é psicólogo, assistente social, então eles falam *‘Oh! Essa área não é minha e aí você faz do jeito que você aprendeu’*. ” (R6 -Enf)

“O enfermeiro como preceptor até dos outros residentes multi, cria-se um entrave, porque o enfermeiro ele tem muita segurança com relação a prática profissional do núcleo dele, ele sabe muito bem o que o enfermeiro tem que fazer e tal, para ele é muito claro e muito fácil, são profissionais muito bons.

<sup>14</sup> “... a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias.” (MERHY e FRANCO *IN* EPSJV, 2006, p.282).

Mas aí ela tinha muita dificuldade com farmacêutico. [...] ela também tem que entender um pouquinho do que cada núcleo ali pode fazer, e até aonde dá para fazer, e eu acho que esse é um desafio mesmo. (R15 -Psi)

“Porque é difícil, são particularidades da profissão que talvez ela não vá acrescentar para mim. [...] Eu fico sabendo mais da parte da enfermagem, eu agrego pela parte da enfermagem, que ela vai falando e eu vou aprendendo, mas, da nutrição mesmo não.” (R3 -Nut)

Muitas discussões e aprendizados são desejados no sentido da multiprofissionalidade, e devem sair somente do discurso, do “verbalismo”, para serem estabelecidos em ambientes de encontros formais, por todos os protagonistas da RMS, nos níveis locais, regionais e nacionais. Os enfermeiros-preceptores 5 e 7 confirmam que é mais fácil supervisionar diretamente o residente da mesma área profissional, como preconiza a Resolução no. 2 (BRASIL, 2012b), mas, todos eles, com maior ou menor perícia, indicaram como desenvolvem a tarefa educativa nos programas, que possuem a área de concentração na qual eles são habilitados por atuação específica:

“... tendo a enfermeira aqui conosco aí é diferente. Porque nós passamos mais coisas, de atendimento, consultas, protocolos...” (EP5)

“Eu tento trazer minha experiência prática, teórica, [...] mostrar algumas coisas ali que vem surgindo da prática, trazer discussão de alguns casos complicados que nós temos, no caso a abordagem do assistente social e da psicóloga. Para a enfermagem é mais fácil para mim. É mais fácil eu saber o que precisa porque eu sou enfermeira. Então assim, no caso assistente social e psicóloga é um pouco mais complicado de saber exatamente o que seria mais interessante para elas.”(EP7)

“... como é feito o trabalho de adesão ao tratamento, a questão da sexualidade, do sexo seguro, todas as questões assim que são abordadas. Até questões higiênico dietéticas, porque nós, como enfermeiros, vemos o paciente como um todo.” (EP1)

“... para mim a prioridade é desmistificar para eles o que é o SUS. O que é o SUS, como que ele começou, o que é a constituição federal na área da saúde, porque essa questão nunca vai ser velha, ela vai estar sempre sendo debatida, eles tem que estar muito atualizados do que é a atenção básica em saúde...”(EP11)

A partir da realidade do mundo do trabalho, os enfermeiros-preceptores selecionam algumas temáticas para serem problematizadas com os residentes, independente da categoria profissional, e com isso atendem aos PP dos cursos, fazendo com que os mesmos alcancem o domínio do conhecimento naquela área. Então, a prática pedagógica não é neutra, mas, tem

intencionalidade. Ademais, quando a EP7 relata preocupação com “saber exatamente o que seria mais interessante”, verifica-se o cuidado em corresponder aos objetivos do curso e às expectativas dos educandos, buscando o que é necessário ser trabalhado educativamente.

Ao ser questionado sobre o que é essencial para ser um bom professor, Saviani indica que este *“deve ter um certo conhecimento do tipo de sociedade em que vive, [...] que tenha clareza sobre os conhecimentos fundamentais que cabem ser trabalhados. [...] que domine os recursos didáticos. E, enfim, a dedicação deve ser constante.”* (2010b, p. 59).

Logo, ao desempenhar uma atividade educacional de relevância, preconizada legalmente para o funcionamento de qualquer programa de residência, o enfermeiro-preceptor precisa compreender o papel da universidade, com seus cursos de RMS inseridos nos serviços, na atual conjuntura política de saúde e educativa na sociedade. Parafraseando Santo Agostinho<sup>15</sup>, “para amar é necessário conhecer”, portanto, para o empenho contínuo no ensino e aprendizagem junto aos residentes em campo prático é imperioso saber o que deve ser trabalhado, como fazê-lo, com que instrumentos, ou seja, ter também capacitação pedagógica e didática.

É possível ainda verificar que os atores sociais do presente estudo de caso relatam a realidade da vivência do trabalho multiprofissional sob a perspectiva do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Como protagonistas do programa de SFC ou na qualidade de militantes nessa área, descrevem que os residentes, muitas vezes, atuam como profissionais do NASF e os educadores aprendem com eles.

“Por exemplo, alguma demanda da assistente social que nós não sabemos, que não faz parte da enfermeira nem do médico, tem alguma dificuldade, nós fazemos uma interconsulta. Elas prestam uma assistência conosco como se fosse o NASF. E aí nós pedimos auxílio para elas de alguma forma. É tudo um conjunto. [...] Como se fosse o NASF. Elas mesmas nos orientam mais das coisas...” (EP5)

“... fazemos o NASF de 2 equipes, é mais ou menos isso que fazemos.” (R3 -Nut)

“Aqui, por exemplo, não tem NASF. Então eles levam muitas coisas para o residente, mas, buscando conhecimento do residente também.” (R1 -Odonto)

“Então, aqui não tem NASF e não tenho a minha categoria com quem debater. O que nós temos agora que é uma conquista desse ano, é recente, é uma tutoria específica de núcleo e nós temos essa profissional do serviço social com quem nós podemos estar conversando, nós estamos discutindo

<sup>15</sup>

Santo Agostinho, A Trindade – Livro X, capítulos 1 e 2, págs. 308/315. São Paulo: Paulus, 1995.

caso, trazendo mais dimensões da minha categoria. Mas aqui no campo não tem isso. Então as vezes a conversa pode ficar limitada por conta disso, por conta da minha especificidade que a enfermeira não vai dar conta.” (R4 - Assist)

“O grande desafio que a residência multiprofissional tem hoje é ter o estabelecimento do NASF, porque muitas vezes o nosso residente vira o próprio NASF. Porque não tem assistente social nenhum ali. Então ‘*Vamos lá! O residente é que vai ser*’. [...] nós acabamos debilitando a formação desse residente, colocando ele numa linha de frente, que não era para ele estar. Ele era para estar numa retaguarda, mas ele acaba indo para a vanguarda porque não tem ninguém na vanguarda, então é ele mesmo. [...]Eu acho que o grande nó [...] é a falta de preceptoria de serviço social, de psicologia e de nutrição. [...] o residente dessas categorias ficam na supervisão ou na preceptoria do enfermeiro, médico e olhe lá. Então ele tem que descobrir um espaço, que é uma grande lacuna mesmo...” (C2)

“Então, na verdade temos preceptores da enfermagem, preceptores da medicina, [...] da odontologia [...]. Os da nutrição não estavam no território porque não tinha NASF nessa época, [...] davam conta de trabalhar com eles, mas, mais a distância.”(D1)

Criados em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) fazem parte da atenção básica, visando ampliar a cobertura e o sentido das atividades da mesma, assim como melhorar a resolução de problemas e necessidades de saúde e sanitárias identificados no trabalho, unidos às equipes. São organizados por profissionais de distintas áreas de conhecimento (em equipes multiprofissionais), que devem atuar integrados aos trabalhadores da ESF, das equipes de atenção à populações específicas e da academia da saúde, “*compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado...*”, segundo a Portaria nº 2.488 de 21/10/2011 (BRASIL, 2011b).

O programa de RMS-SFC para mais elevada e enriquecedora formação em serviço dos especializandos precisaria contar com a preceptoria direta dos profissionais assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos do NASF. Contudo, nem todas as unidades e ou equipes nas quais eles estavam inseridos (por ocasião da produção de dados deste estudo) conta com a presença do NASF, devido a questões políticas de implantação do mesmo por parte da gestão municipal de saúde. Por isso, eles atuam sob supervisão dos enfermeiros-preceptores, dentistas e médicos, como já apontamos constar no PP do curso (Documento no. 2 do banco de dados), o que não impede o aprendizado, mas, estes profissionais não dão conta de todas as respostas necessárias aos residentes que emerge na prática e, nestes momentos,

educadores tornam-se educandos, o papel se inverte.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. [...] Poderão compor os NASF [...]: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria... (BRASIL, 2011b).

Importa reconhecer que os enfermeiros-preceptores ao menos se empenham por tentar desenvolver junto aos residentes as ações acima apresentadas, que são preconizadas para os profissionais que não são da equipe mínima da saúde da família e, por isso compõe o NASF, como interconsultas, discussão em grupo de casos, entre outras. E, se assim fazem, utilizando conhecimento científico, conseguem propiciar o aprendizado deles para atuarem futuramente nos núcleos, caso intencionem conquistar uma oportunidade empregatícia na atenção básica sob este enfoque. Quando o modo considerado preciso de realizar uma tarefa se sustenta nos *“princípios cientificamente estabelecidos, ela se denomina tecnologia. [...] Técnicas educativas tais como a dinâmica de grupo (fundada na psicologia social), recursos audiovisuais [...] pertencem ao complexo da tecnologia educacional.”*(SAVIANI, 2013, p.63)

Os educadores compreendem que educandos tem uma prática social (1º. momento da PHC), valorizando seus saberes prévios até porque, mesmo ainda não sendo especialistas, já tem uma bagagem oriunda da formação em nível de graduação, são profissionais. Então, desde o início do processo educativo asseguram apropriação de conhecimentos aos mesmos, permitindo desenvolvimento da crítica e grandes conquistas, como lemos a seguir:

“Então, a enfermeira-preceptora nesse primeiro momento auxiliou muito para que eu não ficasse muito perdida. Eu senti um amadurecimento grande do primeiro ano para o segundo. Então facilitou mais ainda para [...] questionar a presença em certos momentos, como por exemplo: ‘Ah! Poxa, não dá para atender sozinha’. O NASF, que é o que realmente da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, prepara qualquer profissional que seja multi para ser do NASF. A enfermeira da equipe ou médico e odonto são de uma equipe mínima, então o processo de trabalho é um pouco diferente. Então às vezes nós questionávamos uma demanda diferente, não o atendimento individual, mas um atendimento em

conjunto[...], acho que talvez isso realmente o enfermeiro [...] fortificou muito isso, de nós termos o espaço valorizado na reunião de equipe, para poder conseguir resolver casos...” (R17 -Nut)

“Porque é a ideia do trabalho do psicólogo e da assistente social na atenção primária, pensando em NASF, é mais ou menos isso mesmo, trabalhar em conjunto, matriciando os casos, e nós mais ou menos, fizemos isso.”(EP7)

A enfermeira-preceptora falou sobre a expectativa de receber os residentes na clínica da família e a preocupação de não se tornarem mini-NASFs. (Observação no.7)

A atenção para não transferir para o residente as responsabilidades do NASF fica explícita nos depoimentos e na observação direta, como um zelo do educando e do educador. Eles precisam aprender a trabalhar em conjunto educativamente no fundamento do que é proposto pela atenção básica com toda sua amplitude legal/teórica e sua realidade prática, que é complexa por natureza e por questões de ordem econômica, política e social. Saviani assinala que *“a complexidade não deve ser considerada um obstáculo intransponível, mas um desafio que nos cumpre enfrentar. [...] Ao decidirmos nos dedicar à educação, assumimos – por esse ato e com ele – a complexidade que lhe é inerente.”* (2013, p.66).

Desse ponto emergem alguns questionamentos: Como propiciar o aprendizado seguro para o residente sem fazer dele uma mão de obra para os serviços que não contam com o suporte e matriciamento do NASF ainda? Como ensinar e sensibilizar para o exercício do trabalho em equipe multidisciplinar quando, por vezes, na própria prática particular este se dá com tantas lutas?

Uma tentativa de cooperação e resposta é indicada pelos próprios protagonistas da RMS. Estes deveriam se organizar para a criação de um protocolo interdisciplinar que orientasse ao preceptor, não só o enfermeiro, como trabalhar dentro do cenário prático com cada categoria profissional de residentes, em nível individual e integrados, o que se espera de aprendizado concreto, crítico e reflexivo após o tempo de permanência do estudante de acordo com as características de dado espaço e como propiciar isso de modo mais efetivo.

“Sabe, maior inserção também na equipe multidisciplinar, também sinto essa dificuldade. Claro, de haver um programa para maior inserção, haver um protocolo, também. Acho que de repente é falta de luta nossa mesmo, nós vamos nos envolvendo em tanto trabalho no dia a dia que nós não lutamos por outras coisas.” (EP1)

“Então, o preceptor ele precisa encontrar algum jeito de ensinar sem ter um protocolo que o ajude nisso, e eu acho que isso é a característica mais marcante do preceptor, pelo menos nessa residência, eu não sei se em outras

residências possui esse instrumento. Então ele acaba tendo que ser muito autossuficiente, e aí vendo ‘*Ah! Não deu certo? Vamos tentar de outra forma*’”. (R2 -Enf)

De acordo com o Documento no. 3 do banco de dados, um espaço formal de encontro entre todos os agentes sociais da RMS é na COREMU – Comissão da Residência Multiprofissional em Saúde, com reunião preconizada para acontecer mensalmente, que possui natureza decisiva e responde “*pelo acompanhamento, monitoramento, assessoria aos programas de residência multiprofissional da universidade tendo como base os instrumentos normativos vigentes que regulam as residências multiprofissionais no país*” (UFRJ/PR2, 2011a, p.2). Ao preceptor é garantida participação concreta, por representação. Portanto é um lugar onde ele, como membro efetivo, poderia encaminhar suas demandas e tentar mobilizar demais protagonistas para luta por melhores condições de atuação, com o incremento de instrumentos e protocolos para nortear o trabalho educativo, como citados.

Através do saber didático-curricular compreendemos como ocorre a organização dos conhecimentos específicos em razão da prática educativa, ou seja, como estes são “*dosados, sequenciados e trabalhados*” na relação enfermeiro-preceptor/residente (SAVIANI, 1997). Algumas etapas são essenciais no processo de ensino e aprendizagem, como diagnóstico da situação, planejamento, objetivos, estratégias, recursos didáticos e avaliação. E, o cumprimento delas, não necessariamente de forma sequenciada, são importantes itens a serem considerados na tarefa do profissional quando atua como educador.

O planejamento está presente nos depoimentos no sentido de pensar como desenvolver com os residentes as práticas dentro do cenário, respeitando as especificidades do mesmo e o que cada um pode adquirir ao máximo de conhecimento com as situações reais e concretas vivenciadas ali.

“... nós sabemos o dia que cada um está aqui, nós fazemos uma escala [...]. Então nós já temos isso tudo planejado, fica mais fácil.” (EP3)

“Prática, estudo, planejamento, tivemos um planejamento bem legal, cada um deu uma ideia.”(EP9)

“Eu acho que assim, a iniciativa e a organização. Isso é importante para nós, porque nós temos a sensação as vezes de estarmos muito perdidos, nós não sabemos muito por onde começar, o que fazer, e aí o preceptor acho que ele ajuda muito quando ele é organizado e ele ajuda a planejar, a organizar; senta conosco para fazer uma escala...”(R14 -Nut)

De acordo com o número de estudantes e com a lógica do setor, a escala é de extrema relevância. O profissional enfermeiro aprende no curso de graduação como construir uma escala dos profissionais que estão sob sua responsabilidade, nas disciplinas relacionadas a administração, portanto, pensamos não ser tão difícil organizar a mesma com os residentes. O que não se pode perder de vista são que eles não devem atuar sem supervisão direta; deve-se priorizar o trabalho em equipe multidisciplinar, mesmo entre eles, o que chamam de “mini-equipe” e; atentar para os objetivos da RMS a serem alcançados na realização de cada atividade assistencial, gerencial ou educacional, como, lemos muitas vezes a célebre frase de livros didáticos: “Ao final do presente capítulo o aluno deverá ser capaz de ...”.

Igualmente a apropriação do conhecimento didático-curricular permite usar os instrumentos e envolver-se com maior propriedade nas ocasiões de registro de frequência, de discussão do processo avaliativo e demais outras específicas da prática social educativa. A participação do enfermeiro-preceptor nestes momentos foi explorada no subcapítulo de análise anterior do presente estudo de caso (4.2).

São múltiplas as atribuições do enfermeiro que atua como preceptor. Ao mesmo tempo que desenvolve atividades com os residentes, atende às questões administrativas e/ou gerenciais do setor, assume o cuidado à clientela, família e comunidade, entre outros, sem acréscimo salarial, como já fora evidenciado também.

Associar as práticas assistenciais às de ensino não é tarefa simples, pois exigiria dedicar mais tempo aos alunos, bem como discutir as necessidades de aprendizagem individuais. Isto pode ser agravado quando se trata da preceptoria da Residência Multiprofissional, cujo preceptor é responsável por alunos de categorias profissionais diferentes... (AUTONOMO et al, 2015, p.320)

Mesmo com todas as exigências próprias do mundo do trabalho, como enfermeiro do serviço, é importante também assegurar que ocorra assimilação dos conteúdos, reflexão e aprendizado crítico a partir da prática de preceptoria que eles realizam junto ao residente e, a organização desse processo de ensino passa pelas questões didático-curricular e pedagógica.

“Então isso embola um pouquinho o meio de campo, porque ele tem que dar conta de todas as atividades dele enquanto profissional inserido no setor, e ainda ser preceptor, e ainda tem a questão dele não ganhar nada para isso, isso é um complicador até da qualidade de como isso vai ser realizado. Porque alguma coisa vai ter que ficar um pouquinho de lado para ele conseguir ser mil e um, nós sabemos que as pessoas não conseguem exercer tudo com perfeição...” (R5 -Enf)

“A enfermeira fez um desenho e depois disse o que representava. E ela disse que se via como uma maestra num círculo, não no sentido hierárquico, mas

no sentido de estar no meio e mediando um monte de processos. E eu acho muito isso, acho que o enfermeiro fica nesse lugar mesmo de costurar um monte de ações...” (R8 -Psi)

“... a carga horária que eles fazem e a quantidade de trabalho que é requerida deles, impede que eles façam [...] uma atividade mais voltada para identificação de dificuldades, para planejamento das ações.” (C2)

Deste modo, o tempo de ensino e aprendizagem dos residentes com o enfermeiro-preceptor é considerado pouco. E precisa-se de tempo para estabelecer uma relação valorosa, pessoal e direta entre os sujeitos sociais da educação, pois, não dá para educar de forma imediatista, fragmentada ou puramente técnica, sem pensar e estruturar um conjunto de processos que se faz necessário para sair do saber do senso comum, assistemático, desorganizado e passar para o saber científico, sistematizado, elaborado e ainda, contextualizado, com uma visão clara do mundo, que está sendo construído historicamente dia após dia pelos próprios e por todos os interessados na educação e saúde ou os que deveriam estar com elas comprometidos.

“Nós tivemos uma tentativa de preceptor, que foi até a enfermeira de uma das equipes, mas, nós não conseguimos tempo efetivamente de ter essa preceptoria. Ela até tentou, nos orientou enquanto bibliografias para que pudéssemos estudar, para que pudéssemos aproximar da realidade do campo e tudo mais. Mas, efetivamente não foi algo que aconteceu de nós conseguirmos um tempo para sentar, para conversar sobre isso.” (R4 -Assist)

“Precisamos ter um tempo mais flexível com o residente. O tempo é curto porque o trabalho nos impede e o programa deles tem uma sequência e temos que respeitar ...” (EP11)

A questão do tempo com os residentes foi explorada anteriormente (no subcapítulo 4.2) como uma das dificuldades do enfermeiro-preceptor no exercício de suas funções. Para Saviani, um dos grandes desafios na materialidade da ação pedagógica é a descontinuidade. É um problema quando com a correria do processo de trabalho não há um tempo garantido no dia para problematizar, discutir e identificar se houve aquisição de conhecimento pelo aprendiz, de modo que consiga realizar as mesmas atividades posteriormente de forma livre e segura, como um *habitus*. É importante considerar um tempo para estar com os especializando no setor desenvolvendo a tarefa educativa e também para reflexão, catarse e nova prática social transformada qualitativamente. Portanto, “... uma das características que se insere na natureza e especificidade da educação é a exigência de um trabalho que tenha

*continuidade, que dure um tempo suficiente para provocar um resultado irreversível.*" (SAVIANI, 2005a, p.109).

O entendimento da vida em sociedade, o movimento de cada indivíduo singular e do conjunto dos homens na comunidade na qual estão inseridos os profissionais e os serviços a partir das situações concretas experienciadas, a percepção do compromisso político interferindo diretamente na realidade da assistência em saúde e por conseguinte, do ensino da saúde, têm estreita relação com o saber crítico-contextual, que é esperado que o enfermeiro-preceptor vivencie com os residentes e demais membros protagonistas da RMS.

“A violência aumenta o número de atendimento de hipertensos, [...] as pessoas com problemas psicossomáticos. Quando tem tiroteio, quando tem algum conflito, [...] aumenta o índice de atendimento de pessoas com esse tipo de problema. Enfim, é estar junto com a residente enfermeira em tudo isso. E não só com a enfermeira, porque quando tem reunião de equipe não é só a enfermeira que participa, os demais residentes participam, a psicóloga, a assistente social, pessoal do serviço social, a dentista, a nutricionista.” (EP4)

"Na unidade de reabilitação eu participei de grupos, [...] o enfermeiro se destacou porque ele que ficava mais próximo de nós. [...] tinha essa preocupação de discutir sobre textos relacionados à reabilitação, ter uma abordagem mais multiprofissional e é um enfermeiro bem crítico." (R10 - Assist)

Os residentes apresentaram os princípios e diretrizes do SUS na Educação Permanente realizada com a equipe e, em dado momento, a discussão girou em torno das eleições e da questão político-partidária. (Observação no.3)

Por meio dos depoimentos e da observação é possível depreender que o enfermeiro-preceptor assume uma postura crítica durante o processo educativo com os residentes de todas as categorias profissionais, zeloso por ensinar o que é real e o que eles, em um futuro bem próximo, sentirão na prática nos serviços de saúde. A educação necessita oportunizar aos seus agentes a compreensão da dinâmica da sociedade, pois, não está alheia a ela, ao contrário, é por ela determinada. Sendo assim, acertadamente, é essencial mediar sobre: o impacto da violência refletindo no aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; a importância do trabalho multiprofissional para atender as complexas necessidades dos usuários em reabilitação e toda questão que envolve os direitos da pessoa com deficiência, desde a locomoção nas ruas da cidade; a participação dos profissionais como cidadãos nas eleições políticas com consciência e liberdade.

O saber crítico-contextual, assim como o didático-curricular, localiza-se numa posição intermediária sob o ponto de vista das formas *sofia* e *episteme*, ou seja, do saber fundamentado na longa experiência da vida e do saber proveniente de processos sistemáticos de construção de conhecimentos respectivamente. O enfermeiro-preceptor precisa também ser formado para desenvolver uma prática de caráter crítico, firme e organizado, preparando o residente para atuar na vida real de modo a transformá-la.

Entende-se que os educandos devam ser preparados para integrar a vida da sociedade em que estão inseridos de modo a desempenhar nelas determinados papéis de forma ativa e, o quanto possível, inovadora. Espera-se, assim, que o educador saiba compreender o movimento da sociedade identificando suas características básicas e as tendências de sua transformação, de modo a detectar as necessidades presentes e futuras a serem atendidas pelo processo educativo sob sua responsabilidade. (SAVIANI *IN* BICUDO, 1996, p. 148)

A fim de potencializar o processo educativo desenvolvido pelo enfermeiro-preceptor nos programas de RMS para que ele dê conta das necessidades atuais e vindouras dos educandos é imprescindível que ocorra maior integração do serviço com a academia. Neste sentido, nos depoimentos, os entrevistados realçaram que a universidade poderia assumir um papel mais ativo, estando presente no cenário da prática.

“Às vezes eu tenho a impressão que a residência é um pouco deixada de lado na universidade e assim o último: ‘*Se der nós fazemos para os residentes e para a residência*’. Então, é muito importante nós estarmos aqui [...]. Então, eu acredito que a universidade deveria estar muito mais presente.” (R2 -Enf)

“Outra coisa que eu acho que dificultou e dificulta até hoje é um maior diálogo da universidade com a ponta, com o campo. Então assim podendo explicar melhor, participando talvez de algumas reuniões de preceptoría para dizer um pouquinho que papel é esse, como que nós podemos construir isso.[...] eu acho que é uma complexidade. Não é pouca coisa não. Por isso que mais uma vez eu pontuo a necessidade da universidade estar junto, e trazer esse profissional para cá também, para poder participar de debates, de discussões, nesse sentido.” (R15 -Psi)

“Então a formação ela é uma formação em serviço do residente. [...] a universidade precisa estar mais próxima do serviço em saúde e o serviço em saúde mais próximo da universidade [...], conseguimos ligar um pouco o aluno ao profissional já inserido no serviço e consegue pensar e construir junto.” (R18 -Odonto)

“Quanto mais nós conseguíssemos academia entrar no serviço, mais fácil eu acho que seria a vinda desse preceptor para o lado de cá da academia. Só que geralmente o movimento é inverso. A academia não quer entrar no campo do preceptor, quer trazer o preceptor para cá para academia sem ir para lá e aí não vai, não acontece. O preceptor não consegue participar desse processo

ensino-aprendizagem que acontece fora do seu espaço. O espaço dele, unidade, nesse espaço [...] o preceptor está ensinando”. (C2)

Pensamos que para os enfermeiros-preceptores que atuam no programa de SM esta integração é um pouco mais facilitada (tanto é que tal necessidade foi mais apontada pelos depoentes do programa de SFC), pois, em sua maioria, desenvolvem as ações em setores da própria dependência do HESFA. Portanto, bastaria se deslocarem, após agendamento prévio e comum acordo de melhor dia semanal e horário, para o prédio das salas de aula ou dos auditórios onde ocorreriam as reuniões, debates, seminários ou qualquer outra modalidade de encontro entre os protagonistas da RMS. Da mesma forma, os coordenadores, tutores e docentes poderiam se organizar para participarem um pouco mais do espaço da prática, minimamente para reconhecerem as características do que ali é desenvolvido e ampliarem as possibilidades de discussão e apoio ao enfermeiro-preceptor, que logicamente se estenderia para o residente e para o usuário.

Ao contrário, para os enfermeiros-preceptores que atuam no programa de SFC é difícil sair do cenário para adentrar na academia, pois, exceto por um setor em específico deste estudo de caso (onde a prática do residente de SFC se dá no próprio HESFA), as atividades são desenvolvidas nas clínicas das famílias, em bairros diferentes, o vínculo da maioria é CLT, com exigência de cumprimento de carga horária na unidade e alcance de metas quantitativas de produção, de atendimento. Ou seja, os acordos para que eles estejam nos espaços da universidade periodicamente deverão ser realizados pela coordenação junto à gerência da unidade com justificativa plausível e bastante antecedência.

“... explicitava que nós precisávamos que eles (preceptores) fossem liberados para estarem aqui às vezes na universidade, e eu consegui. [...] na 2ª. turma eu consegui menos, porque a gestão SUS também apertou mais, passou a fazer todo um processo de educação permanente aonde eles não tinham que sair da unidade [...]. Quando era muito negociado com muita antecedência sim, mas precisávamos de algo mais regular, e como os professores não vão para rede e os preceptores não vão para universidade fica um vazio. Então o residente faz contato com o preceptor e o docente faz contato com o residente, e o residente faz essa possível ponte.”(D1)

A formação em serviço e a educação permanente em saúde foram citadas pelos entrevistados como uma realidade no cotidiano com os enfermeiros-preceptores, que propicia de certa forma a integração entre o mundo do trabalho assistencial e mundo da docência, o que é preconizado tanto pelos documentos oficiais dos programas estudados quanto pelos do

MEC e MS para ressignificação e mudanças nas práticas do SUS, pois, possibilita a discussão e aprendizado dos envolvidos sobre questões de várias ordens, na verdade, sobre o que for demanda dos atores sociais. Contudo, acontecem no cenário de produção do cuidado, nas unidades de saúde ou setores e, alguns pensam ser significativo que o profissional do serviço se faça presente no espaço da academia. Importa que seja garantido ao enfermeiro-preceptor encontros regulares com os demais protagonistas “... *do curso no qual é um dos atores da formação, com a finalidade de olhar criticamente sua prática e, assim, identificar lacunas e construir maneiras de realizar atividades mais efetivas e adequadas ao programa.*” (AUTONOMO *et al*, 2015, p.325).

Por fim, consideramos a categoria do saber pedagógico no trabalho que o enfermeiro-preceptor desenvolve na RMS. Esse tipo de conhecimento identifica o professor educador, distinguindo-o dos demais profissionais de outras áreas e, é notório que falamos de um agente social da saúde, mas, que assume uma tarefa educativa junto à estudantes da pós-graduação *lato sensu* em seu espaço de exercício laboral. Ele e os demais depoentes do estudo reconhecem que esse conhecimento é importante, todavia não integra sua formação acadêmica nem especializada.

“Então talvez eu não tenha como detalhar isso para você num olhar mais pedagógico, mas, eu posso dizer na vida prática.” (EP8)

“Agora eu percebo uma dificuldade pela falta de preparo pedagógico, entendeu? Grande parte deles é bem intencionado, motivado, mas eles mesmos referem para nós, enquanto coordenação, uma necessidade de um respaldo pela questão pedagógica que eles não tiveram. Se tiveram, tiveram de uma forma incipiente, ou se tiveram foi um movimento muito particular dele ir buscar.” (C1)

“Os enfermeiros também ficam perdidos na preceptoria, não sabem o que fazer, o que vão falar, porque eles também não são treinados nem na questão, vamos colocar assim, de matérias que estejam ligadas ao campo da educação, da licenciatura, de entender o próprio papel do enfermeiro para além de um cuidador no sentido técnico da palavra [...]. Então não tem esse saber do domínio da área de educação [...], porque se ele tivesse talvez a visão dele com relação a preceptoria poderia estar mais facilitada.” (T4)

A ausência do total domínio de conhecimento relativo à área da educação não inviabiliza a realização das atividades com os residentes, apesar de que facilitaria muito na organização do processo de ensino e aprendizagem. Identificamos que alguns enfermeiros-preceptores se aproximaram da realidade da sala de aula, lecionando em cursos de nível

médio para técnicos em enfermagem e, provavelmente de instrumentos particularmente educativos. Outros são oriundos de cursos de residência, o que contribui para compreensão deste modelo de formação e produção de conhecimentos nos estudantes de forma diferenciada e prazerosa para ambos.

“...10 anos como enfermeira, já dei aula de formação técnica, já trabalhei em unidade de terapia intensiva...” (EP8)

“Eu fui professora uma época, de auxiliar e técnico de enfermagem. Mas, nós gostamos, eu gosto de receber os residentes.” (EP1)

“Então ela assim até mandava documentos, algumas coisas para nós fazermos uma leitura, [...] eu acho que ela contribuiu, com certeza, para o meu processo! [...] mas, era uma ex-residente, então acho que tinha um diferencial e isso eu sinto bem claro. Aqui na clínica também, agora eu estou atualmente com uma equipe que tem um enfermeiro novo, ex-residente, e é um olhar diferenciado, é uma cara mais saúde da família, então você vê o vínculo, vê a abordagem...” (R14 -Nut)

“Eu percebi que os enfermeiros que tiveram contato com a residência, ou que foram residentes anteriormente, eles tinham essa visão do que era supervisão e como que era a atuação do residente, que já era um profissional formado, mas não era um profissional do serviço, que estava em formação ainda. Então era um pouco diferenciado o modo deles tratarem...” (R21 - Enf)

A experiência anterior no programa de RMS concede maior aproximação entre o educador e o educando e qualifica de forma positiva para o ensino. Esta capacitação é esperada no perfil do egresso e permite que eles sejam um espelho e bom exemplo para os futuros especialistas, pois, conseguiram alcançar os objetivos propostos ao concluírem o curso, além de terem conquistado um espaço para a atuação na área em que escolheram. Isto incentiva e estimula os residentes para continuidade dos estudos com dedicação pessoal na construção da identidade para uma vida profissional promissora.

Em tempos de crise estatal e aumento no número de desemprego no país, “...fazem parte da empregabilidade conhecimentos vinculados à formação profissional, mas também o capital cultural socialmente reconhecido...” (LOMBARDI, SAVIANI, SANFELICE orgs, 2002, p. 55). Ou seja, o homem precisa ser visto em sua singularidade e como integrante de um grupo, no modo como se relaciona, sente, pensa, age e vive no mundo, onde diversas conexões são essenciais para transformá-lo em ser social. E, a educação formal coopera incontestavelmente na “*formação cultural do indivíduo e da coletividade, compreendendo as*

*condições de transformação da população em povo, sendo este uma coletividade de cidadãos.” (Ibid, p. 32).*

Uma outra característica importante emergiu nos depoimentos acerca da atuação docente do enfermeiro-preceptor, a criatividade. Para Saviani (2005a, p.19), “... *não é possível ser criativo sem dominar determinados mecanismos. Isto ocorre com o aprendizado nos mais diferentes níveis e com o exercício de atividades também as mais diversas.*” Portanto, para realizar o trabalho educativo com residentes multiprofissionais com maior liberdade e automatismo seria interessante considerar um investimento no preparo pedagógico do profissional da prática.

“Eu acho que nós poderíamos mesmo investir mais e cada vez mais ter mais criatividade nas questões com as residentes.” (EP1)

“Desde o momento que você tenha entendimento do que é, responsabilidade, vontade e principalmente esse compromisso com o seu papel [...]. Acho que todas as outras características que ele possa ter de criatividade, iniciativa, eu acho que vem um pouco a reboque.” (C4)

Por meio da observação e das entrevistas, comprovamos que os residentes têm liberdade para apresentar e executar novos projetos nos serviços, orientados pelos seus supervisores diretos, os enfermeiros-preceptores. Contudo, é necessária informação atualizada e frequente sobre quais trabalhos existem e como se articulam com a instituição e para além dela (quando for o caso), que seja utilizado para aprimorar e facilitar a prática real, de modo que permaneça como uma contribuição social relevante para os funcionários, usuários dos serviços e demais estudantes que ali continuarão aprendendo.

“Eles vem também com novas ideias, eles ficam à vontade para desenvolver alguns projetos aqui, de orientação aos pacientes.” (EP1)

O preceptor orientou aos residentes quanto à criação de um projeto para apresentar à prefeitura, como uma linha de cuidado sobre um grupo para tratamento dos obesos na unidade, pois, tem a preocupação de que quando os residentes forem embora quem vai assumir esse trabalho, já que com os residentes nutricionistas fica mais fácil dar conta. (Observação no.2)

“Um grupo fez um trabalho sobre ouvidoria e foi aceito na escola de serviço social e eu fui orientadora deles, mas faltou às outras equipes atuarem, porque eu queria essa atuação mais abrangente, com todos os grupos que passaram por aqui. Então fizemos uma cartilha informativa sobre ouvidorias, que foi feita pelos residentes...” (EP11)

Existe uma preocupação do enfermeiro-preceptor com o produto final que os residentes vão deixar como frutos no serviço, que este seja construído por múltiplas mãos, de forma interdisciplinar e participativa, e que permita continuidade mesmo com a saída deles do campo prático, pois, os maiores beneficiários permanecerão vinculados à unidade, seja nas consultas, nos grupos ou nas mais diversas atividades que a mesma dispõe.

A possibilidade de criação e implementação de projetos de tal magnitude social indica que os residentes conseguiram alcançar os passos da catarse e da prática social (4º. e 5º. momento da PHC), atingindo o nível sintético do enfermeiro-preceptor, pela mediação da relação pedagógica, educativa.

**Capítulo 5**  
**Proposta de Intervenção Educativa**



### Um projeto de intervenção

O trabalho educativo prático no espaço vivo e dinâmico dos serviços de saúde, na graduação e pós-graduação, pode ser realizado para os que ali desenvolvem seu processo de ensino e aprendizagem sob supervisão, acompanhamento e orientação legal do próprio profissional da unidade, o preceptor. A partir dos resultados do estudo de Doutorado em Enfermagem (2017), realizado na Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, verificamos uma demanda dos profissionais, no caso enfermeiros, por aproximação de conteúdos na esfera educativa, para aprimoramento desta ação.

A partir da participação em um curso de atualização sobre preceptoria na atenção básica, os profissionais serão capacitados para melhor atuação e momentos de troca com os estudantes e terão maior facilidade no relacionamento e diálogo com os mesmos e demais protagonistas sociais dos cursos. O conhecimento de sua função e papel nos programas desenvolvidos nos cenários de produção do cuidado propiciará a aplicabilidade das ações de saúde oferecidas aos usuários, família e comunidade, que serão assistidos por profissionais e estudantes atualizados.

A academia e o serviço igualmente ganhariam muito, como instituições que apoiam e promovem a formação permanente de seus profissionais para uma prática cada vez mais segura e promissora, no que tange aos conhecimentos necessários para tal.

Acreditamos, portanto, no potencial de uma intervenção voltada à capacitação, por meio de metodologias participativas de ensino e aprendizagem, para os profissionais dos serviços de saúde, possibilitando aos mesmos instrumentalização teórica e prática para desempenhar a função de preceptores. Além disso, o trabalho deverá ser desenvolvido como contribuição social para as instituições de saúde e de ensino.

**Objetivo:** • Apresentar um plano de intervenção da criação de um módulo de curso de atualização sobre preceptoria para profissionais que atuam em instituições que recebem estudantes nos serviços de Atenção Básica à Saúde no município do Rio de Janeiro.

## 1. Diagnóstico da População-alvo do Projeto

O que se espera inicialmente é implementar o Curso de Atualização em Preceptoria para os profissionais enfermeiros, odontólogos e médicos das equipes de saúde da família de 01 Centro de Saúde Escola (CSE) e 02 Clínicas de Saúde da Família (CSF) localizados nas áreas programáticas (A.P.) 1.0 e 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Cabe destacar que o município do Rio de Janeiro é dividido em dez A.P. A A.P. 1.0 fica na região central da cidade e abrange os bairros de Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama. A A.P. 3.1 abrange do bairro de Bonsucesso até Jardim América, incluindo a Ilha do Governador, na zona norte da cidade. As unidades de saúde selecionadas para este projeto realizam a cobertura assistencial dos moradores da Comunidade de São Carlos, do Complexo do Alemão, dos bairros de Santa Tereza e Catumbi.

Todas as unidades receberam ou recebem estudantes de cursos de graduação e de RMS da UFRJ e de outras instituições de ensino para realização das atividades práticas em suas dependências. Contam com a atuação dos profissionais como preceptores, como indicado nos trechos retirados dos *blog's* (diário da rede, online) das unidades.

Desde o segundo semestre de 2011, acadêmicos de medicina, enfermagem e saúde coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, vivenciam a prática do cotidiano do trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família [...]. As atividades acadêmicas na unidade, são organizadas em conjunto com a professora [...] e os docentes dos respectivos cursos que discutem a programação de estágio curricular dos estudantes junto aos profissionais de nível superior, que atuam com os estudantes na qualidade de preceptores de campo. (CMS São Francisco de Assis, 2016, *online*, s.p.)

Os estudantes da UFRJ que realizam residência na Clínica [...] foram convidados a participar de uma Reunião com a Equipe [...] a fim de compreender melhor o funcionamento da ESF(Estratégia de Saúde da Família), e a função que cada profissional exerce dentro da Clínica, bem como a divisão por áreas e micro-áreas de abrangência. (CSF Zilda Arns, 2016, *online*, s.p.)

Neste quase 1 ano de funcionamento, uma característica [...] já é bem marcante, a vocação para o ensino. Diversos cursos, das mais variadas carreiras, utilizam o dia-a-dia da CF [...] como cenário de aprendizagem. (CSF Sérgio Vieira de Mello, 2016, *online*, s.p.)

De acordo com o levantamento feito, em maio de 2016, do número de profissionais nas unidades e, reconhecendo que o trabalho realizado por estes é de 40 horas semanais, de segunda-feira a sexta-feira das 08 às 20horas e sábado de 08 às 12horas, optamos por organizar um grupo composto de modo multiprofissional na Unidade 1, três na 2 e dois na 3. Deste modo, cada turma do curso de preceptoria terá no máximo onze participantes. O plano é começar com uma unidade de saúde e partir para a segunda e terceira após concluir a anterior.

Unidade de Saúde 1 (CSE)	Unidade de Saúde 2 (CSF)	Unidade de Saúde 3 (CSF)
03 Equipes	12 Equipes	06 Equipes
04 enfermeiros 03 médicos	12 enfermeiros 13 médicos 06 odontólogos	06 enfermeiros 06 médicos 06 odontólogos
01 turma	03 turmas	02 turmas

**Fonte: produção da própria autora**

Num primeiro momento, iniciaremos com a Unidade de Saúde 1, pois, só há necessidade de formação de uma turma e após conclusão e avaliação desta poderemos, inclusive, fazer ajustes e novo planejamento de ações para melhoria e implementação nas demais unidades. Além disso, tenho maior aproximação com as direções tanto institucional quanto acadêmica para viabilizar de modo mais ágil a autorização e certificação do curso. E, por se tratar de um CSE, penso que a sensibilização dos profissionais quanto à necessidade do curso será facilitada.

## 2. Estratégias de Intervenção

**Etapa 1:** Reuniões com o núcleo de pesquisa no qual estou inserida na Universidade e com as coordenações de graduação e pós-graduação *lato sensu* para apresentar o projeto do curso e propor articulação e parceria para aplicabilidade nos cenários de clínicas do município que servem como espaço de prática para os estudantes.

**Atividade:** Apresentação do Projeto do Curso na Universidade e parceria para aplicação do mesmo e, em especial, certificação aos seus concluintes.

**Indicador:** Aceite e aprovação da Universidade para desenvolvimento do curso.

**Etapa 2:** A segunda etapa do plano a ser desenvolvido consiste na aproximação com a direção das Clínicas de Saúde, solicitando autorização e agendando uma data e horário viável para todas as equipes a fim de apresentar o resultado do estudo do doutorado.

**Atividade:** Apresentação dos resultados do doutorado à direção, aos profissionais participantes do estudo e aos que atuam nas clínicas onde o mesmo foi desenvolvido, sensibilizando-os para necessidade identificada de educação permanente sobre preceptoria.

**Indicador:** Registro em livro de frequência ou ata com o comparecimento da maioria dos profissionais do serviço e participação, demonstrando interesse nos resultados oriundos da prática.

**Etapa 3:** A terceira etapa é a sondagem dos participantes para identificar o interesse na aplicação do curso de preceptoria na Clínica de Saúde.

**Atividade:** Aplicação de um questionário não identificado para levantamento das necessidades dos profissionais acerca do curso de preceptoria.

**Indicador:** Porcentagem dos profissionais que entregarem o questionário preenchido assinalando o interesse em participar do curso.

**Etapa 4:** Reunião com a gestão das áreas programáticas (A.P.) do município responsável pelas clínicas de saúde onde foram realizados o estudo para apresentar a proposta de curso de

capacitação sobre preceptoria para autorização e/ou seguimento dos trâmites administrativos cabíveis.

**Atividade:** Apresentação do plano do curso para os responsáveis pelas Clínicas de Saúde em nível da Secretaria Municipal de Saúde.

**Indicador:** Concordância e autorização oficial da Secretaria Municipal de Saúde para aplicabilidade do curso nas Clínicas de Saúde selecionadas.

**Etapa 5:** Capacitação dos profissionais de saúde nos seus locais de trabalho.

**Atividade:** Realização do curso de preceptoria nas unidades, respeitando o acordado entre as equipes e gestão e ao planejamento previamente estabelecido.

**Indicador:** Porcentagem de participação dos profissionais durante o curso e desenvolvimento comprometido nas atividades de preceptoria na clínica onde atuam.

### 3. Recursos Necessários

#### Recursos Materiais

- Estrutura Física: 01 sala para reunião ou um consultório amplo  
01 sala para preparação com local para guardar os materiais instrucionais  
01 banheiro
- Equipamentos: 01 computador com acesso à internet  
01 impressora  
01 mesa para computador e impressora  
01 linha de telefone fixo e ou aparelho celular  
01 mesa para os encontros  
15 cadeiras móveis  
01 projetor de *slides/data show*  
01 tela para projeção ou parede da sala clara que possa transmitir as imagens  
01 quadro-negro ou branco ou um painel  
01 máquina fotográfica  
material de escritório e papelaria (tinta para impressora, papel-ofício ou A4, cartolinas coloridas, papel 40Kg, cola, régua, tesoura, canetas, lápis, borracha, apontador, grampeador, pastas de papel ou plásticas, pranchetas, clip's, DVD, entre outros)  
material de limpeza e higiene  
livros e artigos de periódicos científicos
- Fotocópias
- Passagens
- Alimentação e materiais descartáveis

#### Recursos pessoais

No mínimo dois (02) facilitadores do processo de ensino e aprendizagem, com formação na área de saúde e especialização ou experiência em educação e saúde.

01 profissional de serviços gerais para higienização dos ambientes.

#### **4. Avaliação**

Será realizada avaliação formativa. Ao final de cada encontro presencial será destinado um tempo para que cada participante do curso expresse por palavras, figuras ou outra forma escolhida como foi o encontro, a fim de reconhecermos as facilidades, dificuldades e sugestões do processo de ensino-aprendizagem.

Durante o curso algumas atividades serão indicadas para serem apresentadas e entregues por subgrupos, que serão organizados, e comporão a avaliação dos participantes.

Serão construídos instrumentos de avaliação de desempenho individual, de avaliação de desempenho dos facilitadores de aprendizagem e do curso como um todo no que se refere a metodologia, recursos utilizados, carga horária, aplicabilidade prática, entre outros, com perguntas abertas e fechadas, que serão aplicados ao final de cada turma.

Os resultados de todo processo de trabalho educativo serão compilados e analisados para avaliar o projeto após a conclusão da primeira turma. Também será feita uma reunião com a direção das unidades de saúde e com a academia para apresentação dos resultados aos mesmos e ciência das mudanças, melhorias e aprimoramento após a aplicabilidade do curso pelos profissionais do serviço.

## 5. Orçamento

O orçamento discriminado a seguir foi feito pensando na aplicabilidade do curso para uma turma. Para as turmas subsequentes alguns itens não precisam ser adquiridos novamente.

Quanto à estrutura física não haverá gastos, pois, contaremos com as que a unidade dispõe. Isso também ocorrerá com os equipamentos considerados materiais permanentes da unidade, por exemplo, cadeira e mesas.

Alguns materiais serão os de uso particular da organizadora do projeto, que cederá para otimizar custos.

Solicitarei apoio a unidade de saúde para liberação de material de higiene e funcionário para tal. Contarei com a biblioteca da Universidade para empréstimo de livros, em maior número de exemplares do que o habitualmente permitido, para uso durante os encontros presenciais. Também com a academia tentarei a impressão dos certificados e declarações necessárias aos cursistas.

<b>Discriminação</b>	<b>Valor Aproximado</b>
Equipamentos	R\$ 3.000,00
Fotocópias	R\$ 50,00
Passagens	R\$ 197,60
Alimentação	R\$ 400,00
Aula dos facilitadores	R\$ 3.600,00
Total	R\$ 7.247,60

## 6. Cronograma

<b>Mês/ano</b>	<b>Abr/17</b>	<b>Jun/17</b>	<b>Ago/17</b>	<b>Out/17</b>	<b>Dez/17</b>
<b>Atividade</b>					
Apresentação do projeto do curso na Universidade	X				
Apresentação dos resultados do doutorado na Unidade de Saúde		X			
Aplicação do questionário de sondagem aos profissionais		X			
Apresentação do plano do curso para os responsáveis pelas Clínicas de Saúde			X		
Início do curso de preceptoria na primeira Unidade de Saúde				X	
Término do curso de preceptoria na primeira Unidade de Saúde					X
Avaliação do curso após a conclusão da primeira turma e planejamento para continuidade do projeto					X

## 7. Programa do Curso

**Nome do Curso:** A preceptoria na área da saúde: saberes necessários ao profissional do serviço.

**Nível:** Atualização

**Área de Conhecimento:** Educação e Saúde

**Público-alvo:** Profissionais de saúde com formação em nível superior que atuem como preceptores e ou em instituição que recebe estudantes de graduação e pós-graduação nos moldes de residência para treinamento em serviço.

**Ementa:** A educação superior no Brasil. O SUS e a formação em saúde. Processo de ensino-aprendizagem e seus componentes básicos. Planejamento, objetivo, metodologia, estrutura curricular e avaliação do ensino. Educação permanente em saúde.

**Objetivo Geral:** Discutir questões acerca do processo de ensino e aprendizagem na preceptoria de estudantes a partir da realidade vivida no serviço de atenção básica à saúde.

### Objetivos Específicos:

- Conceituar o que é educação e seus elementos essenciais;
- Compreender a importância da formação em saúde para o SUS e refletir sobre seu papel neste contexto;
- Conhecer os projetos dos Ministérios da Saúde e da Educação criados para ressignificar os espaços de ensino e serviço na área da saúde, em especial a atenção básica;
- Conceituar o que é estágio, treinamento em serviço e supervisão, reconhecendo as legislações vigentes;
- Diferenciar as funções do tutor, preceptor e docente na prática clínica;

- Compreender o conceito de aprendizagem *in loco* e educação permanente e a respectiva importância para o SUS;
- Discutir quais os desafios para o profissional do serviço atuar como preceptor.

### **Carga Horária:**

Teórica: 24 horas Prática: 21 horas Carga Horária Total: 45 horas

Os conteúdos teóricos serão organizados em 08 encontros presenciais, 01 vez por semana, com 03 horas de duração de 13 às 16 horas em dia a ser acordado com as equipes.

### **Cronograma:**

<b>Semana</b>	<b>Atividade/Tema</b>	<b>Carga Horária</b>
1 <sup>a</sup>	Apresentação da equipe docente e discente. Estabelecimento de acordo de convivência. Aplicação do pré-teste.  O que é educação? O que é saúde?  Quais as interfaces entre educação e saúde?	03h
2 <sup>a</sup>	A educação no Brasil – estrutura e funcionamento	03h
1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup>	Levantamento das necessidades de aprendizagem – teórica e prática. Construção de narrativa pessoal, acadêmica e profissional, reconhecendo suas vivências, com as facilidades e dificuldades na educação e saúde	03h
3 <sup>a</sup>	Componentes essenciais do processo de ensino e aprendizagem	03h
2 <sup>a</sup> e 3 <sup>a</sup>	Trabalho em subgrupos: os instrumentos utilizados com os estudantes na preceptoria no meu setor de trabalho; o que conheço e o que preciso conhecer para aprimorar minha prática	04h
4 <sup>a</sup>	A formação em saúde para o SUS e a Atenção Básica	03h
5 <sup>a</sup>	Residências em saúde, Pró-Saúde, Pet-Saúde, Ver-SUS e demais programas do MS e MEC que inserem estudantes nos serviços de saúde	03h

4ª e 5ª	Estudo autogerido e construção de síntese individual a partir de uma Situação-problema sobre as temáticas já discutidas	06h
6ª	Estágio, treinamento em serviço e supervisão e as funções do tutor, preceptor e docente na prática clínica.	03h
6ª	Apresentar um relatório de acompanhamento dos estudantes nas atividades práticas em seu cenário de trabalho. Redigir um relato de prática a partir desta sua vivência como preceptor.	04h
7ª	Educação permanente, educação em saúde e educação continuada	03h
7ª e 8ª	Discussão com o subgrupo para o trabalho final do curso	04h
8ª	Apresentação dos trabalhos em sub-grupos  Aplicação do pós-teste  Avaliação final do curso	03h

**Metodologia Utilizada:** Os métodos empregados no processo de ensino e aprendizagem serão: discussão em grupo em roda, estudo autogerido, uso de situações-problema, atividades práticas ligadas aos estudantes de graduação ou pós-graduação e trabalhos escritos.

**Avaliação:** A avaliação será realizada ao longo de todo o curso, através da frequência em mais de 75% dos encontros, participação nas atividades propostas, apresentação e entrega de trabalho escrito ao final. Também será aplicado um pré-teste e um pós-teste aos profissionais participantes do curso, com perguntas abertas a fim de identificar aprimoramento e transformação da prática profissional e trabalho educativo após o curso.

**Certificação:** A certificação do estudante ficará a cargo da Universidade mediante registro de frequência mínima que garanta aprovação no curso, avaliação docente dos trabalhos solicitados e entrega destes e demais documentos necessários pela equipe ao setor competente.

**Referências Iniciais:**

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03. nov. 2010.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 07 de agosto 2001. 33p.

## **Considerações Finais**

*O grande desafio é ter consciência da nossa pequenez. É compreender que por mais que saibamos, todo conhecimento que adquirimos é uma pequeníssima fração do todo.*

*Augusto Cury*

Ao término da construção do presente Estudo de Caso, julgo ter conseguido, pelo caminho que escolhi, responder aos meus questionamentos e atingir os objetivos traçados quanto à descrição da prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde, analisando e discutindo o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor implicados nesta prática, conforme a descrição dos atores no espaço de construção multiprofissional em saúde.

A contemporaneidade dos dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde na instituição estudada desafia o enfermeiro-preceptor para a realização de um trabalho interdisciplinar, colaborativo e multiprofissional. A relação educativa do enfermeiro-preceptor é muito mais estreita e afinada com os residentes no cotidiano da prática, o que era esperado. Contudo, ambos clamam pela participação ativa dos demais protagonistas no serviço, apoiando e ajudando a este essencial educador clínico, especialmente nas questões curriculares e pedagógicas, que tem correspondência com o uso de instrumentos e recursos didáticos, emprego de teorias educativas e outros.

O encontro do enfermeiro-preceptor com os coordenadores, tutores e docentes dos programas é possível no espaço da academia e do serviço, mas, ocorre de forma mais ou menos aproximada e facilitada, dependendo muito da disponibilidade de cada um deles e de todos, no compromisso individual e coletivo em prol da formação crítica do residente. Cabe considerar que esta disposição para estarem juntos na construção e execução do Projeto Pedagógico é circundada por diversas questões que tencionam o processo, como por exemplo: o reconhecimento de pertença real ao programa, em todas as suas etapas; a liberação de carga horária para dedicação às atividades na residência; a remuneração específica pela ação educativa desenvolvida; a dicotomia entre teoria e prática presente nos discursos e no contexto vivido tanto na universidade quanto no cenário de produção do cuidado.

Interessa notar que embora atue como um educador, a prioridade número um para o enfermeiro-preceptor é o usuário/cliente, família e comunidade para depois virem as discussões com o residente, ao contrário de um docente, tutor ou coordenador de curso num cenário prático, cuja importância primordial e a responsabilidade é pelo estudante. Na verdade há que se compreender que o especializando permanece um tempo no serviço, depois vem outro e outro e, em certos momentos não vem ninguém (seja devido ao rodízio dos residentes nos muitos setores da instituição, as férias anuais, por desligamento do programa, pelo término de contrato com dada unidade de saúde ou necessidade de transferência para outra

por razões plausíveis, em especial a violência que inviabiliza a dinâmica do que é preconizado pelo curso), mas, o enfermeiro estará sempre ali.

Algumas vezes o usuário não consegue entender o movimento atual e preconizado pela rede do Sistema Único de Saúde, do atendimento multidisciplinar, com consulta mais extensa junto ao profissional, que ele reconhece do lugar ao qual ele visita ou tem vínculo faz tempo, com outros, que ele vê eventualmente, que são de categorias diferentes das que ele agendou ou agendaram previamente. Assim sendo, o elo duradouro do usuário é com o funcionário da unidade, mesmo que ele tenha empatia e se identifique muito com os especializandos. Por isso, na criação e implementação de qualquer projeto por parte dos residentes para o serviço, é condição *sine qua non* a participação do profissional que lá trabalha.

Apesar da pesquisa em tela não intencionar comparar os dois programas, que são da mesma instituição executora, houve grande dissemelhança quando analisadas algumas questões da prática social, como: o vínculo empregatício, que na residência em Saúde da Mulher os enfermeiros-preceptores eram em sua maioria funcionários públicos efetivos, com maior tempo de atuação na preceptoría e, na Saúde da Família e Comunidade, funcionários celetistas, com alta rotatividade nas clínicas e menor tempo no exercício da preceptoría; a etapa de participação na avaliação do processo de ensino e aprendizagem dos residentes, os da Saúde da Mulher vivenciavam plenamente, mesmo com certas dificuldades e, os da Saúde da Família e Comunidade, só contribuíam com uma avaliação oral, quando eram questionados sobre; a postura mais autoritária e inflexível da parte de alguns enfermeiros-preceptores do programa de Saúde da Mulher mais que os de Saúde da Família.

A dinâmica diferenciada de funcionamento, quando avaliamos sob a ótica da participação do enfermeiro-preceptor, dos dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde do HESFA, exhibe mais as potências do que as fragilidades de cada um deles, e, sem dúvida, a possibilidade real de continuar fazer dar certo a formação de especialistas para o mundo do trabalho em saúde, muito mais contextualizado, forte e transformador, se eles se reunirem com frequência para discutir e colaborar uns com os outros, aproveitando, quem sabe, os mesmos protagonistas educadores em cenários de prática para ambos. Vale ressaltar que muitos documentos oficiais dos dois programas convergem em seus fundamentos e diretrizes pedagógicas, o que é excelente e viabiliza trabalhos em conjunto.

Os educadores utilizaram tecnologias educacionais diversificadas com os educandos,

de acordo com o que cada um viveu anteriormente, seja nos modelos de curso de nível médio, de graduação, de residência uni-profissional ou multiprofissional no qual atuaram, com sua própria formação pessoal e profissional, com o aprenderam nos cursos que fizeram e ou com que pensavam e acreditavam ser importante para facilitar esta ação. No entanto, o ensino, em sua maioria, se deu a partir do que emergia no cotidiano da prática, da sua experiência.

A prática social educativa do enfermeiro-preceptor na residência foi descrita pelos diversos atores e o perfil deste educador ainda está em construção. As facilidades apontadas neste processo foram: o trabalho em equipe no setor; o atendimento com diferentes categorias profissionais de residentes; o planejamento e a organização para receber os residentes no cenário; o interesse dos educandos em aprender e a bagagem prévia dos mesmos; a atualização que eles trazem para os profissionais do serviço.

Como dificuldades no processo de ensino-aprendizagem vivenciaram: a precária infraestrutura do HESFA, que está em reforma; o pouco tempo para exercer as atividades com os residentes tendo em vista todas as outras que desempenham no serviço; um número grande de usuários para atender tendo que manter e atingir as metas quantitativas preconizadas pelas clínicas; a greve dos funcionários técnico-administrativos da UFRJ; a ausência de outros atores sociais no cenário e; a não remuneração.

A ausência de contrapartida por parte do MEC ou MS com pagamento de bolsa específica para àqueles que exercem a função de preceptoria não significa que esta não possa vir da parte da universidade ou da unidade de saúde, com acordos bilaterais que sejam atrativos para os profissionais do serviço atuarem nesta atividade essencial para o desenvolvimento de qualquer programa de residência.

Em nenhum momento as competências e habilidades técnicas dos enfermeiros-preceptores fora questionada pelos demais depoentes deste estudo de caso, exceto pela necessidade de atualização de alguns poucos. Entretanto, por mais que tenha uma bagagem acumulada de conhecimento teórico e prático da sua área de formação acadêmica e de atuação especializada, para lidar com o treinamento em serviço de outras categorias profissionais, o enfermeiro-preceptor precisa de preparo e capacitação. Poucos realizaram curso específico para preceptores, oferecido em 2011 pela instituição executora e, todos indicaram que desejam este suporte para aprimoramento de suas atividades na residência. Neste sentido, propomos um projeto de intervenção educativo para os preceptores ou os que querem atuar nesta função, como consta no capítulo de recomendação.

Uma preocupação de todos é a ausência de preceptores específicos de algumas categorias direto nos campos práticos da Saúde da Família e Comunidade, como nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. Isso é viabilizado pelo NASF, mas, este ainda não está presente em todos os cenários nos quais os residentes atuam.

Quanto aos saberes que o enfermeiro-preceptor domina na prática social educativa, o atitudinal e o específico foram os mais enfatizados, sendo o educador, segurança e apoio, tendo postura de liderança e condução para com o residente e, com seu conhecimento científico e sistematizado, conseguindo discutir sobre a prática, ensinando o mesmo a ser um futuro especialista, que questiona o vivido e problematiza, sabe a importância e onde buscar a instrumentalização, absorve os instrumentos culturais e demonstra entendimento de forma elaborada para transformação da realidade e, atinge a prática social ao nível do educador, ao final. Final que é o início de uma longa caminhada neste mundo complexo e rico, de grandes descobertas pessoais e profissionais, que vai sendo construído historicamente de modo singular/individual e coletivo.

Os conhecimentos crítico-contextual, didático-curricular e pedagógico também emergiram na prática social educativa do enfermeiro-preceptor junto aos demais protagonistas da RMS, mas, precisam de aprimoramento, até porque estes dois últimos têm relação estritamente com a área da educação, esfera de formação distante da área da saúde, da qual com muita alegria fazemos parte integrante e militante.

Do presente estudo resultou a seguinte **tese**: A Prática Social Educativa do Enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde ocorre em concretude com os residentes, sendo desenvolvida com base em conhecimentos específicos, atitudinais e crítico contextuais, requerendo formação permanente para aprimoramento das ações contidas nos projetos de ensino dos programas.

Percebo, ao final deste trabalho, que na construção dos instrumentos de produção dos dados, especificamente os da entrevista, restou uma lacuna em questionar quanto a cursos de graduação em licenciatura plena ou outros de formação educativa na parte de caracterização dos sujeitos, que me permitiria avaliar mais profundamente a competência e habilidade do enfermeiro-preceptor na questão didático-curricular e pedagógica. Contudo, não tornou inexequível a construção desta categoria temática, pois, fora citado pelos depoentes quando responderam outras questões.

A RMS é de especial importância para a instituição executora e os resultados deste

estudo de caso vêm ao encontro de uma das etapas essenciais de qualquer projeto, a avaliação. Ainda não houve avaliação formal por parte do MEC e do MS dos cursos em desenvolvimento no HESFA, apesar da conclusão e certificação de várias turmas em ambos os programas. Portanto, considero que o mesmo é de grande contribuição para o HESFA e para todos os interessados nas discussões sobre preceptoria em saúde de uma forma geral.

Não há uma fórmula pronta para resolver as situações-problema que se evidenciam na prática do enfermeiro-preceptor na RMS, mas, como a educação está acontecendo, se fazendo no tempo atual e histórico, esperamos ajudar com o presente relato de caso, construído a luz da Teoria Pedagógica Histórico-crítica de Dermeval Saviani e, possibilitar vindouras e enriquecedoras discussões.

Os cursos de Residência Multiprofissional em Saúde do HESFA têm acontecido e dado muitos frutos, conforme inferimos. A prática social educativa desenvolvida pelos enfermeiros-preceptores tem visibilidade, mesmo que no mundo micro de suas realidades locais. Reflete, certamente, de forma positiva na vida futura do especialista egresso dos programas de Saúde da Mulher e Saúde da Família e Comunidade.

**Referências**

AGUIAR, B.G.C. (Coord.) *et al.* **Guia de orientações para o enfermeiro residente: Curso de Pós-Graduação (Especialização), sob a Forma de Treinamento em Serviço (Residência) para Enfermeiros (Residência em Enfermagem)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação. Citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3. ed. Rio de Janeiro, 2011.

AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39,n. 2, p. 316-327, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23. nov.2016.

BARBEIRO, F.M.S, MIRANDA, L.V, SOUZA, S.R. Nurse preceptors nd nursing residents: interaction in the practice scenario. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, vol. 2, n.3, jul./set, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/584>>. Acesso em 21.Nov.2012.

BARRETO, V.H.L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação na Universidade Federal de Pernambuco – um termo de referência. **Rev. Bras. Educação Médica**, 35 (4) : 578-583; 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a19v35n4.pdf>>. Acesso em 07.Nov.2012.

BASTABLE, Susan B. **O enfermeiro como educador – princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BATISTA,E.L.; LIMA,M.R. Dermeval Saviani – compromisso e luta por uma pedagogia para além do capital. **Revista HISTEDBR online**. Campinas, n.53, p.391-402, out, 2013.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03. nov. 2010.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Disponível em: <<http://www.ccm.ufpb.br/arquivosdosite/posgraduacao/decreto%2080.281.pdf>>. Acesso em 21. Nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**, dezembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 07 de agosto 2001**. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem**. 2. ed. rev. e ampliada. –Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Secretaria geral a Presidência da República. Conselho Nacional de Juventude. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Brasília/DF, 2005. Disponível em <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813)>. Acesso em 24.jun.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: 2009b. Disponível em:

<<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=13/11/2009&jornal=1&pagina=7&t>

otalArquivos=192>. Acesso em: Nov.2012.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: 2010a. Disponível em:

<[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813)>. Acesso em: 10.Nov. 2012.

BRASIL. **Portaria interministerial nº1.320, de 11 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Brasília: 2010b. Disponível em:

<<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=12/11/2010>>. Acesso em: Nov.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde - PNS** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 27.dez.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466, de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS, 2012a.

BRASIL. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: 2012b.

Disponível em:

<<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/04/2012&jornal=1&pagina=24&totalArquivos=168>>. Acesso em: 10.Nov.2012.

BRASIL. **Portaria nº 160, de 14 de novembro de 2012**. Homologa o resultado do processo de seleção de Programas que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: 2012c. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/11/2012&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=132>> Acesso em: Nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 25.09.2015.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

CALCUTÁ, MADRE TERESA *IN* SENGE, P. *et al.* **Presença: propósito humano e o campo do futuro**. São Paulo: Cultrix, 2007.

**CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO**. Comissão especial de patrimônio cultural. Relatório da Visita da Comissão ao Hospital-escola São Francisco de Assis, UFRJ, 11 de agosto de 2011. Rio de Janeiro, 2011.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CARVALHO, V. (org.). **Sobre enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2006.

**CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**. Disponível em <http://smsdc-cmssaofranciscodeassis.blogspot.com.br/p/integracao-ensino-servicocomunidade.html>. Acesso em 13. mai. 2016.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

**CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÉRGIO VIEIRA DE MELLO**. Disponível em <http://smsdc-cfsergiovieirademello.blogspot.com.br/p/integracao-ensino-servicocomunidade.html>. Acesso em 13.mai.2016.

**CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZILDA ARNS**. Disponível em <http://smsdc-csfzildaarns.blogspot.com.br/search/label/Resid%C3%Aancia%20M%C3%A9dica>. Acesso em 13.mai.2016.

COFEN. **Resolução no. 259, de 12 de julho de 2001**. Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2592001\\_4297.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2592001_4297.html). Acesso em: 17.Abr. 2017.

COFEN. **Resolução nº 389, de 18 de outubro de 2011**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. Disponível em: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2011/iels.out.11/Iels199/U\\_RS-COFEN-389\\_181011.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels199/U_RS-COFEN-389_181011.pdf). Acesso em: 25.Out.2012.

CYLINDRO, A.C. et al. Residência de enfermagem: uma trajetória de 20 anos. **Rev.**

**Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n.1, p. 109-114, jan./mar.2000.

CURY, A. **Maria, a maior educadora da história – os dez princípios que Maria utilizou para educar o menino Jesus**. 2ed.São Paulo: Academia da Inteligência, 2014.

**DATASUS** – Departamento de informática do SUS. Disponível em:

<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/sisreg>>. Acesso em 27.nov.2016.

DELORS, J (pres.) et al. **Educação um tesouro a descobrir. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. Brasília: CORTEZ,UNESCO, MEC, 1998.

DONATO, A. F. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde.

**BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 48, nov. 2009. Disponível em

<[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000300003&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000300003&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 19 dez.2016.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO – EPSJV. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

FAJARDO, A.P. **Os tempos da docência na residência em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. Tese (Doutorado). Porto Alegre: UFRGS, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FIORANO, A.M. M; GUARNIERI, A.P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci**. 2015; 40(3):366-369.

FORESTI, M. C. P. P. **Sobre prática pedagógica, planejamento e metodologia de ensino: a**

**articulação necessária.** Disponível em: < <http://www.franca.unesp.br/oep/Eixo%203%20-%20Tema%201.pdf>>. Acesso em: 15.mai.2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDI, D.M. **Trabalho em equipe.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2014. (Programa: O Saber para conquistar um lugar. Curso de Capacitação a Distância do MS).

GRÜN, A. **No ritmo dos monges – convivência com o tempo, um bem valioso.** 2 ed. São Paulo: Paulinas, 2007.

HADDAD, A.E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface, comunicação, saúde e educação.** v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19.Nov.2012.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago; 1976.

JAPIASSÚ,H; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia.** 3ªed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEAL, R.B. Planejamento de ensino: peculiaridades significativas. **Revista Iberoamericana de Educación.** Disponível em: < <http://www.rieoei.org/deloslectores/1106Barros.pdf>>. Acesso em: 24.nov.2016.

LOBATO, P.C.; MELCHIOR, R.; BADUY, R.S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 22 [ 4 ]: 1273-1291, 2012.

LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J.L. (orgs.) **Capitalismo, trabalho e educação.** São Paulo: Autores associados, 2002.

MARTINS, G.A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2008.

**MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em 19. Nov. 2012.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA; R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008; 17(4): 758-64.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOROSINI, N.C. et al. **Enciclopédia de pedagogia universitária**. Brasília: INEP- RIES, 2006.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, 2010.

PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. (org). **Enfermagem: história de uma profissão**. São Paulo: Difusão, 2011.

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

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**. 2001;35(1):103-9 103. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em 30.jun.2014.

POLIT, D.F; BECK; C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

**PORTAL BRASIL.** Cresce o número de bolsas em residência médica no País. Publicado por Portal Brasil em 03/01/2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/01/cresce-o-numero-de-bolsas-em-residencia-medica-no-pais>. Acesso em 25.abr.2014.

**PORTAL DA SAÚDE.** Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em 30.nov.2016.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 153-173, 2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r374.pdf>>. Acesso em: 16/nov. 2012.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

ROSSI, S.S. (org) et al. **Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SALVADOR, A.S. et al. Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** Volume 15 Número 3 pág 329-338 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>.

SAVIANI, D. Sobre a natureza e especificidade da educação. **Em aberto.** Ano 3, n.22, Brasília, jul/ago. 1984.

SAVIANI, D. Os saberes implicados na formação do educador. In: BICUDO, M.A.; SILVA JR, C.(orgs.). **Formação do educador.** São Paulo: UNESP, 1996.

SAVIANI, D. A função docente e a produção do conhecimento. **Educação e filosofia**. 11(21 e 22), 127-140, jan/jun e jul/dez, 1997.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. **Trabalho, educação e saúde**. 1 (1): 131-152, 2003.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica: primeiras aproximações**. 9. ed. São Paulo: Autores associados, 2005a.

SAVIANI, D. **As Concepções Pedagógicas na História da Educação Brasileira**. Campinas, Ago.2005b. Disponível em:  
<[http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos\\_frames/artigo\\_036.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_036.html)>. Acesso em 18. out.2007.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 39. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2007a.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**. v.12, n.34, jan/abr. 2007b.

SAVIANI, D. Teorias pedagógicas contra-hegemônicas no Brasil. **Rev. Centro de educação e letras da Unioeste**. v.10, n.2, 2º semestre. 2008.

SAVIANI, D. Entrevista: “A educação fora da escola”. **Revista de Ciências da Educação – UNISAL**. Americana: São Paulo. Ano XI, no.20. 1º. Semestre, 2009, p. 17-27.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 3.ed. rev. Campinas, SP: Autores Associados, 2010a.

SAVIANI, D. **Interlocuções pedagógicas - conversa com Paulo Freire e Adriano Nogueira e 30 entrevistas sobre educação**. Campinas, SP: Autores Associados, 2010b.

SAVIANI, D. Formação de professores no Brasil: dilemas e perspectivas. **Póiesis Pedagógica** - V.9, N.1 jan/jun.2011; pp.07-19. Disponível em <file:///C:/Users/familia/Downloads/15667-63261-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em 07.dez.16.

SAVIANI, D. Ética, educação e cidadania. **Revista nº 15**. 2012. Disponível em: <http://portalgens.com.br/portal/images/stories/pdf/saviani.pdf>>. Acesso em: 15.Nov.2012.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 19ª ed. São Paulo: Autores Associados, 2013.

SAVIANI, D. A pedagogia histórico-crítica. **Revista RBBA**. v.3.no.2, p.11-36. Dezembro, 2014.

SAVIANI, D; MARTINS, M.F; CARDOSO, M.M.R. Catarse na pedagogia histórico-crítica: a concepção de Saviani. **Crítica educativa**. V1.no.1, p. 163-217. jan./jun. 2015.

SILVA, V.C. **Preceptoría – Nexos com a Pedagogia Histórico-Crítica: o Caso da Escola de Enfermagem Anna Nery** / Verônica Caé da Silva.-- Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

SILVA, V et al. Prática social e pedagógica do enfermeiro-preceptor: um estudo de caso. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 13, n.1, p. 102-112, Mar 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4097>>. Acessado em: 2014 Apr 23.. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144097>.

SILVA, V.C.; SANTOS M.S.S. Promoción de la salud por DENTESCOLOA: facilidades y dificultades de relieve por los académicos y los profesionales de la salud. **Horizontes em Salud – expresión de enfermería**. Estado de México, v.2, n.1, p. 22-37, 2010.

SOARES, A.M.M. **Multiprofissionalidade frente ao multiculturalismo**. Palestra proferida em 24 de marco de 2014. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

SOUZA, M.J.; BAPTISTA, S.S. A enfermagem e sua prática: o pensado e o vivido pelas

enfermeiras do Hospital-escola São Francisco de Assis. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 345-362, jul./set., 1997.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Rev. bras. educ. Med.** Rio de Janeiro, 2009.

TREZZA, M.C.A.F.; SANTOS, R.M.; LEITE, J.L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 904-8.

TRIVIÑOS, A.S. A dialética materialista e a prática social. **Movimento**. Porto Alegre, v.12, n02, p.121-142. maio/ago, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Escola São Francisco de Assis. **Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. **Programa do curso de extensão em métodos de ensinar e aprender em enfermagem**. Rio de Janeiro: 2010a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Escola São Francisco de Assis. **Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2010b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. PR2 – Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2011a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. Conselho de Coordenação. Ata da Sessão Ordinária do Conselho de Coordenação do Centro de Ciências da Saúde, de 05 de setembro de 2011. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011b.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)**. Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN. Disponível em <http://www.eean.ufrj.br>. Acesso em 28.mai.2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. **Edital do concurso para seleção da residência multiprofissional em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012. Disponível em: <<http://www.hesfa.ufrj.br/>>. Acesso em 21. Nov.2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Escola São Francisco de Assis. **Manual da Residência**. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Mulher. Rio de Janeiro, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. **Edital do concurso para seleção da Residência Multiprofissional em Saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. **Instrumento de Avaliação do Residente nos Campos de Prática**. Rio de Janeiro, 2014b. (Material xerocopiado).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. **Registro de Frequência**. Rio de Janeiro, 2014c. (Material xerocopiado).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. **Carta de Serviços ao Cidadão**. Disponível em: [http://www.hesfa.ufrj.br/carta\\_cidadao.pdf](http://www.hesfa.ufrj.br/carta_cidadao.pdf). Acesso em 14.11.2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. **Manual do Residente**. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2015.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)**. Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em:  
<http://www.complexohospitalar.ufrj.br/docs/apresenta.html>. Acesso em 31.Out.2015.

WERMELINGER, M. et al. A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/0211-Revista%20Divulgacao%20Gestao%20No%201.pdf>. Acesso em 10.11.2015.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

**Apêndices**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**  
**AO ENFERMEIRO-PRECEPTOR:**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n° da entrevista: \_\_\_\_\_

Codinome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de graduado em enfermagem: \_\_\_\_\_

Maior titulação acadêmica:

( ) Graduação

( ) Pós-Graduação *lato sensu* em \_\_\_\_\_

( ) Mestrado em \_\_\_\_\_

( ) Doutorado em \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo com a unidade de saúde: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na unidade de saúde: \_\_\_\_\_

Setor atual e tempo de atuação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação como preceptor neste setor: \_\_\_\_\_

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS: \_\_\_\_\_

1. Como se deu a sua inserção na preceptoria da RMS?
2. Quais são as suas atribuições como preceptor da RMS da instituição?
3. Como você desenvolve o processo de ensino e aprendizagem na RMS?
4. Quais as facilidades encontradas no processo de ensino e aprendizagem na RMS?
5. Quais as dificuldades encontradas no processo de ensino e aprendizagem na RMS?
6. A que você atribui as facilidades e as dificuldades vivenciadas na prática da preceptoria da RMS?
7. Como você se sente preparado para exercer a preceptoria no programa de Residência Multiprofissional da instituição?

## APÊNDICE B-

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**  
**AO PROFISSIONAL (EXCETO ENFERMEIRO-PRECEPTOR):**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n° da entrevista: \_\_\_\_\_

Codinome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de graduado em \_\_\_\_\_: \_\_\_ ano(s)

Maior titulação acadêmica:

( ) Graduação

( ) Pós-Graduação *lato sensu* em \_\_\_\_\_

( ) Mestrado em \_\_\_\_\_

( ) Doutorado em \_\_\_\_\_

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - RMS: \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo com a RMS:

( ) Coordenador ( ) Docente ( ) Tutor ( ) Preceptor ( ) Residente - R2

Tempo de atuação na unidade de saúde (exceto residente): \_\_\_\_\_

1. Durante seu tempo de atuação como \_\_\_\_\_ do programa, quais as atividades que você e o enfermeiro-preceptor desenvolveram juntos?

2. Como você descreveria o modo como o enfermeiro-preceptor participa do processo de ensino e aprendizagem do residente? (no caso de coordenador, docente, tutor ou preceptor)  
Como você descreveria o modo como o enfermeiro-preceptor participa (ou) do seu processo de ensino e aprendizagem? (no caso de residente)

3. Quais as principais características que você identifica (ou) na atuação do enfermeiro-preceptor na RMS?

## APÊNDICE C-

**INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS DOCUMENTAIS:**

Nº do documento: \_\_\_\_\_

Local de publicação: \_\_\_\_\_

Ano de publicação: \_\_\_\_\_ nº de páginas: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_

Autor (es) do documento: \_\_\_\_\_

Assunto central abordado: \_\_\_\_\_

Tópicos relevantes ao estudo:

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE D-

**DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DIRETA**

Nº da observação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Horário de início da observação: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min Local: \_\_\_\_\_

Descrição das características do local: \_\_\_\_\_

Atores sociais envolvidos: \_\_\_\_\_

Motivo da presença dos atores sociais no local: \_\_\_\_\_

N	Atividades (baseadas nas atribuições esperadas para o preceptor):	Registro
1	Orientação do(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas.	
2	Orientação e acompanhamento, com suporte do(s) tutor(es) do desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente.	
3	Elaboração, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, das escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução.	
4	Facilitação da integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários, residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional no campo de prática.	
5	Participação das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção.	
6	Identificação de dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário.	
7	Participação na elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão.	
8	Atuação, em conjunto com tutores, na formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral.	
9	Participação da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.	
10	Outra atividade:	

Impressões da observadora: \_\_\_\_\_

Horário de término da observação: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Tempo total de observação: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**  
(Resolução nº466/2012 - Conselho Nacional de Saúde)



Você está sendo convidado para participar do estudo provisoriamente intitulado: "Prática Social do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde", que tem como objetivos: descrever a prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde; analisar o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor implicados na prática social educativa da Residência Multiprofissional em Saúde; discutir o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor para a prática social educativa no espaço de construção multiprofissional em saúde. A pesquisa terá duração de três anos e se configura em uma Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Você foi selecionado por ser um profissional que possui vínculo com uma instituição de saúde que recebe estudantes de Pós-Graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde para realizar um processo de ensino e aprendizagem especializado. Sua participação não é obrigatória. É garantido a você o esclarecimento de qualquer dúvida que venha a surgir antes, durante e depois da entrevista, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo. Garantimos o anonimato assegurando a sua privacidade, ou seja, em nenhum momento será utilizado seu nome e você escolherá um nome fictício a ser usado no tratamento dos dados coletados.

Você será submetido à aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturada, que foi previamente construído pela pesquisadora e suas respostas serão gravadas em meio eletrônico (MP3) e utilizadas somente neste estudo, podendo ser divulgada através de eventos ou publicações em periódicos (revistas) científicos. Após 05 (cinco) anos a gravação será incinerada. Também poderá ocorrer a observação direta das atividades que você realiza junto ao enfermeiro-preceptor na instituição.

Não há riscos físicos, químicos ou biológicos relacionados à sua participação neste estudo e você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo (gravação de entrevista e observação das atividades), que serão custeados pela pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Os possíveis danos e riscos (mínimos) decorrentes de sua participação serão evitados, sendo que estes se justificam tendo em vista os benefícios e eticidade dessa pesquisa.

Acreditamos, portanto, que sua participação trará mais benefícios do que riscos, já que o estudo é importante pela necessidade de compreender como o enfermeiro-preceptor atua junto aos residentes e demais atores sociais nos cenários de prática assistencial, gerencial ou educativa, tendo em vista as diretrizes da educação e da saúde brasileira e o uso das ideias pedagógicas.

Caso concorde em participar do estudo, você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador e de seu orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento. Consta também o contato do comitê de ética em pesquisa, caso surja alguma dúvida relacionada às questões éticas que envolvem pesquisas com seres humanos.

**Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, \_\_\_\_\_ (nome e sobrenome), \_\_\_\_\_ (nº de um documento de identificação ou do Registro no Conselho Profissional), concordo em participar do estudo.** Eu fui completamente orientado pela pesquisadora que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia assinada deste termo, o qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da pesquisadora.

**ORIENTADORA:** Profª Drª Ligia de Oliveira Viana

Contatos: Tel: xxxxx-xxxx E-mail: [ligiaviana@uol.com.br](mailto:ligiaviana@uol.com.br)

**PESQUISADORA:** VERÔNICA CAÉ DA SILVA

Contatos: Tel (21) xxxx-xxxx ou xxxxx-xxxx E-mail: [vcae@superig.com.br](mailto:vcae@superig.com.br)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**PARTICIPANTE DA PESQUISA:** \_\_\_\_\_

E-mail (não obrigatório) para retorno dos dados: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228**

E-mail: [cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com)

**Anexos**

**ANEXO A-****CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilma Profª Dra. Maria Catarina Salvador da Motta

Solicito autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Prática Social do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde” a ser realizada no HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, como aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (Curso de Doutorado), sob **orientação da Profª Dra. Ligia de Oliveira Viana**, com os seguintes objetivos: descrever a prática social educativa do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde - RMS; analisar o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor implicados na prática social educativa da Residência Multiprofissional em Saúde; discutir o domínio dos saberes do enfermeiro-preceptor para a prática social educativa no espaço de construção multiprofissional em saúde, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de Desenvolvimento Acadêmico e Científico (documentação acerca dos Programas de RMS) e demais dependências da instituição onde atuem os profissionais e residentes dos Programas de RMS (realização de entrevistas semi-estruturadas e observação das atividades). Ao mesmo tempo, peço autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Saliento ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

Rio de Janeiro, 04 de agosto de 2014.

  
 Verônica Caé da Silva  
 Enfermeira  
 COREN - RJ 115392  
**Verônica Caé da Silva**  
**Pesquisadora Responsável do Projeto**

Concordamos com a solicitação      ( ) Não concordamos com a solicitação

  
**Profª Dra. Maria Catarina Salvador da Motta**  
 Diretoria do HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis  
 (CARIMBO)

Maurício Schirmer  
 Diretor Administrativo  
 HESFA/UFRJ  
 SIAPE: 0377241



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prática social do enfermeiro-preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde

**Pesquisador:** Verônica Caé da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34835714.0.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 776.075

**Data da Relatoria:** 02/09/2014

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 26 de agosto de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

**RIO DE JANEIRO, 02 de Setembro de 2014**

**Maria Aparecida Vasconcelos Moura**