AFONSO LUÍS PUIG PEREIRA

**A preceptoria para graduação no âmbito da atenção primária à saúde: perfil,
processo ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da
percepção dos sujeitos no serviço**

São Paulo

2020

AFONSO LUÍS PUIG PEREIRA

**A preceptoria para graduação no âmbito da atenção primária à saúde: perfil,
processo ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da
percepção dos sujeitos no serviço**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Celso Zilbovicius

São Paulo
2020

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Pereira, Afonso Luís Puig.

A preceptoria para graduação no âmbito da atenção primária à saúde: perfil, processo ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da percepção dos sujeitos no serviço / Afonso Luís Puig Pereira; orientador Celso Zilbovicius. -- São Paulo, 2020.

196 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Preceptoria. 2. Atenção primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação em Saúde. 5. Capacitação de recursos humanos em Saúde. 6. Desenvolvimento de Pessoal. 7. Educação continuada. I. Zilbovicius, Celso. II. Título.

Pereira ALP. A preceptoria para graduação no âmbito da atenção primária à saúde: perfil, processo ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da percepção dos sujeitos no serviço. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 17/06/2020

Banca Examinadora

Profª Drª Valéria Marli Leonello

Instituição: USP

Julgamento: Aprovado

Profª Drª Graciela Soares Fonsêca

Instituição: UFFS

Julgamento: Aprovado

Profº Drº Leonardo Carnut dos Santos

Instituição: UNIFESP

Julgamento: Aprovado

Aos meus amados pais, Abel e Ieda, por todo amor e orações.

Aos meus irmãos, mesmo distantes, próximos na luta.

À Renata, minha maravilhosa esposa, pelo amor, carinho e compreensão.

À Julia e ao Vitor, meus maiores professores.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Celso Zilbovicius, que, além de orientador deste trabalho, é uma fonte de inspiração na educação desde a primeira vez em que o vi ministrando uma aula. Também foi o responsável por me abrigar academicamente em 2014. Sou muito grato pela sensibilidade e a generosidade que o caracterizam.

À Prof^a. Dr^a Maria Ercília de Araujo, que me acolheu no início deste processo.

À equipe de Ciências Sociais em Saúde, liderada pelo Prof. Dr. Celso Zilbovicius, Prof. Dr. Leonardo Carnut, Profa. Tarsila Lopes, Prof. Antonio Neto e Ramon Navarrete, por serem fonte de inspiração à pesquisa. São pessoas pelas quais tenho enorme carinho e admiração.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional Interunidades (FOUSP, FE e FSP), que ampliaram minha perspectiva sobre ensino-aprendizagem, ciências da saúde e SUS. Em especial à Prof^a. Dr^a. Ana Maria Cervato Mancuso, Prof^a. Dr^a. Eucenir Fredini Rocha, Prof^a. Dr^a. Helena Akemi Wada Watanabe, Prof^a. Dr^a. Henriette Tognetti Penha Morato, Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Prof^a. Dr^a. Ligia Ferreira Gomes, Prof^a. Dr^a. Maria Ercilia de Araujo, Prof^a. Dr^a. Marina de Góes Salvetti, Prof^a. Dr^a. Marina Peduzzi, Prof. Dr. Paulo Frazão, Prof. Dr. Rogério Nogueira de Oliveira, Prof^a. Dr^a. Simone Rennó Junqueira, Prof^a. Dr^a. Yara Maria de Carvalho.

Quero expor minha imensa gratidão ao Prof. Dr. Antonio Carlos Frias, que colaborou decisivamente na minha formação como sanitarista e me deu a oportunidade de realizar um grande sonho profissional: ministrar aula na especialização em Saúde Coletiva.

À Sr^a. Sonia Castro Lucia Lopes, sempre atenciosa no apoio às necessidades burocráticas do mestrado profissional.

Ao Sr. Marcos Alipio Dantas Ramos, pela rapidez e eficiência nas respostas e atenção às impressões e cópias.

Ao Sr. Carlos Augusto Bordinon, pela disponibilidade e boa vontade sempre que tive dúvidas sobre o Programa de Aperfeiçoamento de Ensino.

Aos “The Bolinhas” Antonio Carlos Galante, Israel Victor de Oliveira, Marcio Eduardo Bergamini Vieira e Rogério de Mesquita Spinola, pela amizade, companheirismo e apoio ao longo desta jornada de mestrado.

À Prof^a Aline Marion Moreira Kolle, Prof^a Dr^a Daiana Bonfim, Prof^a Danielle da Costa Palacio e Prof^a Danielle Viana Ribeiro Ramos, muito importantes na minha vida profissional, pelo apoio ao estudo e confiança no trabalho.

À Marieta Trancoso de Castro pela revisão da língua portuguesa e Maria Cláudia Pestana pela normalização e formatação do trabalho.

À Glauci Elaine Damasio pelo inestimável carinho e atenção dedicados a mim nos assuntos relativos aos serviços de documentação, pesquisa bibliográfica e formatação.

Numa perspectiva socioconstrutivista, o desenvolvimento inicia-se no plano social, na relação com os outros. O sujeito realiza algo com alguém e é precisamente essa experiência de partilha com o outro que possibilita a interiorização das principais funções cognitivas - o sujeito aprende com os outros para, mais tarde, saber fazer sozinho (Dias, 2010).

RESUMO

Pereira ALP. A preceptoria para graduação no âmbito da atenção primária à saúde: perfil, processo ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da percepção dos sujeitos no serviço [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Corrigida.

A formação de profissionais de saúde no cenário da atenção primária à saúde permanece como um grande desafio. Políticas educacionais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, constituíram importante incentivo legal à formação. Mas muitos profissionais que exercem a preceptoria na atenção primária a saúde, desconhecem o processo ensino-aprendizagem e a integração ensino-serviço-gestão-comunidade (quadrilátero da formação). Por esses motivos, esta pesquisa tem por objetivos trazer a percepção de profissionais em exercício da preceptoria de graduandos no âmbito da atenção primária à saúde (APS) no município de São Paulo (SP), conhecendo seu perfil e motivações nesse cenário de aprendizagem, as metodologias de ensino e avaliação utilizadas no processo pedagógico, e as barreiras antipedagógicas e de processo de trabalho, bem como os fatores de contribuição à preceptoria na perspectiva do quadrilátero da formação. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas, interpretadas por análise de conteúdo temática. Na perspectiva dos sujeitos da pesquisa, identificou-se um perfil cuja competência mais frequentemente relatada é a pedagógica, a qual pode ser desenvolvida através de formação para preceptoria. Dentre alguns fatores motivacionais para o exercício da função, a troca de aprendizado é a mais relevante. O processo ensino-aprendizagem é guiado especialmente pela prática, sendo o método de ensino mais comum porém pouco problematizado, e os métodos ativos são aplicados por aqueles que têm algum tipo de formação pedagógica. Os processos avaliativos são incipientes e causam insegurança. Sob a ótica do quadrilátero da formação, observou-se como desafios mais significativos a sobrecarga de trabalho dos preceptores, a desvalorização da saúde pública como cenário de ensino, a falta de apoio pedagógico das instituições de ensino superior (IES) e a incompreensão da comunidade no processo de formação. Como fatores contributivos da preceptoria,

destacam-se o trabalho multiprofissional e a APS como potente cenário de aprendizagem. Conclui-se que a formação em preceptoria é essencial para forjar um perfil pedagógico adequado, conscientizando o profissional do seu papel de educador, e que faces do quadrilátero da formação têm aspectos a serem aperfeiçoados. Olhar cada face separadamente pode facilitar a articulação entre os atores e a transpor os desafios do exercício dessa função. A preceptoria tem grande potencial para a formação de graduandos na APS, mas é dependente de apoio das IES, melhores condições de trabalho e reconhecimento através de políticas públicas.

Palavras-chave: Preceptoria. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Educação em Saúde. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Desenvolvimento de Pessoal. Educação Continuada.

ABSTRACT

Pereira ALP. The preceptorship for undergraduation in the scope of Primary Health Care: the profile, teaching-learning process and the Four-way approach to Training from the perception of the subjects in the service [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Corrigida.

Qualified training of professionals in the Primary Health Care (PHC) setting remains a significant challenge. Educational policies such as the National Curricular Guidelines, Pro-Health and PET-Health have been critical legal incentives for such qualifications. However, many professionals who perform preceptorship in the Primary Health Care sector do not have an understanding of the teaching-learning process not knowledge of the integration of teaching-service-community-management (Four-way approach to Training). For said reasons, under the standpoint of preceptorship, this research aims to present the perspective of professionals Preceptor PHC undergraduates in the city of São Paulo/Brazil. Acknowledging the profile and motivations of this learning scenario, inquiring what are the presented teaching and assessment methodologies in the pedagogical process and which are the anti-pedagogical and work process barriers, as well as factors that contribute to tutoring from a Four-way approach to Training perspective. This study is descriptive and exploratory based on a qualitative approach. Fourteen semi-structured interviews were conducted and interpreted by thematic content analysis. From research's participants perspective, a drawn outline of the most frequently reported competence is pedagogical, which has the potential of development through preceptorship training. Amongst some motivational factors in exercising this function, reciprocally learning is the most relevant. The teaching-learning process is guided mainly by practice, and though it is the most common teaching method, it is little problematized. The active methods are applied by those who have already had a sort of pedagogical training. Evaluation processes are incipient and cause insecurity. From a Four-way approach to Training perspective the most significant challenges observed were, the overload of work assigned to preceptorship, the devaluation of public health as a teaching scenario, the lack of pedagogical support from Higher Education Institutions (HEIs), and the incomprehension of the community in the training process. Multiprofessional work and

the PHC as a compelling learning environment, are highlighted as contributing factors to the preceptorship's work. A conclusion indicates that training is essential to forge an adequate pedagogical profile, raising the professional's awareness of his or her role as an educator and which fronts of the Four-way approach to Training require improvement. To look separately at each aspect can facilitate the articulation between the participants and overcome the challenges of exercising this function. The preceptorship has excellent potential for training graduates in PHC but is dependent on support from HEIs, better working conditions and recognition through public policies.

Keywords: Preceptorship. Primary Health Care. Unified Health System. Health Education. Health Human Resource Training. Staff Development. Education, Continuing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Linha do tempo da legislação de fomento à preceptoria de graduação no âmbito da atenção primária à saúde.....	41
Figura 2.2 - Arco de Maguerez.....	66
Figura 4.1 - Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal por Coordenadoria Regional de Saúde, Subprefeitura e Distrito Administrativo. Município de São Paulo.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1-	Lista de códigos utilizados para análise qualitativa com auxílio do software MAXQDA	87
Tabela 5.2-	Perfil dos sujeitos de pesquisa entrevistados (n=14) e frequência relativa	89
Tabela 5.3-	Apresentação dos temas, categorias, subcategorias, nº de excertos e frequência relativa	93
Tabela 5.4-	Subcategorias de competências e atribuições, com frequência relativa	96
Tabela 5.5-	Subcategorias de motivação para exercício da função, com a frequência relativa.....	103
Tabela 5.6-	Subcategorias de formação em preceptoria, com a frequência relativa	109
Tabela 5.7-	Subcategorias de estratégias de ensino-aprendizagem e sua frequência relativa.....	112
Tabela 5.8-	Subcategorias de avaliações no processo ensino-aprendizagem, e sua frequência relativa	119
Tabela 5.9-	Apresentação resumida da categoria ensino e subcategorias, e sua frequência relativa	125
Tabela 5.10-	Apresentação resumida da categoria serviços e subcategorias, e sua frequência relativa	130
Tabela 5.11-	Apresentação resumida da categoria gestão e subcategorias, e sua frequência relativa	141
Tabela 5.12-	Apresentação resumida da categoria comunidade e subcategorias, e sua frequência relativa	145

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1	Conceituando a Preceptoría e Identificando seu Papel na Formação em Saúde	29
2.2	Legislação e Políticas Públicas Norteadoras da Preceptoría no Brasil	31
2.3	Integração “Ensino-Serviço”: Contexto De Atuação da Preceptoría na Atenção Primária à Saúde	41
2.4	Estudos com Preceptores em Atenção Primária à Saúde para Graduação no Brasil.....	48
2.5	Andragogia e Avaliação em Preceptoría	61
2.5.1	Prática como Método.....	64
2.5.2	Problematização.....	64
2.5.3	Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).....	66
2.5.4	Preceptoría Minuto	67
2.5.5	Método SNAPPS	67
2.5.6	Problem Based Interview (PBI).....	67
2.5.7	Avaliação 360º.....	69
2.5.8	Método OSCE	69
3	OBJETIVO GERAL	71
3.1	Objetivos Específicos	71
4	PERCURSO METODOLÓGICO	73
4.1	Fundamentação Teórica	73
4.1.1	Conceito de Preceptor por Botti e Rego (2008).....	74
4.1.2	Fragmento da Obra de Paulo Freire.....	74
4.1.3	O Quadrilátero da Formação	77

4.2	Contexto e Local da Pesquisa	78
4.3	Sujeitos da Pesquisa	81
4.4	Produção de Dados	81
4.5	A Entrevista Piloto	82
4.6	Análise de Dados	83
4.7	Aspectos Éticos	86
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
5.1	Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa	88
5.2	Apresentação, Análise e Interpretação dos Domínios, Categorias e Subcategorias	92
5.3	Domínio 1: Perfil Profissional	95
5.3.1	Categoria A: Competências e atribuições	96
5.3.1.1	<i>Subcategoria A1: Competências pedagógicas</i>	96
5.3.1.2	<i>Subcategoria A2: Engajamento comunitário</i>	100
5.3.1.3	<i>Subcategoria A3: Competência clínica</i>	102
5.3.2	Categoria B: Motivação para exercício da função	103
5.3.2.1	<i>Subcategoria B1: Aprendizado mútuo e experiências compartilhadas</i>	104
5.3.2.2	<i>Subcategoria B2: Reconhecimento financeiro ou acadêmico</i>	105
5.3.2.3	<i>Subcategoria B3: Fortalecer o SUS como formador</i>	107
5.3.3	Categoria C: Formação em Preceptoria	108
5.3.3.1	<i>Subcategoria C1: Falta formação para o exercício da preceptoria</i>	109
5.3.3.2	<i>Subcategoria C2: Desconhecimento sobre formação em preceptoria</i>	111
5.4	Domínio 2: Processo Ensino-Aprendizagem	111
5.4.1	Categoria D: Estratégias de ensino-aprendizagem	112
5.4.1.1	<i>Subcategoria D1: Rotina e prática como oportunidade de ensino</i>	112
5.4.1.2	<i>Subcategoria D2: Métodos ativos e reflexivos</i>	117
5.4.2	Categoria E: Avaliação no processo ensino-aprendizagem	119
5.4.2.1	<i>Subcategoria E1: Fragilidades no processo avaliativo</i>	120
5.4.2.2	<i>Subcategoria E2: Uso de estratégias de avaliação</i>	121

5.5	Domínio 3: Quadrilátero da Formação.....	123
5.5.1	Categoria F: Ensino.....	124
5.5.1.1	<i>Subcategoria F1: Distanciamento da IES com o serviço.....</i>	125
5.5.1.2	<i>Subcategoria F2: Apoio pedagógico.....</i>	126
5.5.1.3	<i>Subcategoria F3: Desvalorização da saúde pública.....</i>	128
5.5.2	Categoria G: Serviço	130
5.5.2.1	<i>Subcategoria G1: Agenda sobrecarregada</i>	131
5.5.2.2	<i>Subcategoria G2: Oportunidades de aprendizado multiprofissional.....</i>	134
5.5.2.3	<i>Subcategoria G3: APS como cenário de aprendizado (des)valorizado</i>	137
5.5.2.4	<i>Subcategoria G4: Inadequação de estrutura física.....</i>	139
5.5.3	Categoria H: Gestão.....	140
5.5.3.1	<i>Subcategoria H1: Distanciamento da gestão.....</i>	141
5.5.3.2	<i>Subcategoria H2: Apoio da gestão local.....</i>	144
5.5.4	Categoria I: Comunidade.....	145
5.5.4.1	<i>Subcategoria I1: Passividade da comunidade.....</i>	146
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
	REFERÊNCIAS	153
	APÊNDICE	171
	ANEXOS	183

APRESENTAÇÃO

A docência sempre foi um dos grandes objetivos profissionais em minha trajetória de vida. Além de admirar muitos dos professores que me motivaram a chegar neste patamar acadêmico tão sonhado, tive dentro de casa uma grande inspiração, minha mãe. Ela foi professora do ensino primário em escolas públicas. Sua dedicação ao ensino foi decisiva na minha escolha docente, uma vez que me incitou a vontade de contribuir na formação de outros indivíduos que, assim como eu, notam a disparidade do que foi ensinado na graduação em relação ao mundo real de trabalho.

Quando eu fui inserido no Sistema Universal de Saúde, me deparei com uma realidade bastante diferente do que havia aprendido na universidade. O modelo fragmentado de ensino, voltado para o mercado e não para o sistema público, me distanciou da real necessidade de saúde que as pessoas apresentavam num contexto de grande vulnerabilidade social. Além disso, me defrontei com um processo de trabalho bastante diferente, e árduo, relativo ao preenchimento de planilhas, trabalho em equipe e apresentação de resultados baseados em metas de produção. Claramente, não fui preparado para atuar naquele cenário de trabalho. Porém, a riqueza de possibilidades de cuidado, o compartilhamento de conhecimentos com outras categorias profissionais, o vínculo estabelecido com o território e a beleza de um sistema de saúde que, mesmo subfinanciado, se apresenta fundamental na vida das comunidades adscritas, me fascina até hoje. Por isso, sou um forte defensor do SUS, inclusive como cenário de formação.

Em diversos momentos de dificuldade surgia o pensamento: “se eu tivesse **alguém** aqui para me ensinar acho que seria mais fácil...”. Por essa razão, quando chega alguém na UBS onde trabalho, seja aluno de graduação ou uma simples visita, converso sobre o processo de trabalho, mostro a riqueza do cenário e as dificuldades enfrentadas. Realizar e refletir a assistência e o ensino onde trabalhamos é uma enorme honra e responsabilidade.

E foi através desta dissertação que tive o prazer de estudar a fundo esse **alguém** que realiza o cuidado às pessoas e auxilia na formação de estudantes.

1 INTRODUÇÃO

Formar, qualificar, valorizar e regulamentar os profissionais da área da saúde com foco nas necessidades de saúde da população continua sendo um grande desafio a ser enfrentado por gestores, educadores e trabalhadores (Oliveira et al., 2017). Devido a uma prerrogativa constitucional, de ordenação dos recursos humanos para a saúde no Brasil, a formação desses profissionais envolve atores das instituições de ensino, da assistência à saúde, de todas esferas de gestão e da comunidade (Brasil, 1988; 2017).

Um desses atores que entra em cena é o preceptor, que assume o processo pedagógico de inserção dos alunos de graduação ou de pós-graduação nos serviços de saúde (Autonomo et al., 2015; Lima; Rozendo, 2015), estabelecendo um elo de integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

De acordo com Botti e Rego (2008), o preceptor é o profissional do serviço, não integrando os quadros da academia. Tem como função inspirar e inserir o aluno no ambiente de trabalho, preocupando-se com os aspectos de ensino-aprendizagem deste, não apenas com questões gerenciais, éticas e habilidades técnicas. Nesse contexto, o preceptor é um facilitador no desenvolvimento de competências em situações clínicas reais no ambiente de trabalho.

A integração ensino-serviço-gestão-comunidade, também conhecida como quadrilátero da formação (Ceccim; Feuerwerker, 2004b), é um arranjo formativo que tem por finalidade a aprendizagem significativa através do aproveitamento dos ruídos do cotidiano dos serviços e a reorganização do processo de trabalho. É constituída no cenário real de trabalho, onde se compartilham experiências entre docentes, alunos, profissionais da assistência à saúde, gestores e população (Brehmer; Ramos, 2014).

A atenção primária à saúde (APS) é um dos cenários de trabalhos dos serviços de saúde e, no caso do Brasil, constitui-se no primeiro nível de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como características ser a porta de entrada das pessoas, e contempla a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde (RAS), além de exercer competências comunitárias e culturais (Starfield, 2002; Brasil, 2017).

Sabe-se que o Brasil tem um longo histórico de experiências ligado à preceptoria na residência médica e multiprofissional (Autonomo et al., 2015). Portanto, na esfera da pós-graduação, pensar a preceptoria para a graduação de acordo com a integração ensino-serviço-gestão-comunidade no âmbito da APS como cenário de aprendizagem parece desafiador.

Muitos esforços têm sido realizados para o desenvolvimento de políticas educacionais que possibilitem a construção de novos arcabouços formativos. A colaboração entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) constituem importante incentivo legal à formação. Nos últimos anos, tem-se notado um aumento nas publicações e pesquisas sobre a integração ensino-serviço-gestão-comunidade no âmbito da APS no Brasil, aumento este impulsionado pela publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e por outras políticas públicas interministeriais, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) (Oliveira et al., 2017). Assim, existe a necessidade de investigar as repercussões deste processo sobre os atores envolvidos na integração ensino-serviço-gestão-comunidade, para ampliar e qualificar o trabalho (Albiero; Freitas, 2017).

Essas políticas públicas buscam dotar os egressos das Instituições de Ensino Superior (IES) da área da saúde de uma visão integral, holística e subjetiva do processo de adoecimento, partindo da reflexão da realidade social e da produção do cuidado. Esse movimento transformador da graduação na área da saúde, como propulsor da mudança de práticas profissionais, tem a pretensão de modificar o modelo assistencial contemporâneo (Fonseca, 2015; Vasconcelos et al., 2016). Para isso, defende-se a aproximação entre a IES e os serviços de saúde, estimulando a integração ensino-serviço-gestão-comunidade (Autonomo et al., 2015) a partir da diversificação dos cenários de aprendizagem, contemplando as necessidades de saúde da população (Junqueira, 2014).

A formação em saúde necessita ultrapassar as barreiras físicas e burocráticas que cercam as IES, permitindo que os alunos aprendam em um processo pedagógico extramuros, ou seja, aprendam com a experiência da prática na realidade, fora do contexto universitário ou hospitalar (Pagliosa; Da Ros, 2008).

Segundo Izecksohn et al. (2017), ter experiência em APS durante a graduação é importante para desenvolver competências que possam compreender o cuidado em saúde mais relacionado à coordenação dos diversos níveis de atenção do que de condutas clínicas isoladas, como habilidades técnicas de diagnosticar e tratar. Para isso, é significativo conhecer o perfil do preceptor no cenário de aprendizagem dessas competências, compreendendo quais aptidões e motivações são necessárias para promover a construção de nexos entre teoria e prática.

O cenário de aprendizagem da APS também exige que a rede de saúde, e, mais especificamente, a unidade básica de saúde (UBS), esteja preparada para além da assistência, com vistas a promover a transformação subjetiva do cenário de trabalho em cenário de aprendizagem (Vendruscolo et al., 2016). Assim, do ponto de vista dos preceptores, cabe saber como essa transformação educacional ocorre.

Ainda sobre o que ocorre em tal cenário, Albuquerque (2007) relata que, mediante todas as dificuldades que os serviços de saúde apresentam, os processos de trabalho devem ser problematizados junto aos alunos, para reflexão e superação dos obstáculos. Assim sendo, é importante questionar como essa problematização acontece. Quais metodologias de ensino e avaliação os preceptores apresentam no processo pedagógico nesse cenário de prática?

Por fim, é relevante que se observe a integração ensino-serviço-gestão-comunidade sob a ótica do preceptor, para contemplar todos os fluxos de conhecimento, saberes e vivências que esse ator provoca e experiencia. Diante disso, quais são as barreiras antipedagógicas e de processo de trabalho que dificultam o caminho para o desenvolvimento da preceptoria na perspectiva do quadrilátero da formação? Qual é a participação de cada face na ótica dos preceptores?

Por meio da experiência profissional adquirida pelo autor, desde a própria inserção no SUS até o exercício da docência, notou-se que a figura do preceptor é de grande importância para a formação de graduandos na integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Por conseguinte, a presente pesquisa tem por objetivo apresentar a percepção dos profissionais em exercício da preceptoria no município de São Paulo (SP), conhecendo seu perfil e, mais além, compreendendo como e de que forma eles ensinam sua prática, e entendendo as barreiras e facilitadores desse processo através da integração ensino-serviço-gestão-comunidade. Com isso, espera-se contribuir para a construção de um perfil adequado, motivado e preparado, com possibilidades metodológicas de ensino viáveis e efetivas, além de destacar a visão dos profissionais sob o prisma do quadrilátero da formação, dada a importância de que as outras faces conheçam a perspectiva dos preceptores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção abordará conceitos, legislação e experiências em preceptoria no âmbito da atenção primária à saúde para um embasamento teórico sobre o tema. Buscou-se introduzir fundamentos para dialogar com os dados que foram coletados.

2.1 Conceituando a Preceptoria e Identificando seu Papel na Formação em Saúde

Etimologicamente, a palavra preceptoria tem origem no latim *præceptor* (Michaelis, 2015c), cuja tradução literal é mestre. Um dos significados de mestre mais próximos à área da saúde, sem se considerar o conceito acadêmico *stricto sensu*, é "pessoa que ensina uma arte ou ciência" (Michaelis, 2015a). Geralmente, o verbo ensinar traz à mente as ações de alguém que ensina e outro que aprende, sendo que a palavra pedagogia corresponde à ciência da educação e do processo ensino aprendizagem (Michaelis, 2015b).

A literatura científica apresenta o preceptor com uma pluralidade de termos. Há trabalhos que o conceituam como "docente-clínico", "educador", "docente", "tutor", membro da equipe no serviço que faz o acompanhamento dos alunos nas atividades de campo, membro da equipe de supervisão, aquele que oferece aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial ou, paradoxalmente, como o profissional da academia que se desloca para o território (Botti; Rego, 2008).

Com a finalidade de criar diretrizes para atuação do preceptor na APS no ensino de graduação e de pós-graduação, Barreto et al. (2011) elencaram oito aspectos importantes a serem considerados:

1. Conhecimento na APS: o modelo biomédico e fragmentado por especialidades é substituído por outros conhecimentos, como aqueles das ciências humanas e do saber popular, reintegrando e reconstruindo saberes para retornar em ações de saúde no cotidiano da comunidade.

2. Relação preceptor-educando: o preceptor deve desenvolver o ato da crítica empática, sem a perspectiva de inferiorizar o estudante. Deve ser uma relação horizontal, sem a pretensão de ser a voz da verdade, distanciando-se da educação bancária, na qual o estudante é depositário do saber do preceptor.
3. Relação teoria-prática: os problemas reais da comunidade como essência ao aprendizado, podendo experimentar a teoria na prática e reteorizar a partir da experiência aplicada. Para isto, sugere-se utilizar as seguintes estratégias metodológicas: análise de casos, narrativas orais, confronto de opiniões e abordagens, grupos de discussão ou círculos de estudo, auto-observação e perguntas pedagógicas.
4. Relação ensino-pesquisa-trabalho: o preceptor deve articular o trabalho com a produção de conhecimento, mantendo suas responsabilidades territoriais e epidemiológicas em conjunto com o ensino e a pesquisa.
5. Processos avaliativos: as avaliações deverão ser subjetivas e objetivas, com enfoque nas competências a serem desenvolvidas.
6. Inserção político-social da aprendizagem: nas comunidades, notam-se a história e o contexto social de cada aspecto da vida humana, desde o simples ato de se alimentar até os hábitos de saúde. É importante que o preceptor destaque tais questões a partir do paradigma segundo o qual a APS se torna um cenário de prática privilegiado para o ensino, inserida no contexto político-social.
7. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe: o preceptor integra o educando à equipe de saúde da família (ESF). Para tanto, é importante que a ESF se aproprie de técnicas de planejamento educacional.
8. Gestão para integração ensino-serviço: as IES e as secretarias estaduais e municipais devem constituir espaços democráticos para a pactuação da integração ensino-serviço-gestão-comunidade, deliberando desde quesitos técnicos estruturais das UBS até conceitos pedagógicos sobre o perfil de preceptoria.

Mas, a despeito desse leque de atribuições importantes que permeia a atuação do preceptor, Missaka e Ribeiro (2011) destacam que, por vezes, não há consciência dessa função como atividade de ensino.

Para Autonomo et al. (2015), preceptor é a pessoa responsável pela interlocução entre os serviços de saúde e a academia.

Na APS, o preceptor realiza a mediação pedagógica no campo de estágio, orientando o trabalho desenvolvido e sendo um exemplo de atuação profissional. Ele deve instigar os alunos a pensar sobre os casos clínicos e a buscar soluções diferentes daquelas convencionais, focando a subjetividade dos pacientes (Fonseca, 2015). A mediação entre teoria e prática - nos diferentes níveis de conhecimento dos alunos - torna necessário o estabelecimento de relações pedagógicas para a aprendizagem no serviço, o que vai muito além da transmissão de conhecimento. Apresenta-se, assim, uma evidente característica pedagógica do preceptor, o que o identifica como um formador.

Portanto, esse profissional do serviço é um importante ator do processo pedagógico de alunos. Ou seja, além de técnica, da habilidade, do conhecimento específico e do compromisso ético e reflexivo, é indispensável que ele também saiba ensinar.

2.2 Legislação e Políticas Públicas Norteadoras da Preceptoría no Brasil

A **Constituição Federal (CF)/88**, em seu art. 200º, inciso III, atribui ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (Brasil, 1988). Essa prerrogativa constitucional induziu o desenvolvimento de uma série de leis, portarias, resoluções e programas que regulamentam a formação em saúde, e, por consequência, a preceptoría.

Infraconstitucionalmente, a **Lei 8.080/90** (Brasil, 1990a) traz algumas determinações que regulam a formação. O art. 6º, inciso III, ordena a formação dos recursos humanos em saúde. O art. 12 prevê a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), sempre integradas por

representações ministeriais e entidades da sociedade civil sob o direito constitucional de participação popular. O parágrafo único desse artigo determina que “as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O art. 14 determina que Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior devem ser criadas. O art. 27, específico sobre recursos humanos, garante a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal e, sobretudo, em seu parágrafo único, institui que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa. Dessa forma, a APS se caracteriza como possibilidade de cenário pedagógico.

A **Lei no 8.142/90** (Brasil, 1990b), marcante regulamentação legal, que inclui a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 1º, parágrafo 2º, caracteriza o Conselho de Saúde, órgão que deve atuar em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Isto é particularmente importante no que tange à face comunidade na integração ensino-serviço.

O inciso II do art. 53º da **Lei no 9.394/96**, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) (Brasil, 1996) atribui às universidades o estabelecimento dos currículos de seus cursos e programas de acordo com as diretrizes gerais pertinentes, ao incorporar o que foi definido pela Lei n.º 9.131 - de 24 de novembro de 1995 (Brasil, 1995), que atribui à Câmara de Educação Superior, órgão que compõe o Conselho Nacional de Educação (CNE), deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação para os cursos de graduação. Esse embasamento legal favoreceu o desenvolvimento do edital nº 4 de 1997 (Brasil, 1997), marco histórico de elaboração das DCN na perspectiva de construção social e política. Em 9 de janeiro de 2001, foi aprovado o Plano Nacional de Educação, por meio da Lei no 10.172 (Brasil, 2001a), a qual norteou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

A homologação das **Diretrizes Curriculares Nacionais**, em 2001, é um marco importante na formulação de políticas de formação e, também, para fomento da preceptoria na APS. Dentro desse movimento de aproximação entre as IES da área

da saúde e a sociedade brasileira, principalmente no que concerne ao Sistema Único de Saúde, ressalta-se a incumbência de estágios curriculares supervisionados, conforme descrito nos princípios das DCN no **Parecer Ministerial 1.133/2001** (Brasil, 2001b): "Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão". Configura-se, assim, um respaldo legal decisivo da integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

As DCN também apontam um perfil de egresso para os cursos de graduação na área da saúde com

formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (2014a).

Desta forma, as DCN incentivam um sistema de saúde universal, equânime, com assistência integral ao indivíduo, recuperando o que foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata (1978) sobre a atenção primária à saúde (Declaração de Alma-Ata, 2001).

Assim, as DCN para cursos de graduação em saúde foram criadas como um projeto político-pedagógico com a intenção de alcançar a interdisciplinaridade do processo ensino-aprendizagem, prezando as dimensões éticas, tecnológicas e humanistas e incentivando a autonomia e a formação integral do discente, com a inserção de professores e alunos na rede de serviços para fortalecer a integração ensino-serviço-gestão-comunidade e aproximar a gestão por meio de processos avaliativos e reguladores, tendo sempre como norte as necessidades sociais (Costa et al., 2018).

Anteriormente às DCN, a formação na área da saúde era pouco problematizada, em termos de formulação de políticas do SUS, porque apresentava propostas da gestão quase sempre relacionadas a conteúdo curricular, e nas instituições de ensino superior se observava pouca discussão sobre a docência e o ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde (Ceccim; Feuerwerker,

2004a). Portanto, as DCN buscam congruência constitucional com o disposto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 - saúde como direito do cidadão e dever do Estado -, sendo necessárias ações estratégicas de transformação dos serviços e dos processos formativos, o que implica articulação entre o sistema de saúde - em suas várias esferas de gestão - e as instituições formadoras, promovendo integração (Ceccim; Feuerwerker, 2004b).

A **Portaria Ministerial 198/2004** (Brasil, 2004a) incentivou a educação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo como um dos eixos de ação a formação de tutores/facilitadores/orientadores. Em alguma medida, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) proporcionou o incentivo à preceptoria nos diversos serviços de saúde do SUS. Destaca-se o enfoque na formação de tutores, facilitadores, e orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde, bem como o incentivo das Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação ao desenvolvimento de currículos integrados, à adoção de metodologias inovadoras de avaliação e à diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos. Tais incentivos induzem a multidisciplinaridade, que objetiva a integralidade e a longitudinalidade da atenção, e promovem a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem como eixo estruturante do processo pedagógico. A par disso, têm-se os estágios supervisionados nos serviços de saúde. A implementação das DCN para os cursos da área da saúde constitui-se, portanto, em uma política que privilegia a integração entre o ensino, os serviços de saúde, a gestão e o controle da sociedade em abrangência decisória e avaliativa, atendendo aos interesses e às necessidades do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

O Programa de Educação Tutorial (PET), instituído pelo Ministério da Educação através da **Lei 11.180/2005** (Brasil, 2005a) fomentou a criação de grupos tutoriais e tinha a incumbência de conceder bolsas a estudantes de graduação e tutores, regulamentando contratos de aprendizagem.

Por meio da **Portaria Interministerial 2.118/2005** (Brasil, 2005b), ocorreu uma aproximação entre o Ministério da Educação - através da Secretaria de Educação Superior (SESu), da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETec) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) -, e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

(SGTES). Essa visava a cooperação técnica para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos coerente com o Sistema Único de Saúde, com as DCN e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SiNAES), em 2005. Como um de seus objetivos, essa comissão interministerial pensa a formação de recursos humanos em saúde coerente com o SUS.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde), voltado a cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia -, criado pela **Portaria Interministerial nº 2.101/2005** (Brasil, 2005d), é uma das primeiras resultantes da comissão anteriormente descrita, constituída pelo MS e pelo MEC). A ampliação do Pro-Saúde para os demais cursos de graduação da área de saúde aconteceu dois anos depois, com o advento da **Portaria Interministerial nº 3.019/2007** (Brasil, 2007b), que revogou a portaria anteriormente citada. Essas portarias auxiliaram na reorientação do processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde - de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais -, oferecendo à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população. O Pro-Saúde ganhou notoriedade com a criação de comissões e conselhos que contribuíram para a aproximação e o alinhamento de diversos órgãos institucionais dos dois ministérios, secretarias de estados e municípios, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além das instituições de ensino superior.

A **Portaria 1.111. de 5 de julho de 2005** (Brasil, 2005e), regulamentou a implementação e a execução de programas de integração ensino-serviço, determinando que a bolsa fosse dirigida ao preceptor com “[...] curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência [...]”.

Através do **Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007**, foi instituída a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dentre outras atribuições, a essa comissão compete subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional e superior na área da saúde (Brasil, 2007c).

A **Portaria Interministerial nº 1.507/2007** (Brasil, 2007a) apresentou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), lançando luz à preceptoria no SUS e conceituando a função como descrito a seguir:

Supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de atuação ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade ou com residência em Medicina de Família e Comunidade credenciada junto à CNRM, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem e de orientação técnica aos residentes de Medicina de Família e Comunidade ou estudantes que cursam estágios de graduação de enfermagem, odontologia ou medicina que ocorram no âmbito do PSF; o preceptor deve exercer esta função por pelo menos 8 horas semanais como parte das atividades normais da equipe de Saúde da Família à qual ele seja vinculado e deve ser responsável por 1 a 2 residentes de medicina de família e comunidade ou 10 alunos de graduação (Brasil, 2007a).

Em 2008, o governo federal revogou a portaria do PET-Saúde e baixou a **Portaria Interministerial 1.802/2008** (Brasil, 2008a). inciso III do artigo 3º desse documento descreve a atribuição de bolsa na modalidade preceptoria aos profissionais da estratégia de saúde da família na orientação de alunos de graduação. Além disso, determina mudança de organização dos grupos tutoriais: cada tutor acadêmico é responsável por seis preceptores, cada um dos quais responde por até dois alunos monitores. Para o recebimento da bolsa, o preceptor deve se dedicar oito horas por semana à atividade educativa. Tal regulamentação, inclusive, modifica ligeiramente a definição da categoria profissional, para regimentar sua função no âmbito da atenção primária à saúde:

Função de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de atuação, ou título de especialista em Saúde da Família, ou em Medicina de Família e Comunidade, ou com residência em Medicina de Família e Comunidade credenciada junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, e que exerçam atividades no âmbito da estratégia Saúde da Família, devendo o preceptor exercer esta função por pelo menos 8 (oito) horas semanais, como parte das atividades normais da equipe de Saúde da Família à qual ele seja vinculado (Brasil, 2008a).

A **Portaria Interministerial 421/2010** (Brasil, 2010b) alterou sensivelmente a normatização relativa ao PET-Saúde, frisando dois de seus objetivos “desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar” e “fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde”. O inciso III do artigo 5º mantém o estímulo financeiro de bolsas para preceptores, mas determina que os valores serão

definidos em futuros editais. A definição da função do preceptor, bastante reduzida, genérica e superficial estabelecida nesse instrumento é a que segue: "supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde".

Já a **Portaria Interministerial 422/2010** (Brasil, 2010c) estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do (PET Saúde, atribuindo às Secretarias de Saúde a seleção dos preceptores bolsistas e a manutenção dos dados pessoais desses participantes do programa.

Para estabelecer a organização da concessão de bolsas para preceptoria pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, entrou em vigor a **Portaria Interministerial 4/2010** (Brasil, 2010a), que atribuiu essa responsabilidade à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS. Foram regulamentadas as responsabilidades, direitos e fiscalização das bolsas dos participantes, do coordenador do PET Saúde local, bem como da IES.

Há que enfatizar que, anteriormente ao Pro-Saúde e ao PET-Saúde, não havia incentivo financeiro para a formação de graduandos no âmbito da atenção primária à saúde. Essas duas políticas indutoras têm papel decisivo no fomento à preceptoria em virtude do estabelecimento de remuneração de profissionais que exercessem a função.

A **Portaria Ministerial 3.147/2012** (Brasil, 2012) instituiu a especificação "preceptor" para regulamentar o pagamento dos incentivos financeiros para acompanhamento das atividades desempenhadas na residência. Embora seja uma regulamentação voltada a preceptoria, a portaria abrange exclusivamente preceptores da área médica. E determina que compete, às Secretarias Municipais de Saúde, dentre outras funções, "apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente". Ainda em relação à formação de tais profissionais, o documento destaca que as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam "promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente" (Brasil, 2012).

Tendo em vista a necessidade de viabilizar a reordenação dos cursos de graduação e a residência para garantir cenários de ensino-aprendizagem adequados à formação de diversas categorias profissionais de saúde no âmbito do SUS, fomentando a integração ensino-serviço-gestão-comunidade no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2014 foram criados a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Brasil, 2014b).

A **Portaria Interministerial 1.618/2015** (Brasil, 2015c) trouxe grande avanço à formação de preceptores pois instituiu o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade. Embora restrita a médicos no âmbito da residência - com o objetivo de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei do Programa Mais Médicos -, ela lança luz à formação de preceptores, e incentiva os profissionais médicos-residentes a participarem do curso de especialização em preceptoria com a concessão de bolsa-formação no valor mensal de R\$2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), custeada pelo Ministério da Saúde e paga pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, condicionada ao exercício das atividades do curso com desempenho satisfatório (Brasil, 2015c).

Assim, a **Portaria Interministerial 1.127/2015** (Brasil, 2015b) instituiu as diretrizes do Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), cujo objetivo é garantir todos os estabelecimentos públicos de saúde como cenários de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde, e estabelecer as atribuições dos atores envolvidos no funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade, regulamentando a preceptoria em contrato.

Algumas das diretrizes a serem seguidas pelos órgãos competentes estabelecidas no documento (Brasil, 2015b) são:

- definição do processo de designação dos preceptores da rede de serviços de saúde e sua relação com a instituição responsável pelo curso de graduação em saúde;

- participação de representantes de todos segmentos envolvidos (professores, estudantes, gestores, profissionais de saúde e membros do controle social em saúde) no Comitê Gestor Local e que as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) de referência do território poderão ser os espaços de discussão;
- competência do Ministério da Saúde na promoção de cursos de formação em preceptoria no serviço de saúde, em parceria com a gestão municipal/estadual de saúde e as instituições de ensino, "como parte das atribuições dos profissionais de saúde e valorização desta atividade por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos para qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades";
- competência das instituições de ensino superior para definir, junto à gestão municipal/estadual, medidas que mantenham a promoção da atenção contínua, coordenada, compartilhada e integral, respeitando-se a relação estudante-usuário de serviço de saúde-docente-preceptor, para que não prejudique a atenção à saúde ao usuário do SUS. Também traz a garantia da identificação do preceptor no serviço pela IES, realçando-se que, no caso dos estudantes de graduação, quando a atividade implicar em assistência ao paciente (realização de procedimentos, consultas, orientações), o preceptor será responsável pelo atendimento prestado. A IES deve ofertar aos profissionais da rede de serviços oportunidades de formação para contribuir com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social na saúde, sendo que deverá desenvolver qualificação e avaliação do preceptor, fomentando ações de valorização e formação voltadas para os preceptores, incluindo-os em pesquisas, certificação da preceptoria e apoio à participação em cursos, congressos. Assim, cabe às IES garantir a inclusão dos profissionais de saúde no planejamento e avaliação das atividades, respeitar a relação estudante-usuário-preceptor - evitando-se impacto na assistência e prejuízos na atenção à saúde ao usuário do SUS -, e garantir a identificação do preceptor no serviço sendo, este, o responsável pelo atendimento;

- competência à gestão em saúde de Estados e Municípios para definir, articuladamente à IES, os critérios para a seleção de profissionais que serão supervisores, tutores ou preceptores, além de estimular a atividade de preceptoria através de medidas como *gestão de carga horária* (grifo do autor), incentivos de qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, considerando como indissociável a relação entre ensino e serviço;
- supervisão dos órgãos de controle social quanto ao desenvolvimento de ações de educação permanente envolvendo a participação de estudantes, docentes das instituições de ensino e preceptores dos serviços de saúde;
- não existência de vínculo empregatício de qualquer natureza entre a Secretaria de Saúde e/ou as instituições de ensino e os profissionais e gestores do SUS, estudantes e docentes dos cursos de graduação e de pós-graduação em saúde, caracterizando-se os valores financeiros percebidos sob a modalidade de bolsas.

Assim, a Portaria Interministerial relativa ao COAPES (2015a) visa estabelecer relações mais estáveis, duradouras e transparentes entre gestão do Sistema Único Saúde instituições de ensino superior, favorecendo a construção de ações de cooperação de responsabilidades entre ambos, com o objetivo de fomentar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade com previsão de participação de estudantes, profissionais, usuários, docentes e gestores. Além disso, favorece a definição dos locais e serviços e a articulação entre modelo de atenção e modelo de formação quando, por exemplo, define que o melhor modo de funcionamento de um serviço de urgência inclui a existência de profissionais com jornadas de 40 horas semanais - e não só plantonistas - que, além de agregarem longitudinalidade e vínculo no cuidado do usuário, podem ser preceptores dos estudantes. A figura 2.1 traz uma linha do tempo com as leis e portarias mais importantes para a preceptoria de graduação na APS.

Figura 2.1 - Linha do tempo da legislação de fomento à preceptoria de graduação no âmbito da atenção primária à saúde

Fonte: O autor.

Observa-se, portanto, pelos instrumentos legais mencionados, que existem estímulos legais para o desenvolvimento da preceptoria mas que, no âmbito da graduação e na perspectiva da multiprofissionalidade, ainda faltam incentivos e regulamentações específicos.

2.3 Integração “Ensino-Serviço”: Contexto de Atuação da Preceptoria na Atenção Primária à Saúde

É necessário contextualizar a preceptoria com enfoque no cenário de prática da atenção primária à saúde para compreensão da integração no SUS, sabendo-se que esse processo ocorre em outros cenários de trabalho, como nos hospitais-escola.

A primeira experiência na integração ensino-serviço que se tem documentada a partir das instituições políticas no Brasil foi o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) do Ministério da Educação e Cultura, em 1981. Esse marco histórico das políticas de educação visava aproximar o ensino dos serviços de saúde (Brehmer; Ramos, 2014).

No âmbito compartilhado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, em 2005,

e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, em 2010, foram muito importantes no fortalecimento das políticas educacionais para formação com ênfase na APS (Bairral, 2014). São políticas que instrumentalizaram a sociedade para intensificação do processo de integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Dessa forma, a inserção de alunos de graduação nos cenários de prática tem sido foco de debate, principalmente na atenção primária à saúde, desde as fases iniciais do percurso formativo. Esse debate tem ocorrido não apenas nas instituições de ensino, mas também no âmbito da gestão do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde e na comunidade (Costa, 2018).

Segundo Frenk et al. (2010), o mundo vive no momento um ciclo de ensino médico baseado em processos, que implica uma articulação interdependente entre os sistemas de Saúde e de Educação, constituindo estratégias de saúde-escola capazes de prover uma formação condizente com os desafios que os profissionais terão em sua inserção no mundo do trabalho concreto. Para os autores, o desafio do ensino é proporcionar um ambiente mais equilibrado para a educação dos profissionais - por meio do engajamento com as comunidades locais, abordando proativamente a prevenção baseada na população -, antecipar futuras ameaças à saúde¹ e liderar o desenho do gerenciamento geral do sistema de saúde.

De acordo com Pizzinato et al. (2012), a integração ensino-serviço compreende o trabalho coletivo pactuado e integrado de professores, alunos e gestores, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. Mas, vale frisar, tais autores não citam a importância da participação popular nos processos decisórios dessa integração.

Para Brehmer e Ramos (2014), na integração ensino-serviço tem-se o cenário real de trabalho, onde acontecem as experiências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade. Nesse contexto, o artigo de Ceccim e Feuerwerker (2004b) demonstra a relevância que a face

¹ Esse estudo indica que uma das formas para ter um efeito positivo nos resultados da saúde da população é preciso investimento de formação profissional dentro dos sistemas de saúde que se utilizam de determinação social da doença como estratégia de trabalho. De maneira visionária (ou profética), destaca o desafio que a força de trabalho terá no século XXI. Este artigo foi publicado 10 anos antes da pandemia que toma o presente ano de 2020.

“comunidade” adquire na perspectiva do quadrilátero da formação ensino-serviço-gestão-comunidade. Os autores reforçam a importância dada à participação popular no SUS – que não se restringe à avaliação de satisfação - como característica singular, histórica e internacional. No Brasil, por meio dos conselhos deliberativos, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões, participando do debate sobre a formulação, a execução e a avaliação das políticas de saúde. Finalizando, Ceccim e Feuerwerker (2004b) reforçam que a formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições de ensino somente fazem sentido quando têm relevância social.

Zilbovicius (2007) destaca que, no âmbito da graduação, a universidade - com pontuais exceções e a despeito dos movimentos e esforços em prol do ensino voltado à realidade da população brasileira - está distante de questões importantes, como os aspectos que permeiam a vida em sociedade.

Outro documento que ratifica a importância da comunidade na integração ensino-serviço-gestão-comunidade são os "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS" (Brasil, 2005c), que, com base nos princípios da universalidade, da igualdade, da descentralização e da integralidade, destacam a participação popular na gestão, na fiscalização e no acompanhamento das ações e serviços de saúde. As diretrizes e princípios desse documento foram conquistas do cotidiano da sociedade e dos serviços de saúde a partir de uma construção política coletiva entre usuários, trabalhadores e gestores e de ações programáticas, estratégicas e pedagógicas em prol da qualidade do serviço a ser ofertado à população.

Segundo os "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS" (Brasil, 2005c), a formação de trabalhadores para a saúde é de suma importância para a elaboração da Política Nacional de Gestão do Trabalho. Constitucionalmente, a ordenação da formação dos recursos humanos pelo Sistema Único de Saúde determina que a União, os estados e o Distrito Federal estão obrigados a manter instituições de ensino para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores. Inclusive, Ceccim e Feuerwerker (2004b) incentivaram que políticas públicas pudessem promover a transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho e na alteridade com os usuários, contemplando a formação de

gestores capazes de romper com os paradigmas de gestão de acordo com o citado documento (Brasil, 2005c).

Outra política de formação de recursos humanos para área da saúde que incentiva a integração ensino-serviço-gestão-comunidade é o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 por meio da Medida Provisória nº 621, regulamentada pela Lei nº 12.871/2013 (Brasil, 2013b). O PMM é importante para a integração ensino-serviço-gestão-comunidade porque um de seus eixos estruturantes é a formação médica. Nas diretrizes dessa lei, concede-se autorização para a criação de cursos de medicina, públicos e privados, segundo critérios de necessidade social. Como destaque, constam desse eixo medidas de qualificação para graduação como, por exemplo, a determinação de que 30% do internato - correspondente a dois anos da formação - aconteça na atenção primária à saúde do SUS. Na lógica da integração ensino-serviço-gestão-comunidade, inserir o aluno desde o início do curso nos serviços de saúde promove uma aproximação com o sistema de saúde, essencial para que se tenha uma formação que alie prática e teoria, desenvolvendo habilidades e atitudes que aconteçam em cenários reais e não em “laboratórios” ou serviços “modelos”, que não traduzem as necessidades e as condições mais prevalentes da população e dos serviços. Além disso, estimula a atuação em equipe, a integração entre competência de atenção e cuidado à saúde, educação e gestão, e a educação permanente de profissionais de saúde. Assim, a integração ensino-serviço-gestão-comunidade possibilita uma formação pedagogicamente mais adequada como enfrentamento à insegurança dos profissionais para atuar nos serviços de saúde após a conclusão do curso (Brasil, 2015d).

Para que a integração ensino-serviço-gestão-comunidade fosse viabilizada, o Programa Mais Médicos oportunizou a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde, com a finalidade de reordenar a oferta de cursos de medicina e de residência médica com a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade (Brasil, 2013b), estimulando a composição e o funcionamento da preceptoria para a graduação e a pós-graduação.

Vale salientar que as últimas Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas para os cursos de medicina destacam a formação mediante o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde, evidenciando a preceptoria, regulamentando a formação

na atenção primária em saúde, revelando a necessidade da diversificação de cenários pedagógicos, e buscando o desenvolvimento da participação dos profissionais da RAS na perspectiva de educação continuada e melhoria do processo de ensino-aprendizagem (Brasil, 2014a).

Também como incentivo à integração ensino-serviço, a Resolução 569/2017 (Brasil, 2018), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reafirmou a prerrogativa constitucional do Sistema único de Saúde em ordenar a formação de trabalhadores da área da saúde, na perspectiva do controle/participação social. Dentre os doze princípios e diretrizes descritos no artigo 3º destaca-se, no inciso III, a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, nomenclatura resgatada da literatura (Ceccim; Feuerwerker, 2004b). As diretrizes dessa integração, segundo o documento do CNS, são:

- a inserção dos estudantes nos cenários de práticas do SUS desde o início da formação, integrando a educação e o trabalho em saúde;
- a ampliação da rede assistencial em uma rede de ensino-aprendizagem com destaque à educação permanente;
- a diversificação de cenários de práticas;
- a formalização da integração das IES com as redes assistenciais mediante contratos;
- gestores de saúde próximos às IES;
- a participação ativa da comunidade e/ou das instâncias de controle social em saúde;
- a valorização dos estágios curriculares e atividades de extensão propostos e definidos nas DCN;
- a conexão entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Verifica-se, nessa norma, a articulação entre as faces que compõem o quadrilátero da formação e o incentivo à prática nos cenários do SUS.

Como crítica à gestão, Franco (2007) identifica um paradoxo nas políticas de educação para o setor da saúde: de um lado, investimentos na assistência pelo Ministério da Saúde para transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS

e, de outro lado, baixo impacto desses mesmos programas na educação e formação devido a uma prática cotidiana de produção do cuidado pautada em números - entenda-se mercantilização da saúde. Porém, experiências inovadoras que têm como base a reorganização do processo de trabalho além de produzir o cuidado aos usuários, ressignificam a própria experiência do trabalho, provocando os atores desse processo a se olharem como sujeitos ativos, não como espectadores. Assistência, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde, e surgem naturalmente como expressão da realidade. Os cenários de ensino a partir dos cenários de produção do cuidado, um estando no outro, ou seja, o trabalho está na pedagogia e esta está na atividade laboral, simultaneamente, expressam a educação na saúde, fortificando a relação ensino-aprendizagem.

A oportunidade de aprendizado nos cenários de serviço favorecem estudantes e profissionais a identificarem as necessidades da população, aumentando a possibilidade de intervenções no processo saúde-doença e produzindo saberes multiprofissionais característicos da organização do trabalho em equipe, principalmente na atenção primária à saúde (Oliveira et al., 2017). A presença de estudantes de graduação nesse cenário ganha uma dimensão de rede escola, transformando o trabalho em saúde, uma vez que os serviços podem passar a ser considerados como organizações que também aprendem.

Para Barreto et al. (2011), uma característica fundamental do ensino na APS é a possibilidade concreta de integração com o ambiente de trabalho. O distanciamento entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino produz um ambiente de trabalho morto, sem criatividade, que apenas reproduz modelos técnicos distantes, teorizados por autores endeusados. Nesse contexto, também o ambiente exclusivamente de ensino constitui um modelo limitado, dada a centralidade no desejo de seus atores. A complexa realidade e suas necessidades são filtradas pelos desejos da instituição e de seus protagonistas. É bastante comum o relato de estudantes que encontram, nas unidades de saúde da família um trabalhador de saúde desmotivado, desatualizado, adoecido e precarizado. Também é comum observar, nas enfermarias de hospitais-escolas, leitos ocupados em virtude do desejo dos educandos e preceptores pelo acompanhamento de patologias específicas, sem estratégia de administração da demanda de internamento hospitalar decorrente da realidade existente. O trabalho nessas instituições também se precariza no momento em que o

preceptor deixa sob a responsabilidade do educando o serviço de saúde-ensino - geralmente público -, priorizando os serviços de saúde privados. O preceptor da atenção primária à saúde tem por compromisso a articulação do trabalho morto com o trabalho vivo e, nessa articulação, possibilitar o ambiente de ensino e a produção de conhecimento.

Para Pizzinato et al. (2012), inserir acadêmicos é uma excelente oportunidade para conhecer o funcionamento integral de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), conhecer a rotina da Equipe de Saúde da Família e da realidade do Sistema Único de Saúde. Essa estratégia propicia vivenciar a assistência e as necessidades dos usuários, integrando teoria e prática, e o trabalho em equipe, possibilitando o compartilhamento de saberes. Desse modo, os autores consideram que tal modalidade de ensino deve ser estimulada continuamente. Para eles, essa relação entre os processos de ensino e a assistência tem proporcionado uma formação diferenciada aos acadêmicos, estimulando a formação de recursos humanos para atuação na rede de serviços do sistema. Vale ressaltar que a participação dos alunos nessa integração proporciona qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores, trazendo repercussões positivas ao serviço.

Storti et al. (2017) constataram que uma boa experiência inicial por alunos na atenção primária, especialmente onde atuam preceptores preparados, é uma das razões de estímulo para que tais esses futuros profissionais optem por trabalhar em atenção primária à saúde depois de formados. Políticas de incentivo a para a integração ensino-serviço-gestão-comunidade e educação pelo trabalho, como o Pro-Saúde e o PET-Saúde, são muito importantes. A aquisição de experiência, logo na graduação, traz perspectiva de atuação no mercado de trabalho futuramente, tornando-se uma estratégia pedagógica, formativa e de ordenamento de recursos humanos para o SUS, destacam os autores.

É interessante considerar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2011), documento importante para nortear as ações assistenciais e organizacionais na APS, homologada em 2011, não tratou a relação integração ensino-serviço-gestão-comunidade, apesar de orientar e suscitar discussões sobre a formação dos gestores e profissionais. Em contrapartida, a PNAB de 2017 (Brasil, 2017) menciona claramente essa integração, quando postula que o fortalecimento da

integração entre ensino, serviços e comunidade, no âmbito do SUS, requer a celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço. Com isso, asseguram-se os cenários de práticas disponíveis na rede pública para a formação no âmbito da graduação, bem como o estabelecimento da integração ensino-serviço-gestão-comunidade (Brasil, 2017).

Portanto, ao analisar qualquer uma das faces que participam desse processo de integração, é relevante que observá-lo sob a ótica do quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004b). Somente assim será possível abranger todos os fluxos de conhecimento, saberes, vivências ou experiências, balizando a integração ensino-serviço-gestão-comunidade com as percepções que um ou mais atores provocam.

2.4 Estudos com Preceptores em Atenção Primária à Saúde para Graduação no Brasil

No Brasil, o incentivo às experiências de preceptoria em APS foi reforçado após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação, e da instituição de políticas como Pró e PET-Saúde. Dessa forma, a indexação de publicações sobre o tema no país deu-se somente a partir da segunda metade dos anos 2000. Para melhor entendimento do olhar e dos fatores facilitadores ou dificultadores da preceptoria, a presente seção apresenta estudos nacionais que tratam da experiência e/ou da percepção de preceptores de graduação na atenção primária à saúde. Portanto, foram excluídas investigações que contemplem somente a apreensão por outros atores - docentes, gestores, alunos -, níveis de atenção do SUS secundário e terciário à saúde, e preceptoria em pós-graduação - residências.

Em trabalho pioneiro no âmbito da APS, Albuquerque (2007) desenvolveu pesquisa qualitativa com estratégia etnográfica, entrevistas e análise documental para avaliar experiências em preceptoria de graduação médica em atenção primária à saúde no Rio de Janeiro (RJ). Os resultados apontaram que o papel da preceptoria nos cenários de prática é fundamental na interlocução entre ensino e comunidade, incluindo os usuários de forma mais participativa. Além disso, constatou-se que a

riqueza dessa função reside na possibilidade de os preceptores incentivarem a criação de espaços dialógicos para a reflexão coletiva e a expressão das singularidades nesses cenários de ensino e aprendizagem, o que é difícil de ocorrer nas disciplinas teóricas.

A autora também relata dificuldades estruturais para alocar os estudantes na atenção primária à saúde, como falta de sala para as discussões, de locais para guarda de mochilas, e de acesso a bebedouros e sanitários. No que concerne à gestão da Unidade Básica de Saúde, a autora ressalta que esta deve apresentar para a comunidade a proposta das atividades desenvolvidas pelos estudantes e seus respectivos preceptores. Os preceptores, do ponto de vista pedagógico, devem valorizar os conhecimentos prévios dos estudantes, estimulando a prática discursiva e a participação destes, a relação entre teoria e prática, o conhecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde e da rede de atenção à saúde com seus fluxos de referência e contrarreferência, e a problematização do modelo assistencial. A autora também defende a aproximação entre a IES e os preceptores, por meio da troca de experiências entre ambas as partes, evitando o isolamento e maiores dificuldades nos cenários de prática.

Em estudo transversal publicado em 2009, Trajman et al. aplicaram questionários abertos e fechados a profissionais de saúde de diferentes categorias do município do Rio de Janeiro (RJ), perguntando sobre o interesse e o incentivo a participarem da atividade de preceptoria em APS. Dentre as diversas categorias profissionais, os aspectos positivos foram: 61,4% responderam que gostariam de supervisionar atividades práticas de estudantes, 76,9% acreditavam que os profissionais do SUS devem orientar estudantes, e 64,4% concordavam que a preceptoria é uma atividade que traz desenvolvimento pessoal e profissional. Como aspectos negativos da atividade de preceptoria, 24,5% entendiam a estrutura física da unidade como fator limitante, 20,7% relataram a falta recursos, 14,4% consideravam faltar tempo aos profissionais, e 11,2% identificavam despreparo para a atividade. As condições mais frequentemente apontadas como incentivo à preceptoria foram infraestrutura, salário e flexibilidade para atualização profissional. Os resultados da pesquisa responsabilizam as instituições de ensino superior e o Estado, enquanto gestão, pela pouca valorização e estímulo às ações de preceptoria.

Um estudo qualiquantitativo com enfermeiros preceptores na APS através de questionário e entrevista semiestruturada aconteceu no município de Itaperuna (RJ) (Imbelloni, 2012). Emergiram obstáculos ao desenvolvimento adequado da preceptoria, sendo a sobrecarga de trabalho e a falta de apoio recebido da IES os mais mencionados. A preceptoria deve favorecer a aproximação do estudante com os outros profissionais do serviço e com a comunidade, proporcionando uma formação crítica, reflexiva, ética e moral. O estudo apontou um forte distanciamento entre preceptoria e IES, sugerindo que esta busque uma interlocução com o serviço. Deseja-se que essa aproximação sensibilize a gestão, na tentativa de estabelecer um planejamento conjunto e estímulo aos preceptores, com atividades acadêmicas para melhor formação dos preceptores.

Para identificar e analisar competências para a preceptoria no PET-Saúde, Rodrigues (2012) realizou um estudo qualiquantitativo com várias categorias profissionais em Porto Alegre (RS). Foram identificadas 43 competências, classificadas em nove áreas de domínio: educacional, valores profissionais, ciências básicas da saúde pública, gerência, atenção à saúde, trabalho em equipe, comunicação, orientação à comunidade e desenvolvimento profissional. Dentre tais competências, destacou-se o desenvolvimento de habilidades pedagógicas, apontando a necessidade de preparo para a preceptoria. Isso porque os programas de educação em saúde, como Pró-Saúde e PET-Saúde, propõem novos desafios àqueles que assumem a preceptoria, possibilitando que os alunos de graduação vivenciem o cotidiano do trabalho no SUS e conheçam de perto as suas futuras atribuições profissionais.

Em um estudo qualitativo com o auxílio das técnicas Delphi e de grupo focal, Fonseca (2012) investigou a percepção de atores que compunham o PET-Saúde em São Paulo (SP), dentre eles os preceptores, focando o curso de odontologia. Os resultados mostraram que o PET-Saúde é uma política de incentivo muito importante, que a atenção primária à saúde é um cenário potente de formação, e que a troca de experiências entre alunos e preceptores é um fator muito positivo. Como pontos negativos, foram identificados o distanciamento da IES, especificamente a relação desta com os tutores, e o desconhecimento da comunidade sobre o processo de integração. Além disso, os preceptores não se sentem qualificados para exercer a função de educadores.

Por meio da observação participante e entrevistas com preceptores de Serviço Social, Enfermagem, Nutrição e Medicina em Niterói (RJ), Cezário (2013) constatou que tais profissionais, em sintonia com as necessidades da população, realizam ações que fortalecem o SUS. O autor identificou barreiras como espaço físico inadequado para o processo ensino-aprendizagem, carga horária em desalinho entre teoria e prática e com desarticulação entre as instituições envolvidas no processo, marcado por profissionais do serviço que não compreendem o seu papel no processo de formação no SUS e para o SUS. Finalizando, ele destaca a experiência do PET-Saúde como reorientador da formação em saúde.

Buscando entender de que maneira o enfermeiro preceptor recebe o aluno, e como acontece a prática para os atores envolvidos no processo de integração, Aguiar (2013) desenvolveu uma pesquisa de abordagem qualitativa em Vassouras (RJ). O autor observou que, apesar de um certo distanciamento da IES, o preceptor enxerga a APS como um cenário importante de formação, bem como deseja se aproximar da academia, sentindo-se valorizado quando percebe seu papel na formação de alunos.

Para analisar a preceptoria de graduação em odontologia desenvolvida nas UBS do município de Goiânia (GO), Sousa (2013) realizou pesquisa qualitativa exploratória, utilizando a técnica de grupo focal. O autor concluiu que, além de desconhecerem as DCN, os profissionais também aplicam práticas de ensino e avaliação sem conhecer metodologias ativas ou métodos avaliativos. Além disso, constatou que os preceptores identificam dificuldades relativas à equipe de profissionais do serviço, à estrutura da unidade, à comunidade e à coordenação do estágio da IES. Por fim, relatam a necessidade de capacitação ou formação para exercer a função.

Em pesquisa qualitativa realizada no município de Florianópolis (SC), Gonçalves et al. (2014), verificaram que a inserção do aluno de graduação no cotidiano do trabalho em saúde permite refletir a prática do profissional, possibilitando aproximar teoria e prática e instigando experiências interdisciplinares. Tais autores também verificaram que os profissionais do serviço não participam de forma ativa na integração ensino-serviço-gestão-comunidade, o que resulta em resistência a essa articulação. O estudo não especificou a categoria profissional dos preceptores, nem quais graduações estavam envolvidas na análise.

Com o objetivo de descrever as características dos preceptores do PET-Saúde e as regiões dos cenários de práticas no município de São Paulo (SP), Bairral (2014) realizou uma pesquisa qualiquantitativa através de formulário com questões abertas e fechadas enviado aos preceptores das Coordenadorias de Saúde Centro, Oeste e Sul. Como resultados, a autora identificou que a maioria dos preceptores eram médicos e enfermeiros, com pós-graduação mas sem formação pedagógica para exercício da função, apesar de terem experiência com alunos. Esses profissionais relataram não lograr êxito em colocar em prática as propostas do PET-Saúde, pela falta de tempo decorrente de metas de produção, falta de colaboração dos profissionais que não estão envolvidos com o ensino, estrutura física precária das Unidades Básicas de Saúde, falta de apoio da gestão local no que compete a uma proposta de educação permanente, e não disponibilização de recursos financeiros para participação em congressos. A autora verificou que as atividades educativas e assistenciais com os alunos são as mesmas independentemente do território, não refletindo a necessidade populacional nas ações didático-assistenciais. E reforça que faltam formação pedagógica aos preceptores do ensino em saúde, além de diálogo com outros profissionais do serviço, docentes e estudantes, para melhor avaliação e planejamento das atividades de preceptoria.

Em pesquisa qualitativa realizada com enfermeiros preceptores da atenção básica em Niterói (RJ) e na capital carioca através de entrevista semiestruturada e análise de conteúdo temática, Valente et al. (2014) concluíram que deve-se investir em formação para exercício da função. Isso porque constataram que os métodos de ensino descritos pelos entrevistados eram pautados nas descrições das atividades cotidianas, não fomentando a reflexão e a criticidade dos graduandos. Além disso, observaram a presença de uma visão tradicionalista sobre ensino, valorizando mais a técnica do que as questões sociais, humanas e legais que fazem parte da rotina do trabalho. Outra observação dos autores diz respeito à falta de autorreconhecimento dos preceptores como agentes de transformação social. Eles ressaltam que o estímulo à autonomia do estudante é importante para que aconteça a articulação entre a realidade e o conteúdo das matérias ensinadas na IES, com vistas à construção do seu próprio conhecimento. Finalizando, reforçam que os preceptores devem adotar prática pedagógica consonante com as DCN e princípios do SUS, que a IES deve se aproximar e apoiar o profissional do serviço, planejando ações que possam ser

discutidas em sala de aula e vivenciadas na prática. Como aspecto positivo, apontam que o Mestrado Profissional tem auxiliado e significativamente na capacitação de preceptores para o SUS.

Para compreender como a interdisciplinaridade é instrumentalizada pelos preceptores nas ações de saúde, Bispo et al. (2014) desenvolveram um estudo descritivo de abordagem qualitativa com preceptores da atenção primária - médico, enfermeiro, assistente social e fisioterapeuta em Maceió (AL). Os resultados da pesquisa demonstraram que os profissionais não conhecem a interdisciplinaridade. Segundo os autores, isso demonstra que a prática dos profissionais da equipe de saúde da família ainda é fundamentada na formação especializada e no isolamento das categorias profissionais. Os autores apontam a necessidade de educação permanente em saúde (EPS) como prática de ensino-aprendizagem na produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde.

Outro estudo em Maceió (AL), foi desenvolvido por França (2014), com o objetivo de compreender a preceptorial em um estágio de nutrição em saúde pública. A autora realizou a coleta de dados através de grupo focal, e identificou que há consciência docente do preceptor sobre a prática com graduandos. Também notou o distanciamento entre IES e gestão - o que gera desorganização e mau planejamento na formação dos estudantes -, a precária infraestrutura dos serviços de saúde, o emprego de práticas tradicionais de ensino e o despreparo pedagógico do preceptor (França, 2014).

Em pesquisa de abordagem qualitativa com preceptores médicos, farmacêuticos, odontólogos e enfermeiros de Fortaleza (CE), Maerschner (2014) utilizou entrevista semiestruturada para a coleta de dados e análise de conteúdo crítica para a avaliação dos resultados. Os resultados mostraram que os preceptores eram motivados pela oportunidade de reaproximação com a academia e pela qualificação profissional. Esses profissionais se reconheceram como mediadores do aprendizado, incentivando os estudantes a participar da rotina do serviço, aproximando-os da comunidade. O autor identificou como barreiras o distanciamento da comunidade, da IES e da gestão com o serviço na prática da preceptorial. Relatou vantagens nas práticas colaborativas interprofissionais, principalmente no que tange

ao aprendizado dos alunos. E menciona relatos de falta de tempo para o ensino e necessidade de melhor formação sobre metodologias científicas e pedagógicas.

Chagas (2014) desenvolveu pesquisa através de entrevistas com enfermeiros preceptores em Itaboraí (RJ), e notou que a troca de saberes entre aluno e profissional é muito vantajosa para ambas as partes, e que a atenção primária à saúde é um cenário rico para o aprendizado. Como limites, menciona a falta de tempo para exercer as funções de preceptoria, o espaço físico da UBS, e a dificuldade do usuário em aceitar o aluno na assistência.

Para compreender a percepção de preceptores cirurgiões-dentistas sobre os estágios supervisionados, sobre seu papel, e sobre o desenvolvimento e a avaliação das atividades nesses processos, em unidades de saúde da família, Forte et al. (2015) realizaram um estudo exploratório de abordagem qualitativa com tais profissionais no município de João Pessoa (PB). Os resultados mostraram que os preceptores cientes do seu potencial na integração ensino-serviço-gestão-comunidade reconhecem o cenário de aprendizagem como espaço de diálogo e de reflexão, percebendo-se como protagonistas na formação. Também valorizam a atenção primária à saúde como potente para o ensino, pautando-o nas necessidades da comunidade, ressignificando as ações de saúde teorizadas, e gerando um aprendizado vivo e transformador. Em relação à orientação pedagógica, o processo ensino-aprendizagem na formação em serviço é diferente daquele efetuado em disciplinas básicas ou clínicas na IES. Os autores referem o uso de metodologias ativas de ensino como importantes para a sedimentação do aprendizado.

Lima e Rozendo (2015) realizaram uma pesquisa de abordagem qualitativa e análise de conteúdo em Maceió (AL) com preceptores médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais, profissionais do Pró-PET-Saúde. Os resultados mostraram que a troca de saberes entre preceptores, estudantes e usuários melhora a relação entre eles e, por conseguinte, a assistência, resultando em uma prática interprofissional que exercita a saúde de maneira compartilhada. Também notaram que a preceptoria contribui para o crescimento profissional, fortalecendo a aprendizagem, e é uma atividade que exige reflexão sobre as próprias práticas profissionais, clínicas ou pedagógicas. E ressaltam que um profissional/preceptor competente, comprometido, responsável, produtor de

vínculos e detentor de uma prática dialógica e solidária, promove impacto na formação dos estudantes. Como dificuldades e desafios, enumeram: despreparo pedagógico, que contempla desde o planejamento, passa pela metodologia de ensino e chega à avaliação; excesso de demanda ambulatorial e má infraestrutura para a adequada atuação pedagógica; falta de respaldo da comunidade em termos culturais, porque a visão desta ainda é o modelo tradicional de atenção à saúde; falta de apoio das IES e do próprio serviço de saúde; desinteresse dos alunos, que não reconhecem a função do preceptor; e ausência de regulamentação, que propiciaria meios para o desenvolvimento das habilidades necessárias ao adequado desempenho da prática. Para melhoria do processo, os autores sugerem preparo pedagógico e para o trabalho interprofissional.

Com o intuito de construir uma proposta de estágio curricular supervisionado (ECS) no âmbito da atenção primária à saúde para a formação em odontologia, Fonseca (2015) realizou uma pesquisa qualitativa com uso de entrevistas e grupo focal. Os preceptores manifestaram a transformação positiva que a presença de alunos traz para os serviços, induzindo à educação permanente. Ainda assim, mencionaram aspectos que dificultam a atividade, como a falta de preparo - anseio por formação - levando à inseguranças frente às práticas pedagógicas, a falta de tempo para realizar a função, a heterogeneidade e o número de alunos levando a dificuldade de ensino. E revelaram desejar um planejamento elaborado de modo conjunto por docentes das IES, profissionais dos serviços e profissionais da gestão.

Com a intenção de conhecer as percepções de estudantes, tutores e preceptores sobre a educação interprofissional através do Pró-PET-Saúde, Pereira (2016) desenvolveu uma pesquisa qualitativa com o auxílio de questionário e entrevista. De acordo com o autor, essa iniciativa política colabora com a interprofissionalidade, estreitando as relações entre IES e serviço de saúde, além de estimular a atualização profissional dos preceptores. Mas ele também aponta a fragmentação curricular, muitos departamentos nas faculdades, e a hierarquia entre as profissões, como empecilhos para a implementação de oportunidades interprofissionais.

Oliveira e Daher (2016) propuseram-se a relatar a experiência de um modelo de atenção à saúde, em Teresópolis (RJ), com ações educativas, formativas e

assistenciais realizadas pelo enfermeiro que atua como preceptor na atenção primária. Os autores reforçam que, para uma efetiva formação do profissional na área da saúde, é fundamental a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, que se efetiva pela preceptoria. Os resultados mostram que o preceptor, profissional do serviço, assume papel de construtor de vínculo e articulador do encontro entre o ensino e o serviço. Entretanto, são expostas outras dificuldades para a efetivação da prática integrada, como número excessivo de alunos por preceptor, frágil infraestrutura dos cenários, reduzida disponibilidade de recursos materiais, ausência de capacitação pedagógica para o exercício da preceptoria e necessidade de fortalecimento da integração entre os serviços de saúde e a instituição de ensino. Os autores concluem que não é possível pensar processos de formação em saúde sem a estreita articulação entre ensino e serviço, ou seja, entre os preceptores, a gestão do serviço de saúde - inclui-se aqui a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - e a IES.

Aguiar Neta e Alves (2016) estudaram a formação educativa ocorrida no âmbito da atividade de preceptoria em saúde, em interação com os estudantes e a comunidade. A pesquisa de abordagem qualitativa com preceptores médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas aconteceu em Natal (RN), e foi analisada com base na hermenêutica-dialética. As autoras enxergam, na figura do preceptor, uma via de aprofundamento do compromisso com o SUS por parte das instituições formadoras, por meio de uma educação capaz de responder às crescentes demandas sociais do setor saúde, retirando-a de trás dos muros da IES e aproximando-a dos serviços. De maneira geral, observou-se que é preciso refletir sobre como transformar as situações pedagógicas em oportunidades de inovação no ensino da saúde, buscando novas metodologias de ensino, aprofundando os conhecimentos de pedagogia e utilizando a prática do ensino multiprofissional. Finalizando, as autoras ponderam que a função de preceptor está relacionada com a autoformação - educação permanente -, e que os preceptores desejam uma integração mais efetiva com a universidade, além de tomarem contato com pesquisa.

Buscando entender a percepção dos preceptores sobre o estágio curricular supervisionado de odontologia na atenção primária à saúde, Luz e Toassi (2016) realizaram uma pesquisa em Porto Alegre (RS). Foram entrevistados 20 indivíduos, dentre eles estudantes de graduação, professores da IES e preceptores cirurgiões-dentistas da APS. Tiveram como referência a análise de conteúdo temática de Bardin.

Os resultados foram apresentados em três categorias: a receptividade do preceptor e o vínculo com a equipe, possibilitando ao estudante inserção e integração no serviço e experiência da interdisciplinaridade na APS; a importância da competência didático-pedagógica, estimulando o aluno a refletir criticamente por meio da preceptoria; e, por último, a integração teórico-prática fazendo do preceptor um facilitador da incorporação dos conhecimentos teóricos com a realidade do serviço. Destaca-se, nessa última categoria, a necessidade de o preceptor ter uma postura menos hierárquica e mais horizontal do que o professor universitário. Também vale ressaltar que, no trabalho em tela, não houve relatos de falta de suporte da IES porque, previamente à inserção de alunos no serviço, ocorreu planejamento de trabalho à demanda, tanto por parte dos preceptores e da unidade de saúde quanto por parte da universidade (Luz; Toassi, 2016).

Rocha et al. (2016) realizaram pesquisa com entrevistas individuais, em Porto Alegre (RS), com preceptores de graduação de odontologia na atenção primária à saúde. Nesse estudo, emergiram cinco características consideradas fundamentais para a preceptoria: querer ser preceptor e acolher o estudante, ter facilidade de comunicação e competência pedagógica para o ensino na saúde, ter clareza nos critérios de avaliação, ser bom clínico, ter postura, organização e perfil de formação para o trabalho no SUS. Dificuldades foram apontadas em relação ao processo de avaliação e sobre a formação pedagógica para a preceptoria, com a aproximação e o apoio permanentes da IES.

Oliveira (2016b) desenvolveu uma investigação quali-quantitativa com preceptores da graduação em enfermagem em São Paulo (SP). Todos os sujeitos da pesquisa atuavam na atenção primária à saúde. A pesquisadora construiu um referencial com 115 competências relacionadas, em 11 áreas de domínio: educacional, trabalho em equipe, comunicação, gerência, resolução de problemas, promoção da saúde, atenção à saúde, valores profissionais, orientação à comunidade, ciências da saúde pública e privada, e desenvolvimento profissional. Diante dos resultados obtidos, a autora aponta a necessidade de o preceptor de enfermagem possuir competência pedagógica.

Com o auxílio de escala do tipo *Likert* e duas perguntas abertas, Giroto (2016) desenvolveu um estudo de âmbito nacional com 327 preceptores. De posse dos

resultados, o autor reitera a importância da preceptoria na inserção de estudantes, contribuindo para a melhoria dos processos organizacionais e a qualidade dos serviços de saúde. E pondera que, embora o preceptor seja um profissional do serviço de saúde que possui funções educacionais, essa relação de aprendizado nem sempre acontece nas melhores condições, pela ausência de legislação e de capacitação pedagógica do preceptor, pela inadequada infraestrutura dos espaços, e pelo tempo disponível para desempenhar essa atividade, que ocorre no mesmo horário e local de trabalho, concomitantemente às atividades assistenciais e da equipe de saúde. Finalizando, o autor identifica percepção negativa acerca da participação da equipe de saúde na formação do aluno e da falta de remuneração específica para a função de preceptor.

Em estudo sobre preceptoria no interior do Rio Grande do Norte com médicos, enfermeiros e assistentes sociais que recebem alunos em Unidades Básicas de Saúde, Oliveira (2016a) constatou que, embora exerça a função de educador, o preceptor tem dificuldade de atribuir-se essa função. Ele almeja qualificação e organização dessa prática para não sobrecarregar seu trabalho na equipe de saúde da família. Outro aspecto destacado pelo autor é a complexidade de articulação, pelo preceptor, da integração ensino-serviço-comunidade para melhoria do processo saúde-doença.

Com a intenção de compreender a influência do Pró e PET-Saúde no processo de trabalho da atenção básica sob a ótica dos preceptores, Santos (2016) procedeu a uma análise quantitativa em Goiânia (GO). Os resultados indicaram que os preceptores com vínculo ao PET-Saúde têm percepção melhor sobre as mudanças do processo de trabalho na APS e a integração ensino-serviço-comunidade. Portanto, as políticas públicas de incentivo à preceptoria são muito importantes para o processo ensino-aprendizagem e a integração ensino-serviço. As IES devem apoiar mais políticas indutoras.

Cassiano (2017) trouxe a percepção de preceptores de medicina em Maceió (AL) através de um estudo de abordagem qualitativa. Os resultados mostram que o exercício da preceptoria impulsiona o processo ensino-aprendizagem, contribuindo com os atributos da APS, que a gestão se mantém distante dessa integração, que o modelo hegemônico centrado no médico ainda é uma barreira para a

multiprofissionalidade, que os preceptores sentem a falta de apoio da IES para sua própria formação, e que o serviço é omissivo na integração.

A única pesquisa voltada à preceptoria que levou em consideração a comunidade foi desenvolvida por Lopes et al. (2017) em Campinas (SP). O objetivo do estudo era avaliar a satisfação do usuário atendido na UBS por médicos preceptores, e conhecer se esses profissionais relacionam a preceptoria à sua qualificação. Como resultado, os usuários manifestaram satisfação quanto à assistência recebida, e os preceptores identificaram a preceptoria como um instrumento de qualificação. Esses profissionais têm mais oportunidades de atualização devido ao contato com acadêmicos, o que propicia atenção mais efetiva à saúde, e com maiores níveis de satisfação dos usuários. Como aspectos negativos, os preceptores relataram dificuldade na liberação para treinamento e atualizações, e falta de remuneração para a atividade.

Em estudo desenvolvido de abordagem qualitativa com preceptores cirurgiões-dentistas em Vitória (ES), Faé et al. (2017) verificaram que, na percepção dos profissionais, a integração entre ensino e serviço é uma estratégia positiva tanto para os acadêmicos quanto para os serviços de saúde, embora ainda haja desafios a serem superados, como a falta de preparo no início do processo pela IES, e a sobrecarga de trabalho associada ao tempo de ensino.

Em estudo qualitativo com preceptores de odontologia em algumas cidades do interior de Alagoas, Oliveira et al. (2018) relatam que os preceptores têm preocupação com a formação do aluno, e sentem necessidade de treinamento específico para a preceptoria. Reproduzem, no exercício da preceptoria, uma formação que superestima o passo a passo clínico, em detrimento de reflexões ou grandes trocas de conhecimento. Os sujeitos requerem aproximação entre IES e serviço para a melhoria do planejamento dos estágios.

Em estudo de abordagem qualitativa com enfermeiros preceptores de Niterói (RJ), Ferreira et al. (2018) verificaram necessidade de maior aproximação entre as IES e os serviços de saúde, para fortalecer seus vínculos e melhorar o processo de ensino-aprendizagem. Essa necessidade ficou evidente no pedido de capacitação. As competências identificadas foram: ser proativo com sua formação, refletir sobre sua

prática e modificá-la quando necessário, ter gosto pela pesquisa, e adquirir conhecimentos pedagógicos para melhor mediar a teoria e prática.

Em estudo qualitativo através de grupo focal com cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde em Teresina (PI), Pinheiro et al. (2018) constataram que tais profissionais se reconhecem como contribuintes da integração ensino-serviço-comunidade para a formação em odontologia. Eles se apontam como facilitadores do aprendizado e declaram que, ao exercer essa função, também se atualizam profissionalmente. Percebem a APS como potente cenário, mas necessitam de maior esforço das IES e da gestão do serviço para o estímulo a experiências pedagógicas significativas, visando a saúde da população.

Buscando conhecer a opinião de cirurgiões-dentistas sobre a atividade de preceptoria na atenção primária à saúde, Lopes et al. (2018) desenvolveram pesquisa de abordagem quantitativa em Recife (PE). A amostra avaliada era constituída majoritariamente por mulheres com vínculo de trabalho efetivo, e pós-graduadas. Pouco mais de 15% recebiam incentivos para a preceptoria, mas não estavam satisfeitos, e pouco mais de 10% receberam formação em preceptoria, sendo que a maioria demandou capacitação. Os pontos positivos mais citados foram a troca de saberes com os estudantes e docentes e o fortalecimento do SUS. Como pontos negativos, os sujeitos da pesquisa ressaltaram as insatisfações de ordem trabalhista, de condições de trabalho e de formação.

Finkler et al. (2019) empreenderam estudo qualitativo com preceptores de enfermagem, farmácia, fonoaudiologia e nutrição que atuavam na atenção primária à saúde de Porto Alegre (RS). Como resultados, os preceptores referiram necessidades como presença do docente, formação pedagógica e técnica para o preceptor, e reuniões permanentes na IES. Um ponto negativo a destacar foi a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho gerados por ter que ensinar e atender à agenda assistencial. Sugeriram o engajamento de toda a equipe no acolhimento e acompanhamento do estudante, para não sobrecarregar o preceptor.

Com a intenção de verificar o que pensam e o que sentem os profissionais médicos da atenção primária à saúde acerca do processo da preceptoria que utiliza os cenários de prática da rede de saúde, Bof (2019) desenvolveu uma pesquisa com abordagem qualitativa, mediante entrevistas e análise lexical, em Vitória (ES). Na

percepção dos sujeitos da pesquisa, a remuneração, as capacitações e a agenda dos profissionais foram os três fatores mais importantes. Como parte das políticas públicas, o COAPES contribui para um maior número de preceptores na rede.

Tem-se, assim, um panorama de como e o que foi estudado a respeito do assunto no Brasil, com 36 estudos que retratam as percepções, experiências, desafios e potencialidades da preceptoria para a graduação em atenção primária à saúde no Brasil. A maioria das publicações consultadas foram artigos, de abordagem exclusivamente qualitativa (81,5%), com utilização de entrevista semiestruturada como dispositivo de coleta (68,4%), e análise de conteúdo temática (42,1%). Em relação às categorias profissionais, 23 estudos foram realizados com preceptores de enfermagem, 21 de odontologia, 18 de medicina, 7 de farmácia, 7 de nutrição, 6 de psicologia, 6 de serviço social, 4 de fisioterapia e 1 de educação física. As barreiras que mais apareceram em número de vezes foram falta de tempo e sobrecarga (14), distanciamento da IES (14), distanciamento da gestão (9), falta de formação (9), infraestrutura precária das UBS (7) e remuneração inadequada (6). Os fatores contribuintes mais citados foram a relação pedagógica e a troca de saberes entre preceptor e alunos (10), a APS como cenário potente de formação (8), e o incentivo à preceptoria constituído pelas políticas indutoras (7).

2.5 Andragogia e Avaliação em Preceptoria

Ao organizar o relatório sobre educação para o século XXI a pedido da United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), Delors (2010) definiu quatro pilares da educação considerados como essenciais na pedagogia: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser. Esses pilares compreendem a estrutura que os projetos pedagógicos devem compor na perspectiva de ensino-aprendizagem.

Nessa linha de projetos de ensino, Anastasiou e Alves (2015) trazem à luz a discussão sobre a diferença entre aprender e apreender, sendo as duas condicionadas à intencionalidade dos dois atores do processo, o professor e o aluno.

Se a intenção do professor for transmitir o conteúdo, a metodologia necessária será apenas realizar uma palestra e o aluno, passivamente, participará ouvindo e, quiçá, aprenderá algum conteúdo. Porém, se a meta docente for ajudar o aluno a se apropriar do conhecimento, haverá necessidade da ação de ambos em uma construção conjunta para apreender algo, incorporando o conteúdo. É o que os autores chamam de processo de ensinagem: ação de ensino que resulta na aprendizagem do aluno.

As práticas educativas ou metodologias de ensino são, portanto, norteadas por essas duas tendências pedagógicas, e referem-se à forma predominante pela qual se efetua o processo ensino-aprendizagem. Podem ser: a pedagogia tradicional, onde as ações de ensino apresentam-se centradas na transmissão de conhecimentos pelo professor ao aluno, sendo o professor o único responsável pela condução do processo educativo, ou a pedagogia progressista ou crítica, na qual o professor sai do centro do processo e assume o papel de mediador, ao conduzir os alunos à observação da realidade e à apreensão do conteúdo, um processo educativo que visa a transformação social, econômica e política, além da superação das desigualdades sociais. Uma dessas tendências progressistas são as metodologias ativas de ensino, nas quais o aluno se torna protagonista do processo de aprendizagem, e o professor apresenta-se como facilitador das experiências relacionadas ao processo educativo (Prado et al., 2012; Lima, 2017).

Dessa forma, para Anastasiou e Alves (2015), deve haver total envolvimento de todos os sujeitos envolvidos, mas deve-se permitir ao aluno o pensar, ou seja, possibilitar que ele reelabore os conteúdos, corroborando com a autonomia discente defendida por Paulo Freire. O professor é o condutor do processo que viabiliza a autoatividade do estudante. Assim, a mediação docente - no presente caso, do preceptor - deve preparar e dirigir as atividades e ações necessárias no contexto do cenário de aprendizagem, provocando mobilização, construção e elaboração da síntese de conhecimento pelo estudante. O aluno, então, deve refletir ativamente para apreender o quadro teórico-prático da situação elaborada pelo educador.

Essa autonomia do aluno é enfatizada na educação de adultos, conhecida como andragogia, é bastante diferente da pedagogia, destinada à aprendizagem de crianças. As principais características da aprendizagem andragógica são: ensino

centrado no aprendiz, dando-lhe autonomia e independência para aprender. Na andragogia, o professor é um facilitador das atividades em grupos, demonstrando a importância prática do assunto a ser estudado, transmitindo o entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes (Mendes, 2012). Para Girotto (2016), o processo ensino-aprendizagem na andragogia prioriza a prática em detrimento da teoria, propondo uma interação entre aprendizes, educadores e objetos de estudo oportunizando a construção de conhecimentos de forma dialógica. Estas características devem ser trabalhadas nos preceptores ou naqueles que buscam exercer essa função, modulando o perfil profissional para a educação.

De acordo com Rocha e Ribeiro (2012), os preceptores podem dominar os saberes profissionais mas não dominam os saberes pedagógicos importantes para a formação, como as metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação. Atuando intuitivamente, apenas reproduzirão modelos de formação idênticos àqueles que vivenciaram como alunos, confundindo transmissão de informação com ensino. Portanto, de acordo com os autores, um curso de formação para preceptores é muito importante e factível para alcançar aqueles que atuam no exercício de tal função, comprometendo-se a assumir sua prática como educadores e colaborando para a reversão da lógica reinante no ensino superior, de que não há necessidade de formação pedagógica para a docência.

De acordo com Mohr (2011), para encorajar o raciocínio, o senso crítico e a curiosidade, bem como fortalecer valores para o exercício da cidadania, é significativo utilizar algum(ns) tipo(s) de estratégia(s) ou metodologias ativas de ensino e avaliação que fomentem este processo. Daí a necessidade de formação em preceptoria.

Uma experiência de âmbito nacional para a preparação de preceptores foram as ofertas realizadas pela parceria entre o Hospital Sírio-Libanês e o Ministério da Saúde através do Programa Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), cuja ênfase é a qualificação do exercício da preceptoria na graduação e na pós-graduação das profissões de saúde em municípios indicados no projeto. Até o ano de 2017, tinham sido formados quase mil preceptores.

Assim, cabe evidenciar algumas estratégias metodológicas de ensino e avaliação para fomentar esse processo, como se faz a seguir.

2.5.1 Prática como Método

Pimentel (2007) afirma que a experimentação é fundamental para o estabelecimento de relações entre prática e teoria. Com a experiência concreta, ideias, valores, crenças e histórico pessoal de aprendizado podem favorecer o apreender novos conceitos.

Em profissões que se utilizam de recursos mais técnicos com uso de tecnologias duras, segundo conceito de Merhy (2002), o ato pedagógico está no mostrar e fazer da prática. Inclusive, este mesmo autor, em 1994 (Merhy, 1994), destaca que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e reorganizar o processo de trabalho em uma proposta pedagógica. Quando Delors (2010) pondera que o ensino, de maneira geral, orienta-se, como um dos pilares, para o aprender a conhecer, refere-se a oportunidades de aprendizado em ato, como em cenários reais na atenção primária à saúde, com todos os seus percalços.

Para Barreto et al. (2011), o conhecimento desenvolvido na APS tem como característica básica estar sempre em construção e em questionamento, tendo como ponto de partida da aprendizagem a dúvida sobre a prática. Morin et al. (2004) reflete que o conhecimento é uma tradução seguida de uma reconstrução, devendo ser um conhecimento pertinente, ou seja, ligado à prática.

2.5.2 Problematização

Para Vallin (2014), muitas vezes nos serviços de saúde, em lugar de comunicar-se, os educadores fazem comunicados e depósitos que os alunos recebem passivamente, memorizam e repetem, caracterizando uma concepção bancária da educação. Nela, não existe criatividade, transformação ou saber, sendo esse saber uma doação dos que se julgam sábios aos que nada sabem. Fundamentalmente uma ideologia opressiva e alienante. Segundo Freire (2017), em antagonismo à concepção bancária há a educação problematizadora que, em contraposição à transmissão do

conhecimento, reconhece no outro a autonomia e a liberdade através do processo dialógico. A pedagogia progressista e crítica tem na problematização seu alicerce, baseado na discussão, no diálogo e na reflexão.

No âmbito da andragogia, a problematização tem como ponto de partida a investigação da temática através do diálogo entre aluno e professor. Em uma perspectiva de educação popular, a obra *Pedagogia do Oprimido*, publicada em 1968 (Freire, 2017), traz, em alguns passos, uma maneira de se investigar o interesse sobre temas que descodifiquem a curiosidade discente. Esse processo dialógico tem, dentre muitas atribuições, a de aproximar a docência da discência e democratizar a educação. Algo desejado e esperado na preceptoria.

A metodologia da problematização teve como ponto de partida o pensamento de Paulo Freire, uma vez que leva em conta a realidade do aluno, sua experiência e conhecimentos prévios. O Arco de Maguerez ou Método do Arco (Figura 2.2), proposto por Charles Maguerez, é um caminho metodológico que orienta a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento e a autonomia intelectual dos alunos, visando a criticidade, a criatividade e a atuação política - no sentido de contexto civilizatório, como cidadão - (Prado et al., 2012). A estrutura do Método do Arco parte da realidade e percorre etapas que envolvem observação, identificação de problemas, reflexão, teorização, hipótese de solução e propostas. O alvo é sempre retornar à realidade com a finalidade de transformá-la, através da(s) solução(ões) do(s) problema(s) colocado(s).

Figura 2.2 - Arco de Maguerez

Fonte: Bordenave e Pereira² (1982 apud Berbel, 1998).

2.5.3 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

Na aprendizagem baseada em problemas, parte-se de problemas ou situações que objetivam gerar dúvidas com forte motivação prática e estímulo cognitivo para evocar as reflexões, buscando escolhas adequadas, criativas e efetivas. É uma metodologia de perspectiva construtivista que considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da relação entre sujeito e mundo, também amplamente transmitida na obra de Paulo Freire (Mitre et al., 2008). Porém, as bases da ABP advêm dos estudos de John Dewey, filósofo e pedagogo norte-americano que defendia que o conhecimento se inicia por um problema e se finda com a resolução dele, através de processos indagativos e reflexivos, ordenados e sistematizados. O processo da ABP considera os seguintes passos: 1) apresentação de um problema; 2) identificação do problema; 3) sugestão de solução; 4) experimentação; 5) solução (BorochoVICIUS; Tortella, 2014). Diferentemente da problematização, não se teoriza nem hipotetiza, parte-se diretamente à experimentação.

² Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1982.

2.5.4 Preceptoria Minuto

A preceptoria-minuto ou *One-Minute Preceptor Model* (OMP) é um método de ensino criado porque estudos sobre a formação da prática médica têm apresentado inadequações na qualidade e no tempo destinado pelos preceptores aos alunos. Porém, o mercado de trabalho vem exigindo maior rapidez no diagnóstico e tratamentos. É uma forma de discutir casos de maneira objetiva e eficiente, valorizando o conhecimento prévio e promovendo reforço positivo dos acertos do aluno através de cinco passos: comprometimento com o caso; busca de evidências concretas; ensino de regras gerais; reforço do que está correto; correção dos potenciais erros (*feedback*) (Chemello et al., 2009).

2.5.5 Método SNAPPS

O método *summarize, narrow, analyze, probe, plan, and select* (SNAPPS) tem sido usado na educação médica para estudantes apresentarem casos clínicos. É pautado no resumo da história clínica e achados, estreitamento para dois ou três diagnósticos diferenciais, análise do diferencial, sondagem pelo instrutor sobre as incertezas do aprendiz, planejamento da gestão conjuntamente com o preceptor e seleção do assunto para estudo autodirigido. Esse método é um tipo de aprendizagem em que os alunos têm autonomia para desenvolver novos conhecimentos, verbalizando habilidades de pensamento com melhora de suas habilidades técnicas, e os preceptores são parceiros de aprendizagem (Feijó et al., 2019).

2.5.6 Problem Based Interview (PBI)

O *Problem Based Interview*, ou entrevista baseada em problemas, é um método considerado padrão-ouro para o ensino de habilidades de comunicação, por

possibilitar a conscientização de aspectos de comunicação verbal e não-verbal. Propõe-se filmar e rever a gravação. O *feedback* da gravação apresentada, em pequenos grupos, tem se mostrado eficaz no treinamento de habilidades em várias áreas profissionais. É uma metodologia importante para estimular a autoavaliação com uma prática reflexiva, tendo o *feedback* dos pares como estratégia de melhorias. Além do uso da tecnologia, como câmera, tripé, projetor e sala para reunião, os passos são: instruir para definir e explicar as habilidades específicas a serem trabalhadas, mostrar quais as habilidades desejadas, colocar em prática as habilidades durante a gravação, e apresentar a gravação como principal dimensão para promover uma mudança na prática do aprendiz (Zonta; Coutinho, 2014; Dohms, 2018).

No que concerne à avaliação, Perrenoud (1998) lembra que é comum uma prática de avaliação que evidencia a distribuição dos desempenhos dos aprendizes em uma perspectiva de bons e maus alunos. A avaliação é considerada normativa quando estabelece uma distribuição normal das notas, ou comparativa quando o desempenho de alguns se define em relação aos outros, em detrimento dos objetivos de aprendizagem. Mas a avaliação ideal é a formativa, ou seja, aquela que ajuda o aluno a aprender e a se desenvolver, fazendo parte de um projeto educativo. Porém, para o autor, existem alguns obstáculos nesse processo avaliativo que, possivelmente, levam muitos educadores - incluindo os preceptores - a uma angústia no momento da avaliação, sendo uma fonte de estresse e de desconforto. O primeiro desafio avaliativo é a consciência de todas as competências e domínios que o aluno deve adquirir. O segundo é relativo à abstração da noção de aprendizagem, porque é difícil reconstituir todos os processos de raciocínio do aluno, nem sempre é possível transformá-las em condutas observáveis. O terceiro desafio é a falta de tempo: em função do número de atribuições que desenvolve durante o dia, o educador tende a ser levado a gerenciar seu tempo em detrimento do aprendizado.

Segundo Oliveira et al. (2008), a avaliação é um instrumento permanente que tem como propósito observar se o aluno aprendeu ou não, provocando a reflexão sobre o nível e a qualidade do ensino, tanto do aluno quanto de quem aplica a avaliação, para gerar melhorias no processo de aprendizagem.

A seguir, têm-se dois exemplos que podem ajudar no processo avaliativo em preceptoria.

2.5.7 Avaliação 360º

A avaliação 360 graus é uma ferramenta que visa a avaliação integral dos alunos, proporcionando uma apreciação mais global porque inclui autoavaliação, avaliação pelos pares, avaliação pelos usuários e avaliação pela equipe de saúde. Consiste na aplicação de questionário que avaliará competências pré-definidas, as quais podem considerar tópicos relacionados ao comportamento, ao raciocínio e até à prática clínica, contribuindo para a melhoria da assistência e do processo de aprendizado (Sousa, 2015).

Como exemplo, no estudo de Bastos et al. (2019), que utilizaram a avaliação 360º, observou-se a necessidade de intensificar o lado humanista dos alunos, com vistas a maximizar a melhoria de condutas destes.

2.5.8 Método OSCE

O *Objective Structured Clinical Exercise* ou *Objective Structured Clinical Examinations* (OSCE) - a literatura traz essas duas possibilidades (O'Brien-Gonzales et al., 2001; Rego, 2011) - refere-se a uma avaliação prática de habilidades e atitudes utilizada para analisar vários tipos de situações clínicas. “Estações” são percorridas pelos participantes realizando tarefas clínicas. Em cada uma dessas estações, o desempenho do aluno é medido por um observador direto ou por vídeo, para avaliar o domínio de habilidades clínicas determinadas (Dohms, 2018).

Essas metodologias podem ser utilizadas a critério da disponibilidade e do conhecimento do preceptor, de acordo com as atividades do cenário de trabalho. Para Junqueira e Oliver (2020), um plano de atividades para o estágio na atenção primária à saúde pode englobar:

- 1) visitas domiciliares (VD) com a equipe interprofissional;
- 2) atividades educativas em grupo com o objetivo de compartilhar experiências e conhecimentos;
- 3) reuniões de matriciamento para o planejamento das estratégias de cuidado;
- 4) intersetorialidade para estimular a rede a estabelecer parcerias;
- 5) cuidado através da integralidade;
- 6) participação nas reuniões gerais e de equipes;
- 7) acompanhamento nas discussões do processo de trabalho e elaboração de capacitações.

3 OBJETIVO GERAL

O presente estudo busca compreender a preceptoria para profissionais da rede de atenção primária à saúde no contexto de integração ensino-serviço-gestão-comunidade para cursos de graduação na área da saúde, tendo como referência a percepção e as experiências de profissionais que atuam como preceptores de alunos de graduação no município de São Paulo (SP).

O produto elaborado neste trabalho (Apêndice A) foi realizado para o aprimoramento de integração ensino-serviço-gestão-comunidade se dará a partir de duas oficinas:

1. Reunir docentes, profissionais de saúde, gestores, comunidade e alunos para que, juntos, possam discutir as necessidades de saúde-aprendizagem propondo alternativas com objetivo de fortalecer politicamente a integração ensino-serviço-gestão-comunidade.
2. Discutir com preceptores o processo de formação de alunos de graduação na APS através do apoio pedagógico.

3.1 Objetivos Específicos

- A. Identificar as competências, atribuições e motivações de profissionais que atuam como preceptores de alunos de graduação.
- B. Conhecer o processo ensino-aprendizagem vivenciado pelos profissionais que atuam como preceptores de alunos de graduação.
- C. Compreender, na perspectiva dos preceptores de alunos de graduação, as contribuições e barreiras das faces do quadrilátero da formação - ensino, serviço, gestão e comunidade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos, foi realizada uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, e a pesquisa exploratória visa proporcionar uma visão aproximada de um determinado fato. Na presente dissertação, busca-se levantar a experiência, as percepções, as opiniões e as atitudes dos preceptores em atenção primária à saúde para graduação no município de São Paulo (SP).

Já a abordagem qualitativa, segundo Minayo et al. (2016), responde a um conjunto de fenômenos humanos entendido como parte da realidade social, tendo como objeto o universo da produção humana, ou seja, das relações, representações e intenções dos significados.

4.1 Fundamentação Teórica

Para integrar e dar sentido aos dados coletados, faz-se necessária uma fundamentação teórica, ou seja, há que realizar a interpretação, alinhando-a aos conhecimentos teóricos disponíveis (Gil, 2008). Na presente dissertação, foram utilizados três alicerces principais, que permeiam-na de maneira distinta: o conceito de preceptor - de Botti e Rego (2008) - como fator decisivo de critério de inclusão dos sujeitos de pesquisa, a obra de Paulo Freire na discussão sobre questões pedagógicas, e o quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004b), trazendo a perspectiva dos preceptores sobre cada uma das faces da integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

4.1.1 Conceito de Preceptor por Botti e Rego (2008)

Assumiu-se nesta pesquisa o conceito, proposto por Botti e Rego (2008), de que o preceptor é um ator que não vem da academia e tem como função dar suporte, orientar, compartilhar experiências que melhorem a competência clínica do graduando se preocupando com aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional. Esse marco conceitual foi categórico para que a experiência em preceptoria relatada pelos sujeitos de pesquisa não sofresse viés por ter, por exemplo, a IES vinculada ao contrato de trabalho do profissional. Portanto, o critério de inclusão decisivo foi a condição de ser profissional do serviço, da assistência na atenção primária à saúde que recebe alunos de graduação.

4.1.2 Fragmento da Obra de Paulo Freire

Esse educador brasileiro, de reconhecimento mundial, possui uma vasta obra sobre educação, em uma perspectiva crítica e transformadora. Dessa obra, dois livros nortearam a compreensão de educação na presente pesquisa: *Pedagogia do oprimido* (Freire, 2017) e *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (Freire, 2016).

Em *Pedagogia do oprimido*, sua obra icônica, Freire (2017) defende a própria teoria sobre a proximidade ou, praticamente, simbiose entre política e educação com vistas à emancipação dos homens. Escrito em 1968 e censurado pela ditadura, teve sua primeira edição apenas em 1974. Trata-se de um ensaio, como o próprio escritor diz, pela luta dos oprimidos, de anseio pela liberdade e pela justiça, cerceadas por seres humanos “desumanos” e “opressores”, resultado de uma “ordem” injusta que gera violência. É uma obra sobre desalienação e ressignificação de humanidade. Traz um conceito de pedagogia que torna da opressão e suas causas objetos de reflexão dos oprimidos, resultando no engajamento destes na luta por sua libertação.

Paulo Freire (2017) propõe uma reflexão sobre a concepção bancária da educação, na qual o educador, ao invés de comunicar-se, faz comunicados e depósitos que os educandos passivamente recebem e repetem. O autor destaca a diferença entre o educador-bancário e o educador-problematizador. O educador-bancário é aquele que, na sua ação antidialógica, não se preocupa com o conteúdo do diálogo e, sim, com o conteúdo do programa ao qual o aluno será submetido. O educador-problematizador é aquele que entende o conteúdo programático não como uma imposição do seu saber ou interesse e, sim, como resultado de um diálogo prévio, e que será devolvido de maneira organizada e sistematizada.

Há também a abordagem do diálogo como prática de liberdade. Na perspectiva de Paulo Freire, só há diálogo quando existe um profundo amor ao mundo e aos homens, sendo a expressão da palavra compreendida como práxis: reflexão e ação. O diálogo se inicia na busca do conteúdo programático que, para o educador, é a devolução organizada e sistematizada do que lhe foi entregue de forma desestruturada (Freire, 2017).

Em *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*, livro escrito em 1996, Freire (2016) sustenta que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para que o conhecimento seja produzido e construído de maneira autônoma. O aprendizado surge da construção, da reconstrução, da constatação para mudança, da "aventura criadora", o que não ocorre sem riscos, tanto do aluno quanto do professor. Para ele, a prática docente não é um "presente dos deuses" nem se acha em guias de professores.

Nessa mesma obra, o autor reflete sobre a formação docente numa perspectiva progressista: "Ao entrar numa sala de aula³ devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições; um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho: a de ensinar e não a de transferir conhecimento" (Freire, 2016).

³ Destaca-se aqui que o autor exclui a possibilidade de docência fora de um ambiente fechado, "não hermético", como o território de abrangência de uma UBS, por exemplo.

O ensinar e aprender depende de um esforço conjunto e crítico do professor para desvelar a compreensão de alguma coisa e, ao mesmo tempo, do empenho igualmente crítico do aluno de se tornar sujeito da aprendizagem. Há que tomar consciência do que o autor chama de "inacabamento" mútuo do professor e do aluno enquanto seres humanos. E, quanto mais conscientes desse inacabamento, mais abertos à procura, mais curiosos, mais e melhor ambos exercitarão a sua capacidade de aprender e ensinar como sujeitos do processo educativo (Freire, 2016).

Para o autor, a docência surge na comunhão com o aluno, possibilitando que este, incentivado à curiosidade, reflita sobre a prática e torne-se crítico. E para o docente consciente, o seu discurso teórico, importante para a reflexão crítica, deve ser tão real que se confunda com a prática. Quanto mais o educador realizar esse movimento, melhor será sua análise e comunicação, aproximando-o da prática. Essa obra de Freire (2016) é provocativa para o docente, estimulando-o a pensar lado a lado com o educando - em uma relação horizontal -, este também sujeito da construção do conhecimento.

O educador não é somente um transmissor, mas sim um mediador do processo educativo. Freire (2016) incita os docentes a caminharem com esperança, condição indispensável para modificar o mundo. Porque, professor e aluno, juntos, podem ensinar, aprender, produzir, dialogar e mudar. Segundo ele, “[...] É digna de nota a capacidade que tem a experiência pedagógica para despertar, estimular e desenvolver em nós o gosto de querer bem e a alegria, sem a qual a prática educativa perde o sentido” (Freire, 2016, p. 139), o que destaca o sentimento de amorosidade e “boniteza” - como o autor diversas vezes profere - do ato de ensinar.

Nesta pesquisa de campos, a identificação de atos, atividades ou pensamentos pedagógicos progressistas ou contemporâneos cedeu espaço para um olhar através da pedagogia de Paulo Freire.

4.1.3 O Quadrilátero da Formação

Outra matriz de análise foi a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, pautada no quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004b). Esse arcabouço teórico para análise dos dados foi definido pela consideração da importância que a integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a orientação da gestão e o efetivo controle da sociedade sobre o sistema de saúde possuem como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde.

A aprendizagem no trabalho é o conceito pedagógico para cumprir as relações entre ensino e serviço e entre docência e atenção à saúde, estabelecendo relações entre formação, gestão e controle social em saúde. É uma política que, portanto, busca pesar os quatro vértices - ou quatro faces - desse quadrilátero de maneira equânime e alinhada (Brasil, 2004a).

Mais recentemente, a Resolução 569/2017 do Conselho Nacional de Saúde pressupõe, na perspectiva da participação social, que a integração ensino-serviço-gestão-comunidade amplia a rede assistencial em uma rede de ensino-aprendizagem, com vistas ao desenvolvimento dos trabalhadores e do trabalho em saúde, inserindo a IES - com toda a sua pujança acadêmica e reflexiva de discentes e docentes através de sua expertise em pesquisa e extensão -, e a gestão - em suas várias esferas -, as quais devem permitir a elaboração de propostas de transformação de práticas profissionais, criação de políticas e fiscalização de contratos organizativos.

Ceccim e Feuerwerker (2004b) trouxeram luz a esse arranjo formativo. Como uma proposta de ação estratégica para a transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, a assistência e a formação necessitam articulação entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Traçar-se-á, desta forma, um percurso de construção da educação em serviço e da educação permanente em saúde. Numa busca pela aprendizagem significativa - que promove e produz sentidos -, a qualidade dos serviços de saúde está no aproveitamento dos ruídos do cotidiano dos serviços e na reorganização do processo de trabalho.

Ainda segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), a intencionalidade de qualificação do pessoal da saúde acontece a partir da problematização do processo de trabalho, e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, pautada pela necessidade de saúde da população sob o olhar da gestão e do controle social. A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde propõe construir e organizar uma educação participativa, que provoque mudanças e melhore os processos, trazendo os atores dessas ações como protagonistas no cenário de conhecimentos.

4.2 Contexto e Local da Pesquisa

A pesquisa objeto desta dissertação foi realizada com preceptores de unidades básicas de saúde do município de São Paulo, que possui uma população de 11.253.503 habitantes, em uma área territorial de 1.521,110km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2019). O município possui 468 UBS, segundo dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEInfo), divulgados em dezembro de 2019 (CEInfo, 2020).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP) subdivide a cidade em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), sendo elas: CRS Centro, CRS Oeste, CRS Leste, CRS Norte, CRS Sudeste e CRS Sul (Figura 4.1).

As CRS estão segmentadas em Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e cada UBS se reporta a uma STS, hierarquicamente.

Os primeiros contatos foram realizados via correio eletrônico (e-mail), com a SMSSP e com as seis CRS. Nesse contato, foram solicitadas informações sobre o território de abrangência de cada CRS, e também sobre possíveis sujeitos do estudo.

Em resposta, foi solicitado contato com os Centros de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde (CEDEPS) regionais ou com as STS, para obtenção de dados de profissionais da atenção primária à saúde. Alguns CEDEPS e STS atenderam à solicitação e enviaram dados de profissionais, contendo nomes e contatos pessoais. Outros indicaram contato com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), as quais fazem parte de parceria público-privada na cidade de São Paulo, regidas por contratos administrativos de saúde, para obtenção das informações.

Das seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município, em apenas duas não foram coletadas entrevistas de preceptores, porque uma não respondeu ao contato e outra informou que não dispunha de preceptores de graduação em seus serviços.

Figura 4.1 - Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal por Coordenadoria Regional de Saúde, Subprefeitura e Distrito Administrativo. Município de São Paulo

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2010).

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Participou desta pesquisa uma amostra intencional de 14 preceptores de alunos de graduação no âmbito da atenção primária à saúde que se voluntariaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

Os primeiros contatos com os possíveis sujeitos foram realizados por telefone - ligações e mensagens via aplicativo WhatsApp® - e por correio eletrônico. Foi verificada a disponibilidade para participar da pesquisa, e se se encaixavam no conceito de preceptor de Botti e Rego (2008).

Assim, alguns profissionais que realizam a função de ensino em atenção primária à saúde, mas não pertencem ao serviço – são da instituição de ensino superior - foram excluídos.

Em seguida, enviou-se mensagem eletrônica formalizando o convite de participação na pesquisa para cada preceptor, bem como para o coordenador da respectiva UBS.

4.4 Produção de Dados

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro previamente elaborado (Anexo B). Inicialmente, também foi planejada a realização de grupos focais e de observação participante. Entretanto, dificuldades relacionadas à agenda dos profissionais e gestores das UBS impossibilitaram sua realização. Nenhum grupo focal foi realizado porque os coordenadores de UBS responderam similarmente, declarando que não seria possível disponibilizar mais que dois profissionais da mesma categoria por duas horas seguidas, devido ao impacto que isso poderia provocar na assistência da unidade. Geralmente, os preceptores de uma mesma unidade eram todos da categoria médica ou de enfermagem. Por isso, não houve condições de realizar grupos focais. Tampouco foi possível efetuar a observação participante devido à agenda profissional - em UBS -, acadêmica e pessoal do autor desta dissertação.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e realizadas pelo pesquisador principal deste estudo. Posteriormente, foram transcritas em sua íntegra.

Ao início de cada entrevista, o preceptor assinava o TCLE e preenchia um formulário com dados demográficos, acadêmicos e profissionais (Anexo C). Em seguida, iniciava-se a entrevista propriamente dita, seguindo o roteiro. Este foi construído considerando questões-chave propostas por Flick (2009), que ajudaram na elaboração das perguntas: o porquê daquela pergunta, qual sua relevância teórica, qual a conexão dela com os objetivos, por que a pergunta foi formulada daquela maneira, se o questionamento era de fácil compreensão ou continha ambiguidades, e qual o motivo de ter inserido a questão naquela sequência.

De acordo com Flick (2009), as entrevistas semiestruturadas têm como objetivo dirigir o entrevistado em um assunto por meio do roteiro, e as perguntas previamente estabelecidas podem ser complementadas com questões pertinentes no momento, se necessário, sendo as respostas não condicionadas a um padrão de alternativas.

4.5 A Entrevista Piloto

Uma entrevista piloto foi realizada para testagem, alinhamento das perguntas e verificação do tempo. Essa entrevista não foi utilizada para análise devido a seu caráter experimental, mas foi transcrita e lida algumas vezes para identificar alguma perspectiva que não houvesse sido considerada anteriormente. Após a entrevista piloto as perguntas foram adaptadas, bem como o formulário de dados demográficos, acadêmicos e profissionais.

A primeira adaptação foi relativa ao perfil do entrevistado. Notou-se que a nomenclatura “preceptor” se encaixa, erroneamente, de acordo com Botti e Rego (2008), para profissionais que são da IES e vão até o serviço receber discentes. Nesse caso, tutor é a nomenclatura correta. Estes poderiam ter vieses relativos ao contrato de trabalho com a IES e às relações interpessoais, portanto, poder-se-ia incorrer em visões distorcidas - diferentes daquelas dos preceptores - sobre a instituição de ensino, a gestão, o serviço e a própria comunidade. Inclusive, outros convidados à pesquisa - convites realizados posteriormente - foram excluídos pelo mesmo motivo: ao perguntar se o profissional realizava preceptoria de alunos de graduação a

resposta era positiva mas, após aprofundar o questionamento quanto à condição em que essa preceptoria se dava, evidenciava-se que possuía contrato com uma IES para acompanhar alunos (Botti; Rego, 2008).

A própria legislação brasileira traz a diferença entre as funções, o que deixa clara a definição e a nomenclatura adotadas: preceptoria é a função de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional, realizada por profissionais de saúde, e tutoria é a função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo, realizada por profissionais da saúde com vínculo universitário (Brasil, 2010b).

O mérito dessa distinção, no presente trabalho, é estabelecer o perfil hermético do entrevistado para conhecer, entender e compreender a experiência do profissional do serviço que recebe alunos de graduação na atenção primária à saúde. Somente assim poder-se-ia conhecer a complexidade, as dificuldades e os desafios dos preceptores que atuam na cidade de São Paulo (SP).

A avaliação da conveniência ou necessidade dessa diferenciação do modelo de relação trabalhista não é objeto de estudo desta pesquisa, mas nota-se que algumas IES preferem investir em profissionais que não estão na UBS e, portanto, podem não conhecer tão profundamente as características daquele serviço de saúde e território de abrangência, em detrimento de profissionais que estão diariamente presentes.

Portanto, a entrevista piloto permitiu adaptações relacionadas ao roteiro de perguntas bem como ao tempo e à captação técnica de áudio. Tudo isso alinhado, iniciaram-se as entrevistas válidas.

4.6 Análise de Dados

A análise de dados foi realizada em três etapas - leitura exaustiva do conjunto do material, exploração do material e síntese interpretativa (Minayo et al., 2016) -, detalhadas a seguir, com alguns breves exemplos.

1. Leitura exaustiva do conjunto do material, deixando-se (o autor) impregnar pelo conteúdo:

- a) Visão de conjunto. Exemplo: se pertencer a uma dada CRS proporcionava visões de conjunto diferentes daquelas de outro preceptor que atua em uma CRS distinta.
- b) Apreensão de particularidades do material a ser analisado. Exemplo: a ótica distinta de profissionais de diferentes categorias - médica, odontológica ou de enfermagem.
- c) Elaboração de pressupostos iniciais para balizamento da análise e interpretação. Exemplo: receber incentivo financeiro para exercício da função é fator importante.
- d) Escolha de formas de classificação inicial. Exemplo: designação de códigos ou núcleos de sentido como cenário, motivação, rotina etc.
- e) Determinação de conceitos teóricos para orientar a análise. Exemplo: quando se identificaram conceitos relacionados à pedagogia progressista, conceitos da obra de Paulo Freire foram sendo incorporados.

2. Exploração do material:

- a) Distribuição dos textos, trechos, frases, ou fragmento de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial. Para isso, as entrevistas foram organizadas com uso do software MAXQDA (Copyright © 1995 - 2019, MAXQDA), que permitiu selecionar e separar, de maneira simples, os excertos relativos a cada código.
- b) Leitura dialogando com as partes dos textos da análise, em cada classe (parte do esquema). Os códigos foram sendo agrupados e reagrupados, subsidiando o surgimento de subcategorias, categorias distribuídas em três grandes dimensões. Cada núcleo de sentido foi reagrupado conforme se verificasse outra temática, ou se aparecesse algum dado de importância da experiência dos preceptores, não pensados previamente, com a liberdade que a pesquisa qualitativa permite.

- c) Identificação, através de inferências, dos núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos em cada categoria ou subcategoria. Os pressupostos iniciais foram criando robustez de acordo com a categorização, e os núcleos de sentido foram articulados com os conceitos teóricos que orientam a análise.
- d) Diálogo entre os núcleos de sentido e os pressupostos iniciais e, se necessário, estabelecimento de outros pressupostos.
- e) Análise dos diferentes núcleos de sentido presentes nas categorias, em buscas de temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados. Nessa etapa, houve novo reagrupamento de subcategorias e categorias para responder adequadamente aos objetivos do estudo, realinhando as três dimensões principais.
- f) Elaboração de uma redação por tema, categorias e subcategorias de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de articulação com o conceito teórico que orientou cada subcategoria. Nessa redação, entremeou-se parte dos textos de análise com as inferências, dados de outros estudos e conceitos teóricos.

3. Síntese interpretativa:

- a) Elaboração de uma síntese interpretativa através de uma conclusão dialogada com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

De acordo com os temas definidos à priori a partir dos objetivos de pesquisa, os códigos foram sendo organizados à medida que as categorias e subcategorias foram emergindo, e estas agrupadas e reagrupadas durante o processo de análise. As letras do alfabeto de A a I foram atribuídas às categorias e subcategorias de maneira sequencial, visando responder aos objetivos deste estudo.

Os dados do formulário preenchido pelos preceptores, anteriormente às entrevistas, foram compilados e postos em planilha Numbers (versão 6.1 Software 2008-2019 APPLE INC).

A fim de manter o sigilo dos sujeitos da pesquisa, seus nomes foram substituídos pela transliteração das letras gregas: *Alpha, Beta, Gama, Delta, Epsilon, Dzeta, Eta, Theta, Iota, Kapa, Lambda, Mu, Nu* e *Xi*.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa aconteceu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (instituição proponente), sob o número CAAE 91282718.4.0000.0075, com parecer 2.745.563 (Anexo D), e pelo CEP da SMSSP (instituição coparticipante), sob o número CAAE 91282718.4.3001.0086, com parecer 2.934.192 (Anexo E).

Os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos foram observados em todos os momentos do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura exaustiva das entrevistas transcritas, 13 códigos foram definidos numa classificação inicial ou, como Minayo et al. (2016) propõe, 13 *núcleos de sentido* foram extraídos dos textos, como consta da tabela 5.1. Os códigos contribuíram para a seleção de 403 excertos, que foram submetidos à análise de conteúdo para compreender as experiências de 14 profissionais que atuam como preceptores de alunos de graduação. A tabela 5.1 mostra a lista de códigos utilizados para fundamentar as escolhas dos excertos:

Tabela 5.1 - Lista de códigos utilizados para análise qualitativa com auxílio do software MAXQDA

Código	Explicação
Cenário	Trata sobre o espaço físico, ambiência, estrutura ou características do ambiente
Rotina	Trata sobre a experiência do dia a dia
APS	Falas que tratam sobre a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica
Serviço	Trata sobre os profissionais do serviço, importância dos profissionais e relacionamento interpessoal
Perfil	Características, habilidades, atributos e competências de preceptores
Multiprofissional	Questão relacionadas à preceptoria de outras categorias profissionais que não a do preceptor
Estratégias de ensino	Trata sobre assuntos de estratégias metodológicas de ensino-aprendizagem
Motivação	Sobre as motivações em ser preceptor
IES	Trata sobre assuntos relacionados à Instituição de Ensino Superior
Formação em preceptoria	Trata sobre a capacitação em preceptoria
Gestão	Trata sobre a gerência de unidade, supervisão, coordenadoria ou políticas públicas que incentivam ou não a função de preceptoria
Comunidade	Trata sobre questões relacionadas à comunidade
Agenda	Trata sobre a flexibilização ou não da agenda diante da assistência versus preceptoria

Fonte: O autor.

Assim, os excertos das entrevistas foram organizados nos seguintes domínios:

Domínio 1: Perfil profissional

Domínio 2: Processo ensino-aprendizagem

Domínio 3: Quadrilátero da formação

O **Domínio 1** incorpora os códigos perfil, motivação e formação em preceptoria. O **Domínio 2** contém os excertos de estratégias de ensino e rotina. O **Domínio 3** compreende cenário, APS, serviço, multiprofissional, IES, gestão, comunidade e agenda.

5.1 Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa

Participaram desta pesquisa 14 profissionais da atenção primária à saúde que realizam preceptoria para graduação no município de São Paulo (SP). No grupo de participantes havia nove mulheres (64,3%), e as idades variaram entre 27 e 54 anos, com média de 35,5 anos. Metade dos sujeitos estava na faixa de idade de 31 a 40 anos, como observado na tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Perfil dos sujeitos de pesquisa entrevistados (n=14) e frequência relativa

Característica	n	%
Coordenadoria Regional de Saúde de São Paulo		
Sul	5	35,7
Oeste	4	28,6
Sudeste	3	21,4
Norte	2	14,3
Total	14	100,0
Faixa etária (em anos)		
20 a 30	4	28,6
31 a 40	7	50,0
41 a 50	2	14,3
51 a 60	1	7,1
Total	14	100,0
Gênero		
Feminino	9	64,3
Masculino	5	35,7
Total	14	100,0
Formação Profissional		
Medicina	8	57,1
Enfermagem	4	28,6
Odontologia	1	7,1
Agente Comunitário de Saúde	1	7,1
Total	14	100,0
Incentivo financeiro para preceptoria		
Sim	8	57,1
Não	6	42,9
Total	14	100,0
Vínculo empregatício		
Administração direta (contrato estatutário)	1	7,1
Organização Social de Saúde (contrato CLT)	13	92,9
Total	14	100,0

continua

Tabela 5.2 - Perfil dos sujeitos de pesquisa entrevistados (n=14) e frequência relativa

Grau de escolaridade detalhado		
Apenas ensino médio	1	7,1
Apenas graduação	3	21,4
Uma especialização	3	21,4
Duas especializações	2	14,3
Uma residência	1	7,1
Uma especialização e uma residência	2	14,3
Duas especializações e um mestrado	1	7,1
Quatro especializações e um mestrado	1	7,1
Total	14	100,0
Experiência de preceptoria em graduação (em anos)		
Até de 1	4	28,6
De 1 a 2	5	35,7
De 2 a 3	2	14,3
Mais de 3	3	21,4
Total	14	100,0
Formação em preceptoria		
Não	10	71,4
Sim	4	28,6
Total	14	100,0
Dedicação à preceptoria (horas/semana)		
Até 8	5	35,7
De 9 a 16	5	35,7
De 17 a 40	4	28,6
Total	14	100,0

Fonte: O autor.

conclusão

Medicina é a formação profissional mais presente no grupo, contando com oito profissionais (57,1%), seguida de enfermagem, com quatro profissionais (28,6%). No grupo, há ainda um profissional de odontologia (7,1%) e um agente comunitário de saúde (7,1%).

Dada a realidade do serviço na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, onde há uma variedade de categorias profissionais que complementam os saberes em uma perspectiva de integralidade, qualquer profissional que receba alunos pode realizar a atividade de preceptoria, desde que previamente orientado, de acordo com a Portaria Interministerial nº 421/2010 (Brasil 2010b). Em consonância com essa portaria, uma experiência no Ceará em 2012 utilizou diversas categorias profissionais para preceptoria, inclusive agente comunitário de saúde (Pagani; Andrade, 2012). Dessa forma, justifica-se a inclusão de um profissional dessa categoria nesta pesquisa pois, apesar de não ter a prerrogativa de preceptoria dentre suas funções, o ACS contribuiu com sua experiência.

Dos médicos entrevistados, sete recebem bolsas - remuneração - para preceptoria repassadas pela IES, enquanto somente um enfermeiro tem esse provento. Assim, do total de sujeitos de pesquisa, 42,9% não recebem benefício algum por exercer a função de preceptor.

Além disso, a quase totalidade dos sujeitos de pesquisa (92,9%) tem vínculo empregatício indireto com a Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, contrato CLT. Essa modalidade de contrato trabalhista é uma característica comum na assistência à saúde em São Paulo, município no qual a contratação é via Organização Social de Saúde (OSS).

Dos 13 profissionais de nível superior entrevistados, 10 (76,9%) possuem algum tipo de pós-graduação em sua formação, sendo *lato sensu* a mais comum. Do total, dois (14,2%) são mestres.

Em termos de qualificação para exercer a preceptoria, 71,4% dos profissionais relataram não terem participado de qualquer processo formativo para esse fim.

O mesmo percentual dos sujeitos (71,4%) tinha mais de um ano de experiência como preceptor de graduação no momento da entrevista. Esse não foi um fator decisivo para a inclusão na pesquisa mas, aliado à dedicação por mais de 8h00 semanais à preceptoria que 64,3% deles relatou ter, demonstra a importante experiência que o grupo de entrevistados tem com a preceptoria.

Os profissionais entrevistados realizam preceptoria para alunos de duas faculdades públicas e duas faculdades particulares de medicina, uma pública e outra privada de odontologia, e uma pública de enfermagem.

Nota-se, portanto, um perfil heterogêneo dos sujeitos da pesquisa, que pode colaborar para uma interpretação abrangente dos dados e de experiências em preceptoria para graduação na atenção primária à saúde.

5.2 Apresentação, Análise e Interpretação dos Domínios, Categorias e Subcategorias

A análise de conteúdo resultou em nove categorias e 22 subcategorias, agrupadas nos três domínios, para dar respostas aos objetivos traçados nesta pesquisa. Essas informações, bem como o número de excertos que originaram cada categoria e subcategoria, estão descritas na tabela 5.3.

Tabela 5.3 - Apresentação dos temas, categorias, subcategorias, nº de excertos e frequência relativa

Domínios	Categorias	Subcategorias	Número de excertos	%
1: PERFIL PROFISSIONAL	A: Competências e atribuições	A1: Competências pedagógicas	21	5,2
		A2: Engajamento comunitário	11	2,7
		A3: Competência clínica	7	1,7
		Subtotal A	39	9,7
	B: Motivação para exercício da função	B1: Aprendizado mútuo e experiências compartilhadas	23	5,7
		B2: Reconhecimento financeiro ou acadêmico	10	2,5
		B3: Fortalecer o SUS como formador	7	1,7
		Subtotal B	40	9,9
	C: Formação em preceptoria	C1: Falta formação para o exercício da preceptoria	22	5,5
		C2: Desconhecimento sobre formação em preceptoria	2	0,5
		Subtotal C	24	6,0
		Total Domínio 1		103
2: PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM	D: Estratégias e métodos de ensino	D1: Rotina e prática como oportunidade de ensino	66	16,4
		D2: Métodos ativos e reflexivos	26	6,5
		Subtotal D	92	22,8
	E: Avaliação no processo ensino-aprendizagem	E1: Fragilidades no processo avaliativo	9	2,2
		E2: Uso de estratégias de avaliação	4	1,0
		Subtotal E	13	3,2
Total Domínio 2		105	26,1	

Tabela 5.3 - Apresentação dos temas, categorias, subcategorias, nº de excertos e frequência relativa

3: QUADRILÁTERO FORMAÇÃO	F: Ensino	F1: Distanciamento da IES com o serviço	21	5,2
		F2: Apoio pedagógico	11	2,7
		F3: Desvalorização da saúde pública	5	1,2
		Subtotal F	37	9,2
	G: Serviço	G1: Agenda sobrecarregada	47	11,7
		G2: Oportunidades de aprendizado multiprofissional	26	6,5
		G3: APS como cenário de aprendizado (des)valorizado	24	6,0
		G4: Inadequação de estrutura física	12	3,0
		Subtotal G	109	27,0
	H: Gestão	H1: Distanciamento da gestão	15	3,7
		H2: Apoio da gestão local	10	2,5
		Subtotal H	25	6,2
	I: Comunidade	I1: Passividade da comunidade	24	6,0
		Subtotal I	24	6,0
Total Domínio 3			195	48,4
Total geral			403	100,0

Fonte: O autor.

conclusão

A tabela 5.3 sistematiza os resultados, apresentando as categorias e suas respectivas subcategorias. A discussão será realizada seguindo a ordem dessa tabela, ou seja, o primeiro domínio a ser discutido será perfil profissional, seguido de processo ensino-aprendizagem, e finalizando com quadrilátero da formação.

Cada categoria possui um número de excertos analisados, computados nas linhas descrita como “Subtotal (letra da categoria)” que se refere à soma dos excertos das subcategorias.

As frequências apresentadas na coluna da direita foram calculadas com as seguintes fórmulas:

- Frequência relativa da subcategoria: número de excertos pertencentes à subcategoria, dividido pelo número de excertos total (403) multiplicado por 100.
- Frequência relativa do subtotal da categoria: soma da frequência relativa das subcategorias daquela categoria.
- Frequência relativa do domínio: soma das frequências relativas dos subtotais daquele domínio.

Considerando que a presente seção - de apresentação de resultados e discussão - é longa, no início de cada categoria são recordados os dados da tabela 5.3, de forma adaptada, para facilitar o diálogo com o leitor desta dissertação, sem a necessidade, de retornar até às páginas 91 e 92.

5.3 Domínio 1: Perfil Profissional

Neste domínio foram englobadas três categorias, que surgiram de acordo com a percepção dos preceptores. Foram vistas as competências e atribuições necessárias para o exercício da preceptoria (9,7%), as motivações que estimulam os profissionais a cumprirem tal função (9,9%), e a formação em preceptoria (6,0%), o que totaliza 25,6% dos excertos do domínio.

5.3.1 Categoria A: Competências e atribuições

Para entregarmos um profissional à sociedade, não bastam a teoria e a técnica; é preciso ensinar muito mais: o olhar, o afago, o silêncio, o sorriso, a morte, o luto. E a maioria destes ensinamentos não está descrita em livros-texto, mas, sim, na ciência da vida, no local de atuação. A postura do preceptor frente à vida, seu exemplo de dedicação, o trato com todos os que o rodeiam, suas posições de limites, sua escuta qualificada e a prática do acolhimento enobrecem o ensino e buscam um preparo mais humanístico na arte do cuidar (Carvalho et al., 2013, p. 89).

Nesta categoria, emergiram aspectos relacionados ao perfil, às competências e atribuições que os preceptores entrevistados reconhecem como importantes para o exercício da função (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Subcategorias de competências e atribuições, com frequência relativa

Subcategorias	%
A1: Competências pedagógicas	5,2
A2: Engajamento comunitário	2,7
A3: Competência clínica	1,7

Fonte: O autor.

5.3.1.1 Subcategoria A1: Competências pedagógicas

Nesta categoria, foram identificados excertos com características de perfil para docência. Os preceptores referiram-se tanto a questões relativas à transmissão de conteúdos quanto a habilidades para ensinar.

Saber passar o conteúdo para eles. Saber passar para eles o que você está fazendo, o que você está falando (Delta).

E não só conhecimento técnico, mas também, conhecimento sobre como passar. Saber como, quais ferramentas. Qual que é o melhor jeito? Qual que é o melhor jeito de discutir? (lota).

Saber ensinar parece ser uma característica importante. Saber a teoria relacionando à sua prática, e apresentá-la ao aluno de maneira adequada, ou melhor, pedagógica, é o que se espera do preceptor pelo papel docente que exerce, embora se perceba insegurança nesse quesito quando, retoricamente, se interroga “*qual o melhor jeito?*”. É significativo conhecer as metodologias ou, como referem Anastasiou e Alves (2015), as formas de “ensinagem”, que se constituem em ações de ensino que resultam na aprendizagem do aluno, superando o simples dizer da teoria ou a exposição tradicional de conteúdo.

Se você não parte de uma comunicação não-violenta, não entendendo de onde vem o aluno e a postura que você está [...] tudo o que vier a partir daí é invalidado. É invalidado porque o aluno não vai ver mudança no paciente, o aluno não vai ver de fato que você está lidando com a condição de saúde da pessoa que está te procurando (Kapa).

A habilidade pedagógica de saber se comunicar adequadamente, como relata o preceptor acima, exercendo a comunicação não violenta (CNV), associada ao respeito à origem do aprendiz é uma característica importantes ressaltada por Paulo Freire (2016), valorizando o estabelecimento de uma conexão entre os saberes curriculares e a experiência social que eles têm como indivíduos. Destaca-se a preocupação do profissional em proporcionar, com sua postura pedagógico-comunicativa, a oportunidade de aprendizado ao aluno. Infere-se que essa competência pedagógica desenvolvida pode permitir ao aluno, ou não, visualizar o que o sujeito de pesquisa chama de “mudança no paciente [...] que está te procurando”. Essa permissividade da oportunidade de ensino parte de uma autoconsciência constante do seu papel de preceptor. É importante lembrar, como fator dificultador, o que será discutido mais profundamente na categoria serviço, a “dupla jornada simultânea” a que o profissional que exerce essa função está submetido: assistência e preceptoria.

Para Bentes et al. (2013), um dos atributos de um bom preceptor é ter capacidade didática para transmitir os conhecimentos e comunicar-se de maneira clara. As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 para os cursos de enfermagem, medicina e odontologia (Brasil, 2001b), e de 2014 para os cursos de medicina (Brasil,

2014a) incluem a comunicação no rol de competências e habilidade dos profissionais de saúde. Especificamente, segundo as DCN de 2014 (Brasil, 2014a), o graduando deverá desenvolver habilidades de comunicação - através de linguagem verbal e não verbal - com usuários e equipe profissional. O treinamento comunicativo se inicia com o exemplo partindo do preceptor em suas relações profissionais.

Eu acho que habilidade de comunicação, habilidade na discussão de casos, então, de conseguir estimular o aluno a pensar por si só (Nu).

Verifica-se uma abordagem sobre comunicação como parte do processo ensino-aprendizagem em uma perspectiva metodológica e didática, com a intenção de prover autonomia de reflexão ao aluno, estratégia pedagógica diferente da tradicional transmissão de conteúdos. Resgatando Paulo Freire (2017), este excerto é um exemplo de educador-problematizador ressaltando a importância da cultura dialógica e da habilidade de comunicação como forma de atender a competência pedagógica necessária para ensinar.

Você tem que ter o discernimento, a paciência de saber ensinar, saber direcionar pelo conhecimento (Dzeta).

Primeiro lugar, você tem que ter paciência pra explicar, né? Pra ensinar, e tirar o seu tempo (Alpha).

A dicotomia bancário-problematizador ficou sutil nos trechos acima, quando se percebe alguns preceptores evocando por paciência na “transmissão” do conhecimento, mostrando uma discreta insatisfação por sua “obrigação” de ensinar. Incorre-se, portanto, na definição do substantivo *paciência* - virtude de tolerar contrariedades, dissabores ou infelicidades (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2020) - o que, geralmente, não deve acontecer quando se realiza uma atividade com prazer ao procurar atingir o objetivo pedagógico planejado previamente. Cabe refletir que talvez não tenha havido um processo dialógico prévio sobre o currículo ou conteúdo com os alunos. Pode-se deduzir que o "preceptor-bancário" seja burocrático e queira rapidamente transmitir o conteúdo para “se livrar” do aluno.

[...] o material de trabalho está ali, isso é o material de trabalho. Aqui, a gente vai construir conhecimento com isso, vai construir o cuidado a partir disso (Kapa).

Em contrapartida, infere-se que o "preceptor-problematizador" se alinhe mais com as dificuldades do aluno e queira construir conjuntamente o conhecimento, como evidenciado acima.

Nos excertos abaixo, podemos notar outras características pedagógicas: oportunidade pedagógica e *timing* de ensino.

Você tem que pegar na mão do aluno, você tem que levar dentro do consultório, você tem que sentar na frente do paciente quando o aluno estiver com dúvida e perdido, e falar: "olha, foi muito legal o que você tirou de consulta, foi muito bom, acho que é por aí. Mas eu posso te mostrar umas coisinhas diferentes?". Entra no consultório, senta na frente do paciente, mostra, faz assim, e o aluno olha depois e fala: "poutz, entendi". [...] Então é isso, saber fazer, demonstrar para o aluno. Esse negócio de o preceptor ficar na sala de discussão, os casos chegam até ele, ele discute, carimba o receituário, carimba o pedido de exame, fala para devolver o que a gente discutiu, não funciona. Dá trabalho, você descer, estar junto do paciente, o paciente vai querer falar mais coisa com você porque o vínculo que está é com você, não é com o aluno. Dá trabalho dar esse contorno, marcar retorno e tem mais paciente na porta, dá um trabalho, fica caótica a agenda mesmo, vem muita gente, mas não tem outro jeito de cuidar do ser humano, a gente não está cuidando de peça de máquina, está cuidando de ser humano e vai ser assim (Kapa).

Eu acho que ser bom com gente ajuda também, né. Você ter uma sensibilidade, um olhar. Você está conectada com aquilo, acho que ajuda. Você sentir o aluno, sentir o momento, sentir as pessoas, eu acho que é bom (lota).

Em um dos trechos, o preceptor exemplificou passo-a-passo ações pedagógicas, desde observar até mostrar e fazer, como exemplo para o aluno, percebendo a situação e o modo apropriado de interagir. Esse mostrar-fazer para o preceptor dialoga com a reflexão que ele/ela faz diariamente sobre sua prática, tendo como foco o olhar do aluno, em uma perspectiva de educação permanente, e desenvolvendo-se como profissional e educador. Além disso, precisa haver sensibilidade na interação com os alunos, percebendo o momento - *timing* - apropriado para o ensino. Ao mesmo tempo em que realiza assistência aos usuários do serviço, o preceptor precisa estar atento às oportunidades educativas que a assistência oferece.

As características destacadas nessa subcategoria - saber ensinar, habilidade de comunicação, sensibilidade de reconhecer a oportunidade e *timing* para ensinar -, além de poderem ser desenvolvidas pelos profissionais, apresentaram-se como as mais frequentes da categoria competências e atribuições, o que demonstra sua importância no exercício da função de preceptoria.

5.3.1.2 Subcategoria A2: Engajamento comunitário

Nesta subcategoria é discutido um perfil de preceptoria contextualizado com o território assistido pelo profissional.

Acho que você tem que ser um profissional que está engajado com a comunidade, que se sente responsável por isso, é responsável pela sua equipe. Comprometida mesmo com trabalho [...] porque eu acho que antes de ser preceptora eu sou médica e responsável sanitária daquela comunidade (lota).

Fazer com que eles entendam a razão de ser da APS, que eles consigam entender o ambiente onde eles estão inseridos, o sistema de saúde (Nu).

Outra competência indispensável é o preceptor ter uma sólida formação na gestão do sistema. Precisa entender do sistema [...] o que é a participação social (Kapa).

Esses excertos demonstram o entendimento de que é necessário comprometimento social para o exercício da preceptoria na atenção primária à saúde. A responsabilidade e o engajamento exemplificados denotam um perfil de preceptor com consciência política, no sentido de cidadania e justiça social. No que concerne aos fundamentos técnicos, frisa-se o conhecimento sanitário, sobre APS e gestão do SUS. Assim, tem-se um profissional que exerce a função de preceptoria para além de competências pedagógicas e clínicas. Também salienta-se a compreensão de sua atuação no SUS, fazendo parte da APS, e toda a rede de atenção à saúde na perspectiva da epidemiologia, da técnica e do raciocínio clínico, mas, inclusive, da consciência política e do comprometimento societário frente às adversidades inerentes a um contexto social de vulnerabilidades e de precarização do sistema de saúde.

Conhecer bem a realidade epidemiológica, social, cultural e política do seu território pode contribuir para a formação de alunos conscientes das demandas da população e do seu papel como cidadãos na construção do SUS.

Reconhece-se como falha do autor deste estudo não ter indagado como os preceptores que apresentavam esse perfil político se posicionam sobre o assunto frente a seus alunos. Inclusive para conhecer como eles fazem. Mas é importante realizar uma provocação sobre o que Paulo Freire (2016) reconheceu como um mundo alienado, no qual discursos levam a pensamentos fatalistas ou de senso

comum, como por exemplo, que o sistema de saúde é ruim mesmo e não há o que se fazer, sem considerar e conhecer que isso decorre do neoliberalismo e do subfinanciamento das políticas de saúde vigente nos últimos anos. Paulo Freire (2016) alerta que, como educador, não se pode escutar esses discursos sem o mínimo de reação crítica. Nessa função, deve-se estar aberto às pessoas e aos dados da realidade, e sempre atento às próprias certezas, questionando-as. Entende-se isso como um pensar politizado.

O relato de alguns profissionais sobre o comprometimento, ou sua falta, reflete o descaso com o sistema, prejudicando o processo de assistência à preceptoria:

E tem muito preceptor que vem, faz toda a preceptoria para ganhar pontuação, trabalha no PSF para fazer sua renda, para fazer sua especialização, que seja. A estratégia, o PSF, não é o seu objetivo, é o meio, para ele fazer outra coisa. E ele não se dedica, então, o perfil do preceptor, do médico de família, da estratégia tem que ter dedicação (Beta).

Isso implica em relações conflituosas entre profissionais, criando constrangimento quando a falta de comprometimento do preceptor com a atuação pedagógica é identificada, reforçando a necessidade de um perfil engajado com a atividade e com a comunidade. No excerto acima, observa-se um tanto de rancor, até porque o descaso parece ocorrer com certa frequência na categoria médica. Sendo a preceptora citada de outra categoria profissional, infere-se uma desconfiança de comprometimento sempre que houver o aceite de um profissional médico para a preceptoria.

Aí, para a gente tentar construir entre quatro paredes, em 15, 20 minutos de consulta, um significado que a sociedade não está dando para as pessoas, isso, para mim, eu acho que, enquanto preceptor e formador, eu acho que é a coisa mais difícil de lidar. De ensinar o aluno e de ensinar o futuro médico de família a como reacender a esperança da pessoa, de como mostrar para ela que ela tem outras alternativas de compor o corpo, que é o sofrimento dela com outras coisas, para lutar, para encontrar potência de vida, para tentar modificar a situação dela (Kapa).

Ficou clara a preocupação de proporcionar aos alunos uma reflexão para além das técnicas e do olhar biomédico hegemônico. Esse preceptor trouxe sua visão de esperança da transformação social, resgatando o posicionamento político e dando significado maior à vida do que simplesmente à doença ou sofrimento do indivíduo.

Essa colocação propicia um significado de sociedade, indicando um comprometimento social, um posicionamento político, de cidadania.

5.3.1.3 *Subcategoria A3: Competência clínica*

Embora seja uma das características de perfil para preceptoria mais citadas na literatura (Botti; Rego, 2008; Missaka; Ribeiro, 2011; Oliveira et al., 2013; Lima; Rozendo, 2015; Aguiar Neta; Alves, 2016; Oliveira, 2016b; Rocha et al., 2016; Ferreira et al., 2018; Oliveira et al., 2018; Finkler et al., 2019), a competência clínica foi menos citada nas falas dos sujeitos desta pesquisa.

Precisa ser um bom clínico, precisa ter uma competência clínica, uma formação clínica importante (Kapa).

Eu acho que para ser um bom preceptor você tem que ter muito conhecimento técnico do que você está fazendo (Iota).

Eu acho que, bom, do ponto de vista de competências técnicas, um bom preceptor tem que ser bem formado (Lambda).

Tais excertos corroboram a literatura, que menciona a importância de uma boa formação técnico-acadêmica e do conhecimento clínico do preceptor.

De habilidades, acho que o principal, se for resumir todas elas, já que habilidade normalmente a gente usa verbo, é o saber fazer (Kapa).

Esse relato do “saber fazer” remete a uma clínica apurada. Porém, para Autonomo et al. (2015), ser um “bom clínico” não garante que o profissional de saúde seja um “bom preceptor”, porque essa função necessita de outras competências, como se pode conferir nas subcategorias anteriores. Assim, ter conhecimento clínico aprofundado não parece ser determinante para o exercício da preceptoria, essa é uma competência que pode ser aperfeiçoada ao longo do processo de ensino e trabalho.

O perfil do preceptor exige adequada articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes que incluem prática clínica adequada, engajamento sócio-político e dimensão pedagógica que envolve conhecimentos e ações educativas.

Todas essas competências dependem de processo formativo e oportunidade de imersão prática para aprimoramento.

5.3.2 Categoria B: Motivação para exercício da função

Na maioria das vezes, o papel de preceptor não é uma opção pessoal do profissional, mas uma condição assumida pelo fato de trabalhar em uma instituição que realiza esta atividade [...] como não existem formas adequadas de remuneração, gratificação ou reconhecimento, os preceptores não encontram estímulo/motivação para investir de forma mais efetiva em seu papel e acabam por considerar que seus conhecimentos especializados não são suficientes para exercer uma boa preceptoria [...] A crescente precarização dos vínculos profissionais na área da saúde [...] dificulta o comprometimento e a disponibilização do tempo necessário ao desenvolvimento de atividades pedagógicas pelos profissionais (Bentes et al., 2013. p. 34).

Das três subcategorias, duas traçam um perfil em relação a questões subjetivas, como a troca de conhecimentos/experiências com alunos, o SUS como oportunidade de formação e o reconhecimento acadêmico ou financeiro (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Subcategorias de motivação para exercício da função, com a frequência relativa

Subcategorias	%
B1: Aprendizado mútuo e experiências compartilhadas	5,7
B2: Reconhecimento financeiro ou acadêmico	2,5
B3: Fortalecer o SUS como formador	1,7

Fonte: O autor.

5.3.2.1 Subcategoria B1: Aprendizado mútuo e experiências compartilhadas

Aqui se revela que o encontro entre preceptor e estudante é pautado numa relação bilateral, onde a troca entre preceptor e aluno é benéfica para ambas as partes. Essa subcategoria é aquela que apresenta maior frequência da categoria.

[...] eu acho que é aquela questão que eu te falei da troca, então assim a troca de conhecimento, acho que isso é muito legal (Theta).

Então isso incentiva muita gente primeiro porque a gente aprende ao estar ensinando, não é? Então a gente ensina e aprende, a gente ensina o que a gente sabe e aprende coisas com cada aluno (Dzeta).

Tem que estar atualizada procurando fontes, tem que trazer o que é mais novo. Então, tudo isso te deixa novo, né, assim, a medicina não cansa; não fica velha. Tipo, está sempre atual, sempre fresca na sua cabeça. Então é bem legal, assim, eu gosto bastante (Iota).

[...] me estimula a estudar, sentir que eu estou o tempo inteiro me questionando e entrando em contato com o questionamento de novos médicos e renovando as minhas próprias dúvidas nos assuntos, então, serve como um instrumento de estudo para mim também. Se eu não sei, eu vou buscar saber (Nu).

Olha, minha primeira motivação é saber que tem tantos jovens estudando [...] Isso me deixa muito feliz! Então, se eu fico feliz, então, naturalmente, eu vou querer ajudar. E também tem uma troca de conhecimento, eu passo a prática para eles e eles me passam o que eles aprendem lá. Então eu fico fortalecida. Tem muita coisa que eles me ensinam. Então, é por isso que eu gosto (Xi).

Ficou evidente que, no entender dos sujeitos da pesquisa, a troca promove conhecimento e estimula a atualização e o aprendizado. Ensinar provoca uma busca por atualização, o que motiva o preceptor.

Paulo Freire (2016) escreveu, em *Pedagogia da Autonomia*, “*quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender*”, e destaca que a troca de saberes é um dos motivos de não haver docência sem discência.

[...] em resumo, assim, é essa troca mesmo. Assim, que eu acho muito interessante, e eu acho que eles gostam também (Alpha).

Então é uma responsabilidade muito grande, mas é uma responsabilidade gostosa, porque ao mesmo momento que a gente está ensinando, a gente está conduzindo, a gente também está aprendendo muito, não é, com eles? Então essa troca é muito gostosa, não é? (Gama).

É possível identificar que a motivação vai além do indispensável reconhecimento financeiro como forma de troca pela mão de obra. Ter estímulo para estudar, pesquisar e reciclar o próprio aprendizado é claramente importante para se manter atualizado, visando o melhor aprendizado do aluno.

Eu adoro ensinar, eu pretendo fazer doutorado quando eu tiver coragem de aguentar, eu gostaria de terminar a minha carreira como professora (Lambda).

Verifica-se o prazer pela docência. A experiência de preceptoria trouxe uma reflexão sobre isso, estimulando, de alguma forma, o profissional a aventar a possibilidade de encaminhar sua carreira para a educação.

Ai... (voz embargada) eu não sei, acho que é uma experiência boa, assim, que eu tô (sic) tendo, né? [...] Mas eu acho, assim, que no serviço público [...] a gente se sente muito desvalorizado, né? Em alguns momentos, né? Eu acho que eles (alunos) me trazem esse valor [...] eles agradecem muito, eles ficam muito felizes de estar aqui. No final do ano eles fizeram bolo, fizeram um monte de coisa pra mim assim, só em agradecimento, né? Trouxeram flores, essas coisas (Alpha).

Claramente emocionado, o sujeito de pesquisa acima citado trouxe um olhar para o sentimento de desvalorização do seu trabalho assistencial no SUS. Porém, a experiência com os alunos, mediante a preceptoria, trouxe a ele um alento e motivação. Cultivou-se uma relação de afeto. A troca, além de ter a subjetividade relacionada aos conhecimentos, como anteriormente citado, também pode ser afetiva.

5.3.2.2 Subcategoria B2: Reconhecimento financeiro ou acadêmico

Esta subcategoria traduz o dado objetivo da notoriedade de reconhecimento financeiro e/ou acadêmico ao profissional. Segundo Carvalho et al. (2013), a valorização do preceptor é uma estratégia indispensável. O preceptor é um agente de extrema importância, que merece maior destaque nos cenários de ensino. Por isso, sugere-se a qualificação e incentivo a esse ator por meio de formação, reconhecimento da atividade em valor curricular através de certificação e remuneração adicional.

É... eu acho que falta talvez um incentivo, mesmo, ao preceptor. Eu acho que deveria existir uma contrapartida, realmente, entre instituição e os profissionais, não é? Que estão dispostos a serem preceptores. Eu acho que deveria existir uma contrapartida de incentivar o estudo, não é? Se você quer que eu seja preceptor, você tem que me dar um curso de preceptoria (Gama).

Eu acho que remuneração seria importante [...] Remuneração, por que não? Já seria ótimo e valorizaria mais o trabalho. Te estimularia mais (Iota).

Os excertos acima revelam o anseio por algum reconhecimento objetivo, seja financeiro, seja incentivo à qualificação profissional. Embora haja uma normatização de bolsa de estudos para médicos que queiram realizar o curso de formação em preceptoria pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015c), isso não ocorre com outras categorias profissionais, o que revela a incoerência frente ao trabalho multiprofissional, preconizado para a integralidade do cuidado. Em certa medida, isso pode desestimular alguns profissionais para o exercício da preceptoria.

Porém, políticas como Pró-Saúde e PET-Saúde são exemplos de incentivo, garantindo bolsas e desenvolvimento acadêmico aos preceptores.

Ainda que 42,9% dos sujeitos desta pesquisa não recebam bolsa para exercício da função, somente um destes mencionou a falta de remuneração. Os outros cinco não citaram essa condição, focando sua motivação na troca de experiências e/ou no fortalecimento do SUS. Dos oito preceptores que recebem algum provento para exercício da função, metade está insatisfeito com o valor, como exemplificado a seguir:

O que dificulta um pouco, porque eu acho que não tem tanto preceptor quanto deveria ter, é retorno financeiro mesmo. A gente deveria receber um pouco mais, uma turma tanto (valor financeiro), outra turma tanto. Quando você recebe mais de uma turma, você recebe um pouco mais (Gama).

Lima et al. (2013) mencionam um impedimento legal para a remuneração de preceptoria. Em função da Constituição Federal e da legislação trabalhista, o preceptor não pode receber legalmente dois salários, pela função assistencial e pela função de preceptoria. Em alguns casos, recebe apenas gratificações, que não podem ser superiores ao salário-base da categoria médica. Os autores sugerem que o pagamento seja por hora trabalhada em função da preceptoria.

A despeito desse aspecto legal, a preceptoria é uma função que deve ser reconhecida financeiramente, em prol da profissionalização e do respeito aos direitos trabalhistas.

5.3.2.3 Subcategoria B3: Fortalecer o SUS como formador

Ainda que poucos, os preceptores que relataram a importância do Sistema Único de Saúde, trouxeram dados sobre a importância político-social-formativa desse cenário de aprendizagem.

Para mim, a principal parte da preceptoria, ainda mais assistindo a nossa realidade social, política e econômica do país, é formar médicas e médicos que estejam sensíveis para atuar no sistema universal de saúde (Kapa).

Eu acho que, assim, a minha motivação é porque eu queria que se formasse médicos voltados mais para a atenção básica (Mu).

E tem a motivação de eu querer que eles vivam o cenário da atenção primária melhor do que a que eu tive na minha graduação (Nu).

Os excertos acima demonstram motivação e consciência para formar no e para o SUS, com a intenção de fortificar a rede de serviços em prol da atenção primária. Os discursos trouxeram luz ao contexto social e uma visão de futuro para melhoria dos processos educativos e assistenciais. É possível identificar um diálogo entre a subcategoria engajamento comunitário no perfil de competências e a subcategoria fortalecer o SUS como formador no perfil motivacional, porque ambas perpassam a conscientização política.

Passos e Carvalho (2015) colocaram a questão: como se forma para o SUS? Qualificar as práticas em saúde impõe novas atitudes de todas as faces que compõem o quadrilátero da formação, superando as dificuldades do cotidiano do trabalho: filas, insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, desrespeito e isolamento aos usuários nas consultas, práticas de gestão autoritária e limitações na infraestrutura do serviço. Formar para o SUS deve ser entendido como um processo de capilarização das diretrizes ético-políticas na rede de saúde, multiplicando, transformando e criando agentes sociais que se engajem no movimento que os autores chamaram de "SUSista". Esse transcurso não ocorre somente por processos

de sensibilização, mas pela experimentação em ato nos processos de trabalho, como em ações ensino-serviço-gestão-comunidade vistas com a preceptoria, que permitem a produção de mudanças concretas do modo de fazer nos serviços e nas práticas de saúde. O desafio da formação em saúde é combinar o modo de fazer o cuidado e a sua gestão com o perfil democratizante do SUS, transformando a prática em saúde sobre sujeitos em uma prática com sujeitos.

Parte da motivação, portanto, passa pela consciência de compreender politicamente as vantagens do SUS como arcabouço de aprendizado em saúde para a sociedade. Portanto, nota-se que as motivações trazidas por esse grupo de profissionais passa pela tangibilidade do direito de ser remunerado adequadamente e de ter reconhecimento acadêmico, e pela subjetividade do ato de ensinar, em virtude da troca de saberes a partir da relação preceptor-aluno, e da conscientização política em valorizar o Sistema Único de Saúde como formador.

5.3.3 Categoria C: Formação em Preceptoria

Ninguém começa a ser educador numa certa terça-feira às quatro da tarde. Ninguém nasce educador ou marcado para ser educador (Freire, 1991, p. 58).

Entende-se que a formação para a realização de qualquer atividade laboral seja condição peremptória para forjar adequadamente o perfil do profissional. Essa importante condição para o perfil de uma função docente-assistencial foi notada com uma frequência total de 6,0% nas falas dos preceptores entrevistados (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 - Subcategorias de formação em preceptoria, com a frequência relativa

Subcategorias	%
C1: Falta formação para o exercício da preceptoria	5,5
C2: Desconhecimento sobre formação em preceptoria	0,5

Fonte: O autor.

5.3.3.1 Subcategoria C1: Falta formação para o exercício da preceptoria

Os preceptores abordaram essa problemática, trazendo suas percepções sobre a falta de preparo para o exercício da atividade pedagógica no serviço.

Eu acho que falta uma capacitação (Theta).

Acho que para um respaldo maior ainda a gente deveria ter uma formação em preceptoria. Eu acho que seria fundamental (Gama).

É, porque a gente não tem muito conhecimento de qual é a função do preceptor (Eta).

[...] eu não tenho um método, eu pessoalmente. Por isso que falta a formação (Lambda).

Acho que faltam coisas de pedagogia mesmo, assim, eu não tenho formação [...] acho que faltam algumas coisas de habilidades de ensino mesmo, de técnicas talvez de ensino (Nu).

Os dois primeiros excertos sinalizam a carência por formação, genericamente. As expressões "falta uma capacitação" e "formação em preceptoria" fornecem uma dimensão abrangente de ausência formativa. O excerto seguinte, que questiona qual a função do preceptor, implica uma clara falta de suporte para a atividade, indicando falta de consciência do papel do preceptor. Os dois últimos relatos já demonstram conscientização da atribuição docente, e buscam melhoria na metodologia de ensino de seus alunos.

A preceptoria, segundo Trajman et al. (2009), exige uma "*aculturação pedagógica*", ou seja, formação específica, para além das funções técnicas que já eram atribuídas ao profissional da atenção primária à saúde.

Eu acho que seria essencial de ter nesse curso de preceptoria, é trabalhar as técnicas de ensinagem porque ensinagem de adulto é uma coisa diferente, né. Eu acho que você tem que levar em consideração a experiência da pessoa para você construir (lota).

O curso EaD é bom para expor essas técnicas, mas eu gostaria de uma imersão um pouco mais profunda, um pouco mais densa no pensamento andragógico. [...] eu queria algo mais profundo para a gente pensar de fato o que é ensinar. O que é a andragogia, o que é a formação de adultos, o que é uma formação de adultos para o Sistema Único de Saúde? (Kapa).

Observa-se, nas falas acima, um pleito específico por uma formação pedagógica voltada para adultos. Tem-se a consciência de que o aluno adulto não é uma folha em branco, e que há necessidade de construção do conhecimento. Destaca, também, que o formato de ensino a distância (EaD) de um curso de formação em preceptoria é possível, mas tem limitantes no quesito da prática. Além disso, traz um fator condicionante: formação de adultos para o SUS.

Bairral (2014) relata que os preceptores têm dificuldades para encontrar oportunidades de acesso a cursos de formação por falta de tempo, excesso de serviços ou falta de oferta. Para Rocha e Ribeiro (2012), cabe às IES se responsabilizarem pela formação desses profissionais, por meio de políticas desenvolvidas pela gestão que definam formação, avaliação e monitoramento, possibilitando atender os requisitos das DCN. De acordo com Trajman et al. (2009), além de ser uma função importante, a formação dos preceptores deve ser a principal contrapartida das instituições de ensino superior nos convênios com as Secretarias Municipal de Saúde.

Revela-se, portanto, um anseio por formação genérica quando se busca uma orientação abrangente da função para conhecer as atribuições e características e, também, específica em andragogia pelas particularidades de ensino para adultos. É importante ressaltar que, para que essa formação aconteça, é essencial disponibilizar tempo para o profissional se apropriar dos conteúdos e atividades. Se não houver articulação do serviço e da gestão para que isso ocorra, é possível que pouco se avance nesse quesito.

5.3.3.2 *Subcategoria C2: Desconhecimento sobre formação em preceptoria*

Embora essa subcategoria contenha apenas dois excertos - que representam 0,5% de todo o estudo -, é importante destacar esse desconhecimento, falta de reflexão sobre a formação, ou não conscientização da necessidade de se capacitar para função de preceptoria.

Nunca pensei em formação em preceptoria (Eta).

Eu não sei se existe, realmente, capacitação (Theta).

Esses excertos indicam o quanto ainda há profissionais que permanecem distantes dos objetivos propostos das políticas de integração ensino-serviço-gestão-comunidade. E pouco adianta haver diretrizes e políticas se os preceptores não estiverem cientes e conhecedores desses norteadores. Assim, pode-se concluir que existe um grau de desconhecimento de alguns profissionais em relação a seu papel formador. Deve haver maior divulgação e apoio articulado entre as instâncias de gestão para a realização de cursos de formação, e para que o profissional esteja consciente do perfil clínico-docente desejado.

5.4 **Domínio 2: Processo Ensino-Aprendizagem**

A partir das subcategorias A1 - competências pedagógicas -, B1 - aprendizado mútuo e experiências compartilhadas -, C1 - falta formação para o exercício da preceptoria -, e C2 - desconhecimento sobre formação em preceptoria -, nota-se a relevância do papel educativo e a importância das habilidades pedagógicas que o preceptor deve desenvolver. Assim sendo, abre-se um olhar ao processo ensino-aprendizagem, representando 26,1% dos excertos. Nesse domínio foram englobadas duas categorias: estratégias de ensino-aprendizagem (22,8%), e avaliação no processo ensino-aprendizagem (3,2%). Portanto, o domínio tem como objetivo conhecer como e de que forma acontece o processo ensino-aprendizagem, considerando a relevância da competência pedagógica do preceptor.

5.4.1 Categoria D: Estratégias de ensino-aprendizagem

É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática (Freire, 2016, p. 40).

Esta categoria se apresentou como a segunda mais frequente de todo o estudo (22,8%). É interessante saber que isso aconteceu a partir de apenas duas perguntas dirigidas aos entrevistados: questões 1 e 12 (Anexo C). As práticas, as estratégias e os métodos utilizados no cotidiano dos preceptores serão apresentados e discutidos a seguir na tabela 5.7.

Tabela 5.7 - Subcategorias de estratégias de ensino-aprendizagem e sua frequência relativa

Subcategorias	%
D1: Rotina e prática como oportunidade de ensino	16,4
D2: Métodos ativos e reflexivos	6,5

Fonte: O autor.

5.4.1.1 Subcategoria D1: Rotina e prática como oportunidade de ensino

Esta subcategoria, mais frequente de todo estudo, apresenta dados sobre a rotina diária, mediante contato direto com o aluno e com os recursos e possibilidades que o SUS proporciona através de ferramentas da atenção primária à saúde. Existe a intenção de oportunizar recursos e atividades desenvolvidos em UBS para que os graduandos observem e/ou realizem atividades, com a devida orientação e supervisão do preceptor, de acordo com o estágio em que o aluno se encontra na graduação.

Assim, do jeito que eles estão fazendo hoje, eu acho que eles estão tendo um bom conhecimento da realidade, da rotina. Eles conseguem enxergar as diferenças da população, eles conseguem enxergar o ritmo de atendimento, eles enxergam os nossos problemas. Quando a gente faz uma reunião técnica e eles participam; eles percebem que a situação, às vezes, é mais crítica do que o que a gente está tentando resolver na unidade. Daí eles participam disso. [...] Então eu acho que da forma como eles estão inseridos hoje, eles (os alunos) conseguem participar e perceber essa realidade. Eu gosto, assim, da forma como eles entram precocemente no território, como eles enxergam o serviço de saúde em todos os setores. [...] E aí, eles me acompanham e acompanham a minha equipe (em referência à ESF). Então, se tiver algum tipo de atividade que esteja acontecendo aqui, eles participam. [...] Alguns ficam comigo no consultório, alguns vão para VD (visita domiciliar) com os agentes de saúde. Então, eles têm famílias que eu determinei que eles fazem esse acompanhamento. Eles fazem as VDs, fazem os relatórios, alguns ficam na sala de procedimento. E aí, eu vou passando supervisionando cada setor onde eles estão divididos (Beta).

Então, eles chegam na unidade e a gente consegue trazer eles pra dentro da consulta com a gente e distribuir, não é? Dentro da unidade, conforme a necessidade que a gente vê de cada um. A medicação, sala de curativo, um fica na consulta, o outro fica colhendo Papanicolau, o outro na VD)... (Gama).

Nota-se um processo de inserção no cotidiano da UBS e supervisão de atividades, de acordo com a rotina da UBS, com a intenção de mostrar a realidade do cenário de trabalho aos alunos. No primeiro excerto, evidencia-se a preservação da realidade, sem alterações de processos de trabalho que possam "maquiar" os problemas enfrentados pelos profissionais do serviço. Isto é particularmente interessante do ponto de vista pedagógico porque, em alguns cenários de trabalho preparados e alinhados, talvez, forçosamente para o ensino, corre-se o risco de facilitar em demasia a vida do aluno não o colocando num cenário real do SUS, o que pode prejudicar fluxos e ferir atributos essenciais da APS, como o acesso, por exemplo.

O Centro de Saúde-Escola tinha uma ficha diferente para cada tipo de atendimento, que já facilitava o olhar do aluno para os aspectos que eram mais importantes. Era um guia, eles tinham uma série de tecnologias de ensino. Agora, tem um outro extremo. Tinha, talvez, perdas no acesso dos pacientes (Lambda).

A experiência trazida pelo sujeito de pesquisa acima, sobre ter trabalhado em um Centro de Saúde-Escola no início de sua carreira, mostra que, apesar de ser importante direcionar oportunidades de aprendizado, não é a realidade do serviço que futuramente este aluno enfrentará, caso trabalhe na APS após sua graduação. Questiona-se, então, qual a vantagem de modificar o cenário de trabalho, prejudicando tanto a realidade a ser idealmente problematizada pelo aluno, quanto contrariando princípios do sistema? Se for para ser dessa forma, clínicas e

laboratórios dentro das faculdades fazem tal papel. Como relataram Beta e Gama anteriormente, distribuir os alunos nas diversas salas e atividades da UBS parece ser uma estratégia metodológica factível e pedagógica.

Então, quando a gente recebe aluno, eu faço sempre uma apresentação da unidade, eu mostro a unidade toda, depois eu converso com ele os combinados. [...] Estou fazendo essa formação das habilidades comportamentais dele, porque eu quero que quando ele for médico, enfermeiro, também não é para ele ficar usando o celular na frente do paciente (Lambda).

A gente sai daqui UBS e a gente faz visita nos lares, e ali eu falo para eles como é aquela rotina daquelas pessoas naquelas casas, que eu já conheço, então, primeiro eu mostro a área toda, que é a área vermelha, aí depois eu mostro a minha micro (área) (Xi).

É importante reforçar que o preceptor tem a função de receber, apresentar, inserir e orientar os alunos no cenário de trabalho, estabelecendo, como relatado acima, um contrato pedagógico e social, mediante as características do território que ali estarão expostas. Nota-se a intenção de proporcionar o ensino da ética e postura profissional.

As ações e atividades cotidianas relatadas pela maioria dos sujeitos da pesquisa foram bastante semelhantes: apresentar aos alunos a sala de medicação, a sala de curativo, a sala de vacina, os consultórios, levá-los em visitas domiciliares etc. Houve, portanto, homogeneidade nos discursos sobre a rotina de apresentação da UBS e utilização de seus recursos e infraestrutura, aproveitando oportunidades de ensino que cada setor pode proporcionar. Sempre tendo como perspectiva o aprendizado assistencial e territorial característico da atenção primária à saúde, como oportunidade potente de ensino. Desta forma, conclui-se que os preceptores têm, na UBS, recursos educativos abundantes e poderosos para ensinar.

Anastasiou e Alves (2015) destacam que a escolha de uma metodologia deve estar adequada ao objetivo de ensino, conteúdo e, principalmente, aos estudantes. Diante disso, a rotina é fundamental, porque o aprendizado não acontecerá magicamente. E essa aprendizagem pode ocorrer por imitação de um modelo, por repetição, por erro e acerto, por descoberta ou por conteúdos - factuais, procedimentais, atitudinais e conceituais.

Então, eu tiro um tempinho e pergunto para eles: “o que vocês estudaram essa semana?”. Procuro trabalhar em cima do que eles estudaram teoricamente e colocar em prática. É isso que eu faço (Delta).

[...] as atividades que a gente tem na unidade, as ações que a gente desenvolve com a comunidade, eu acho que é rico para elas. Então, tem que ter isso, tem que ter, acredito que grupos, as visitas que a gente faz, as ações educativas, isso é importante, a vivência para elas (Theta).

[...] divido eles também no Papanicolau, que eles podem fazer procedimentos, supervisionados pela enfermeira ou pelo médico preceptor. Coloco um deles para ficar comigo nas consultas, e também eles na visita domiciliar (Dzeta).

Na perspectiva de Anastasiou e Alves (2015), o primeiro relato mostra uma estratégia de aprendizagem por conteúdo e os seguintes por imitação de modelo ou descobertas. Independentemente do método, notou-se a intenção de alinhar teoria e prática, com as atividades e oportunidades que uma UBS oferece.

Então, assim eu executo as minhas atribuições como enfermeira e ela acompanha isso. E aí, muitas vezes a gente sentindo que ela tem possibilidade de andar sozinha, elas acabam realizando algumas atividades supervisionadas, mas assim acabam deslanchando um pouquinho, ou acompanhada com o auxiliar de enfermagem ou com a enfermeira, ou muitas vezes elas conseguem participar de atividades fora da unidade, então visita domiciliar, as ações que a gente faz dentro das escolas (Theta).

É o que eu sempre falo para eles: explorem, cada paciente é um livro [...] porque cada paciente que você conhecer vai ser um aprendizado novo [...] Tudo que a gente aprende na prática é algo que a gente aprende de verdade (Dzeta).

Teve um dia que a gente foi fazer, também, na escola um trabalho com as crianças, com ART (Atraumatic Restorative Treatment: é um tratamento odontológico sem necessidade de tecnologia dura). Eu levei todos eles pra gente fazer (Alpha).

Os preceptores relataram a prática como estratégia de ensino, seja através da observação, seja pela participação em atividades. Conforme a evolução do aluno, oportuniza-se autonomia e independência.

O preceptor deve planejar uma articulação que permita aos estudantes concatenar os conteúdos teóricos com a prática, superar lacunas do conhecimento, assumir responsabilidade com o serviço, e comprometer-se com o paciente. No que diz respeito ao aprender a ser, pode-se afirmar que não se aplica a função de ensinar conteúdos no sentido mais tradicional do ensino, como transmissão. Assim, tem-se como prerrogativa encorajar o aprendizado, facilitando para os estudantes desenvolverem as atividades. Para Monteiro et al. (2011), os alunos devem se sentir à vontade para fazer perguntas, pois se sabe que eventuais situações de ansiedade podem prejudicar as possibilidades de aprendizagem.

Eu vou explicando tudo que eu tô fazendo. Assim, então eu falo: 'aqui, por exemplo, eu tô fazendo uma restauração [...] ah, essa restauração ela é... tá um pouco profunda, então, vou fazer aqui um capeamento pulpar. Aí o aluno me pergunta: 'ah, a gente não viu isso ainda, pra que que você faz o capeamento?'. Aí eu passo pra eles: 'ah, porque em cavidade média... profunda é melhor. Você tá protegendo a polpa tal... As vezes são coisas que eles não viram ainda, né? (Alpha).

O *aprender a fazer* está diretamente ligado ao mostrar-fazer através de exemplos do cotidiano, como forma de ilustrar a teoria, e colocando em prática os conhecimentos prévios do aluno. Acontece, como exemplificado acima, de surgirem casos que ainda não foram vistos pelo aluno e, portanto, não há um conhecimento teórico pregresso, o que provavelmente remeterá a um grande ganho quando o aluno for apresentado à teoria na graduação.

Geralmente nessas coisas dos projetos terapêuticos singulares. Tem sido fantástico! Porque eles pegam aquela família, eles conseguem ir várias vezes na casa daquela família naquele mês, né, e dá uma mega reviravolta. Um caso horrível, eles vão e "uau"! O negócio dá um "boom", porque eles conseguem fazer isso e eu não tenho tempo de fazer (lota).

Eles têm que fazer o genograma da sua família (família que os alunos acompanham na UBS) para poder apresentar na faculdade para a professora (Delta).

Foram citadas algumas ferramentas teórico-práticas comuns na APS, como projeto terapêutico singular (PTS) e genograma. A riqueza de possibilidades e ferramentas da rotina da atenção primária à saúde permite aos alunos conhecerem potentes dispositivos de cuidado

E nas turmas que perceberam a rotina de gestão, viram como é a gestão da unidade, começaram a perceber um pouco mais a dramaticidade e a seriedade da atenção primária [...] Que aqui se faz cuidado de paciente grave, de paciente que precisa de atenção [...] eles veem como o gestor organiza também a unidade para dar atenção a isso, foi muito importante. (Kapa).

Então, eles ficam comigo, eles querem acompanhar meu cotidiano, eu faço eles participarem ativamente, fazendo atividades da gestão (Lambda).

Destaca-se um olhar gerencial no cuidado assistencial. Inserindo o aluno não apenas na programação assistencial mas, inclusive, na gestão do cuidado da UBS, permite que o discente tenha uma percepção ampliada da atenção à saúde.

Cabe frisar que, apesar da utilização do cenário de prática, com a possibilidade de ações potentes na UBS e território, não houve menção à reflexão sobre os processos e a respeito da realidade. Isso indica que a realidade posta, como está, não

incitou a reflexão, e tampouco a transformação. Parece, portanto, que para alguns sujeitos desta pesquisa, não se faz a reflexão sobre a prática.

De acordo com Cerqueira (2011), o processo educativo realizado no cotidiano possibilita, aos estudantes e aos profissionais, vivenciarem ativamente a aprendizagem como construção de conhecimento por meio da reflexão sobre suas próprias práticas. Entretanto, isso não foi observado nos sujeitos da pesquisa. Mesmo de posse da teoria e dos conteúdos dispostos nas ações assistenciais, alguns preceptores não a utilizaram como ponto de partida para reflexão.

Isso é destacado por Albuquerque (2007), que reforça que o fato de a aprendizagem prática ocorrer em cenários diversos não garante que essa aprendizagem seja reflexiva.

Idealmente, o estímulo à aprendizagem em serviço com os atores envolvidos, tendo como base os problemas vivenciados pelos trabalhadores, gestores e usuários, apoia-se na ideia de que deveria haver reflexão sobre o cotidiano. Isso poderia compor espaços de reflexão sobre a realidade, criando um cenário problematizado e a expectativa de olhares críticos dos estudantes de graduação.

5.4.1.2 *Subcategoria D2: Métodos ativos e reflexivos*

O protagonismo do aprendiz deslocado para o aluno denomina-se metodologia ativa, como explicado na seção 2.5, e distancia-se radicalmente do ensino tradicional - da transmissão de conteúdos -, orientando-se pela lógica do aprender a aprender e resultando em aprendizagem significativa.

Então, coisas como o setting, não gosto de mesa quadrada e não gosto que estejam na minha frente, então eu não estou confrontando o aluno e ele não está vindo pegar um saber inacessível comigo. A gente lado a lado, a gente coloca as coisas na nossa frente, o prontuário, o material de trabalho está ali, isso é o material de trabalho. Aqui, a gente vai construir conhecimento com isso, vai construir o cuidado a partir disso (Kapa).

No excerto acima, a própria disposição da sala favorece o que foi relatado pelo sujeito da pesquisa como construção conjunta do conhecimento e do cuidado através do diálogo, em oposição a uma transmissão de conteúdo ou, como já citado, depósito

bancário de informações. A proposta dialógica expressa num ambiente mais acolhedor e horizontal com os alunos possibilita problematizar as experiências, construir, refletir e compartilhar saberes.

Eu uso muito a discussão de caso, então eu puxo um caso, e a partir daquele caso, eu identifico temas que eu acho que possa discutir. Então, uma pessoa saudável que vem querer fazer exame de rotina, eu aproveito para discutir rastreamento. Uma pessoa ansiosa com muito medo de doença, isso eu aproveito para discutir sobre diagnóstico e prevenção quaternária, eu trago conceitos da atenção primária a partir dos casos. Uma mulher querendo falar de contracepção, a gente consegue trazer um assunto clínico. O paciente com a IC (insuficiência cardíaca), como que eu consigo manejar uma IC em um ambiente de atenção primária? Então, eu uso os casos. Eu não trago um assunto do nada e: “Ah, hoje, a gente vai falar de tal coisa”, que aí eu acho que não tem muito a ver. Às vezes, eles têm algumas dúvidas, e eu pergunto: “Vocês têm algum assunto que vocês queiram falar mais?”, ou por exemplo, os alunos falam: “Registro, como é o registro em atenção primária?”, eles querem falar um pouco mais do registro: “A gente quer saber como se estuda mais tal coisa”, e aí a gente consegue discutir, mas, no geral, é baseado nos casos (Nu).

Eu gosto da discussão por pares, então eu estímulo muito que seja feita a discussão entre os internos no momento da discussão, tentando trazer elementos que já façam parte do repertório científico e do repertório de vida deles (Kapa).

Nota-se o uso de discussão de caso - em grupo ou individualmente com os alunos - como metodologia de ensino, ou seja, partindo de uma dada realidade, problematizada, buscando uma solução. É uma estratégia que busca colher dados do que está sendo observado, levando em consideração a experiência prévia do discente. Portanto, a discussão de caso, como estratégia pedagógica, pode facilitar a aprendizagem ativa e significativa, estimulando o raciocínio clínico sistematizado e otimizando o uso do tempo.

Assim, observa-se uma riqueza de possibilidades que os preceptores podem utilizar como recurso nas discussões de casos, facilitando o aprendizado dos alunos.

Surgiu uma dúvida, você tem uma boa referência teórica que é importante para o aluno, aí eu geralmente trago. Então: “leia isso aqui, principalmente estes parágrafos, e aí a gente pode discutir amanhã ou na próxima quinta-feira” (Kapa).

[...] sabe tipo encenação com os alunos, né? De um ser o paciente e o outro ser médico, então, ela propõe um caso e vê como eles se saíam e discutiam como era essa vivência (Iota).

Destaque-se que apenas os preceptores que realizaram algum tipo de capacitação em preceptoria citaram metodologias como a problematização, a

dramatização ou a discussão de casos. Essas menções correspondem a 6,5%, menos frequentes que o aproveitamento da rotina, demonstrado na subcategoria anterior.

Dessa forma, idealmente no que concerne à competência pedagógica, deve haver na preceptoria um exercício constante de retroalimentação entre teoria e prática, reflexão e ação. É o que Paulo Freire (2017) evoca sobre a busca de um tema ou curiosidade epistemológica, que é investigar o pensar - reflexão - a partir de uma dada realidade, investigando seu atuar - ação - sobre a realidade, denominado práxis.

5.4.2 Categoria E: Avaliação no processo ensino-aprendizagem

Os sistemas de avaliação pedagógica de alunos e de professores vêm se assumindo cada vez mais como discursos verticais, de cima para baixo, mas insistindo em passar por democráticos. A questão que se coloca a nós, enquanto professores e alunos críticos e amorosos da liberdade, não é, naturalmente, ficar contra a avaliação, de resto necessária, mas resistir aos métodos silenciadores com que ela vem sendo às vezes realizada. A questão que se coloca a nós é lutar em favor da compreensão e da prática da avaliação enquanto instrumento de apreciação do que-fazer de sujeitos críticos a serviço, por isso mesmo, da libertação e não da domesticação (Freire, 2016, p. 113).

A responsabilidade, o desconhecimento ou os desafios inerentes à avaliação parecem tornar esse tema ainda pouco problematizado na preceptoria. Os sujeitos da pesquisa não apresentaram muitos relatos, o que fica evidente pela baixa frequência de excertos. Somente 1,0% demonstrou algum conhecimento, apresentando estratégias avaliativas (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 - Subcategorias de avaliações no processo ensino-aprendizagem, e sua frequência relativa

Subcategorias	%
E1: Fragilidades no processo avaliativo	2,2
E2: Uso de estratégias de avaliação	1,0

Fonte: O autor.

5.4.2.1 Subcategoria E1: Fragilidades no processo avaliativo

Os excertos desta subcategoria apresentam as dificuldades do processo avaliativo percebidas pelos preceptores entrevistados.

Eu gostaria muito, mas muito mesmo, de falar de avaliação. Que é algo que a gente conversa pouquíssimo aqui no Brasil. Como avaliar esses alunos, de que forma fazer, quais os pontos que são necessários. Isso me incomoda horrores. Me incomoda que ninguém avalie meu trabalho, me incomoda que as avaliações que eu acho que nós fazemos são pífias. Aquela coisa: 'o aluno foi pontual, o aluno foi bem vestido?', está de brincadeira comigo... É isso que a gente devia avaliar? Esse é o mínimo necessário. A gente tem que ter outros parâmetros. [...] Acho que tanto o aluno tem que ser melhor avaliado, como a gente também tem que ser avaliado (Iota).

O excerto acima evidencia o desconforto sentido pelo preceptor com o tema, desde como fazer a avaliação até o que é importante quantificar ou qualificar no aluno. Inclusive, faz menção à questão da avaliação da própria preceptoria, demonstrando interesse no seu autodesenvolvimento enquanto educador, e melhoria de processos.

Eu acho que assim, um pouquinho de avaliação também, às vezes eu tenho dificuldade disso, porque como realmente eu vou conseguir avaliar se aquela pessoa aprendeu ou não no estágio, porque às vezes eles podem estar só passando lá e não terem adquirido conhecimento nenhum, está só cumprido o horário, carga horária (Mu).

A gente faz uma avaliação, mas eu acho que é uma conversa tão breve... (Theta).

Há um sentimento de ausência de critérios, e da devolutiva que os preceptores gostariam de ter. A avaliação é um processo exigido aos preceptores, mas parece não haver preparo, subsídios ou apoio. Verifica-se que há falta de parametrização, por parte dos docentes da IES, para auxiliar nesse processo. Pontualidade, por exemplo, parece ser importante, mas não pode ser um critério mais significativo que a evolução do aluno no estágio.

Muitas vezes a gente faz coisa errada e eles falam: 'Olha, vocês estão fazendo coisa errada'. Que é um dos dilemas do estágio, é que a gente às vezes se sente avaliado pelo aluno, então eu acho que você tem que desenvolver isso (Lambda).

A avaliação pode acontecer de forma inversa, com o preceptor ou o serviço sendo avaliado. E, como no relato acima, causar desconforto e constrangimento ao profissional. Porém, isso pode ser visto como uma problematização do cenário de trabalho com a finalidade de refletir processos, ações e técnicas, o que pode levar a uma melhor assistência. Cabe ao profissional, humildemente, ouvir o questionamento recebido e refletir sobre o que foi dito na perspectiva de educação permanente, autodesenvolvimento.

Sobre a padronização de processos avaliativos, um profissional trouxe um relato importante:

Eu acho que quando a gente faz parte de um grupo de preceptores de instituição X, a gente precisa ter uma uniformidade no discurso. [...] Mais disponibilidade, mais troca de material, de feedback, tipo: “Olha, eles estão fazendo a prova, e a gente está percebendo que eles estão um pouquinho deficientes nisso, dá uma reforçada aí”, esses conceitos para a gente conseguir orientar (Nu).

Essa articulação para equalizar a avaliação e o processo de ensino-aprendizagem é um ponto que pode ser discutido em reuniões com docentes da IES. Assim, tal espaço precisa ser estabelecido. Entende-se, portanto, que deva haver uma uniformização de discursos, através da maior troca entre os preceptores e os docentes, e capacitação sobre processos avaliativos, para nortear processo de ensino-aprendizagem que eles conduzem.

5.4.2.2 Subcategoria E2: Uso de estratégias de avaliação

A fala do preceptor a seguir traz algumas estratégias de avaliação que podem auxiliar os profissionais, tanto preceptores quanto docentes da IES, a parametrizar o ensino que tem sido planejado.

Agora, de avaliação que a gente faz: eu gosto de avaliação 360 graus [...] que é pegar os atores, os profissionais de saúde que estiverem aqui envolvidos naquele período e fazer uma discussão das competências atitudinais, das habilidades dos internos, dos comportamentos que eles tiveram. E os internos também fazerem uma avaliação desse corpo de preceptores, da gerência. Gosto muito da avaliação 360 graus para isso. O PBI acaba sendo um processo de avaliação para eles também, é interessante utilizar, principalmente de técnicas de comunicação e medicina narrativa, a

gente utiliza. Deixar pra eles fazerem a narrativa de um episódio de cuidado ou de diálogo que tenha não cuidado, mas que esteja chamando a atenção, já que é difícil para eles, em duas semanas, construir. Não tem a menor possibilidade de construir um portfólio, por exemplo. Eu acho que a gente estrutura assim. Teriam coisas mais interessantes para utilizar, de repente? A gente poderia fazer o OSCE, por exemplo, ou a gente poderia fazer uma situação problema? Poderia. Para duas semanas de internato é inviável organizar, mas eu acho que eles se beneficiariam muito de um OSCE em atenção primária (Kapa).

Foram exemplos citados a avaliação 360 graus, o *Problem Based Interview* e o *Objective Structured Clinical Examinations*, ferramentas que se propõem a uma estratégia avaliativa por competências, ou seja, comportamental, comunicativa ou clínica, respectivamente. Infere-se, portanto, que esses são processos avaliativos formativos conhecidos por um preceptor que realizou formação pedagógica.

Quando eu fui no WONCA, no mundial [...] tinha um professor da Inglaterra falando de como eles conduzem lá. Eles têm uma plataforma, tipo, 'mundo do residente'. Aí, essa plataforma, ela é alimentada pelo preceptor e pelo aluno. Então, eles têm essa coisa do portfólio, não sei se já ouviu falar, não é? Que aqui, os alunos, é muito precário esse negócio. É fantástico porque tem o mínimo de coisas que você tem que aprender, e aí, se você aprendeu, você tica. Só, que o seu preceptor tem que ticar também que você está competente naquele tópico do portfólio. E aí, vocês vão ticando juntos e as coisas que você tem dúvida vocês vão fazendo como se fosse um book. Tipo, isso aqui eu tenho dúvida, vamos estudar, vamos discutir. Então, isso pode ser alimentado tanto pelo preceptor quanto pelo tutor. E ali também vai rolando esse processo avaliativo, então você vai conferindo o portfólio, porque assim, eu sei se você adquiriu aquela competência ou não. E vamos criando itens das coisas que a gente precisa aprofundar, coisas que a gente precisa discutir. Então, isso tudo online! Gente, como um negócio desse é perfeito, não é? Não, não tem isso. E eu acho que me incomoda, não é? [...] Trabalhar com portfólios, não com alinhamentos. A construção do conhecimento ser compartilhada e ser pactuada, né. Então, eu acho que seria muito legal. Acho que são coisas que eu colocaria se fosse fazer um curso de preceptor (Iota).

Percebe-se o entusiasmo do preceptor com uma experiência de sucesso, efetiva e objetiva, que usa a tecnologia em processos de avaliação. Mas também denota um desânimo pela realidade que o cerca, porque lhe parece uma realidade distante no Brasil. Mas essa estratégia avaliativa da construção de portfólio pode ser útil, em virtude do pouco tempo de permanência dos alunos no estágio em atenção primária à saúde.

Porque a gente faz avaliação dos alunos, e a gente chama, a gente pontua, não é? Tem que ter postura, tem que ter ética, então tudo isso que a gente cobra deles a gente tem que ter, não é? (Gama).

O excerto acima demonstra um olhar mais burocrático relacionado a “chamar” e “pontuar”, questões relacionadas a postura e ética. Cabe destacar, como diferencial entre os dois preceptores anteriores, que este último não tem curso de formação em preceptoria ou docência. Embora essa rigidez pragmática de avaliação seja uma estratégia, parece ser reprodução de sua experiência como aluno. Esse mesmo *feedback* ou devolutiva poderia ser realizado, por exemplo, com a ferramenta preceptoria minuto, por exemplo.

Freire (2016) alerta sobre a verticalidade que processos avaliativos podem assumir, coibindo a liberdade em uma perspectiva antidemocrática. Assim, os educadores progressistas devem resistir a esses métodos silenciadores, compreendendo a avaliação como uma prática de apreciação da autonomia e da liberdade dos alunos. Isso é corroborado por Perrenoud (1998), quando relata que a avaliação não deveria impedir uma pedagogia diferenciada, ativa, construtivista, aberta, cooperativa, eficiente.

Portanto, verifica-se que avaliar e/ou ser avaliado é um processo complexo, que produz um certo grau de angústia nos preceptores, dependente do conhecimento profissional - capacitado ou não -, do apoio ou não da IES, e de recursos como o tempo de estágio. Ciente das dificuldades, tanto dos processos de ensino-aprendizagem quanto avaliativos, Paulo Freire (2016, p. 63) disse que “o ideal é que, cedo ou tarde, se invente uma forma pela qual os educandos possam participar da avaliação. É que o trabalho do professor é o trabalho do professor com os alunos e não do professor com ele mesmo”.

5.5 Domínio 3: Quadrilátero da Formação

É possível que o número de perguntas da entrevista semiestruturada referente a este domínio tenha provocado um impacto para maior frequência relativa (48,4%) de excertos a ele relacionados. As perguntas foram 4, 6, 7, 8, 9 e 13 (Anexo C). Porém, é interessante notar que, ao somar as barreiras ou contribuições do quadrilátero, em cada uma das categorias, houve desequilíbrio da polarização das percepções, pendendo mais aos distanciamentos que às aproximações em relação à preceptoria. Apenas por esta breve análise percebe-se que, para os sujeitos da presente pesquisa,

existem mais dificuldades do que facilidades para o exercício dessa função essencial na formação em serviço. Como explicado por Ceccim e Feuerwerker (2004b), cada face do polígono contém componentes pedagógicos que ativam e controlam o processo de formação, com motivações diferentes entre si. Diante do resultado obtido, surge a questão: quais são as barreiras antipedagógicas e de processo de trabalho que dificultam o caminho para o desenvolvimento da preceptoria na perspectiva do quadrilátero da formação? Cada uma das categorias a seguir provocará o leitor para essa reflexão.

5.5.1 Categoria F: Ensino

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor (Ceccim; Feuerwerker, 2004b, p. 48).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), as instituições formadoras deveriam comprovar a importância de seu projeto político-pedagógico, o sentido da produção de conhecimento e da prestação de serviços à comunidade, permitindo o julgamento do cumprimento de suas funções públicas pela sociedade. Dessa forma, cabe ao SUS e à IES problematizar o trabalho e o ensino para construir significados e práticas com orientação social. Além disso, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio de tecnologias tanto para a atenção individual à saúde, quanto para a saúde coletiva. Porém, as IES tendem a perpetuar o modelo biomédico hegemônico, caminhando na contramão da integralidade, da longitudinalidade e da reflexão social do processo saúde-doença. O próprio trabalho em saúde, em virtude de processos de subjetivação e encontros que promovem relações humanas, está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados, sendo fundamental problematizar o processo de trabalho. Assim, não se deve esperar uma lista de necessidades pré-definidas de conteúdos ou orientações verticalizadas da IES (Ceccim; Feuerwerker, 2004b).

A tabela 5.9 evidencia que, na perspectiva dos sujeitos desta pesquisa, as barreiras são maiores que a aproximação das IES em relação à preceptoria. Em

somente uma subcategoria há menção a apoio (F2) e, ainda assim, com frequência menor que a soma de suas análogas.

Tabela 5.9 - Apresentação resumida da categoria ensino e subcategorias, e sua frequência relativa

Subcategorias	%
F1: Distanciamento da IES com o serviço	5,2
F2: Apoio pedagógico	2,7
F3: Desvalorização da saúde pública	1,2

Fonte: O autor.

5.5.1.1 Subcategoria F1: Distanciamento da IES com o serviço

Nesta subcategoria foi possível identificar o distanciamento entre IES e preceptores como fator dificultador de processos de trabalho no âmbito do quadrilátero da formação, na perspectiva dos sujeitos da pesquisa.

Deveria ter uma participação maior da instituição de ensino (Theta).

No fim, a disciplina é dele (docente da IES); a gente é ali: o campo. Mas o que acontece é que tem docentes que são maravilhosos, eles super interagem com a gente. Mas tem docente que é terrível, que deixa uma parte da carga de trabalho dele para nós (Lambda).

Acho distante porque eu não conheço os responsáveis da Universidade em si. E aí os próprios alunos ficam me trazendo as informações (Epsilon).

Esses excertos mostram o afastamento que alguns docentes das IES mantêm dos preceptores e do serviço, destacando-se a não disponibilidade para estar presente no cenário de trabalho. Além de promover o desconhecimento de quem é o responsável pela disciplina, a ausência do docente no serviço resulta em sobrecarga para os preceptores, pela não divisão de tarefas, responsabilidades e falta de apoio.

Eu acho que a gente tem que tentar ter a mesma fala [...] eu acho que seria interessante juntar os estagiários e as docentes para fazer essa conversa junto (Theta).

Nota-se um pleito pela maior participação de docentes. A recepção e inserção de alunos de uma IES no serviço, ou seja, no seu cenário de trabalho, gera no preceptor a e uma responsabilidade importante, mas também leva-o a uma insegurança que deve ser dividida com o responsável pela disciplina da graduação.

Percebe-se, portanto, a falta de suporte e um desalinhamento do processo ensino-aprendizagem. A aproximação entre IES e serviço pode contribuir para o melhor planejamento da formação, proporcionar um aprendizado mais adequado e significativo, além de favorecer o compartilhamento de responsabilidades pedagógicas. Esta subcategoria foi responsável por quase o dobro do que é apresentado na próxima subcategoria, a única que trata de uma aproximação da IES.

5.5.1.2 Subcategoria F2: Apoio pedagógico

Contrariamente à subcategoria anterior, apesar de bem menos frequente (2,7% dos excertos), alguns preceptores relataram boa aproximação com a IES.

O retorno que temos deles acho muito bom, porque temos os cadernos de auxílio, não é? É que diz o que o aluno pode ou não realizar na unidade (Dzeta).

A gente recebeu uma preparação (da IES), um treinamento para poder recebê-los, com a proposta de que esses alunos acompanhariam a gente durante seis anos (Beta).

Eles dão o suporte muito bacana para a gente em relação a diretrizes, a cadernos, conteúdo teórico, respaldo, acessibilidade, a gente tem acesso fácil aos supervisores de preceptoria (Gama).

É importante destacar que os três preceptores dos excertos acima foram capacitados e preparados pela IES previamente à inserção de alunos na UBS. Isso ocorreu com cadernos de apoio ou capacitação ao preceptor, norteando a preceptoria. Ressalta-se que estes profissionais fazem parte da mesma Organização Social de Saúde, que mantém contrato de preceptoria com a IES através do COAPES. É um exemplo bem sucedido de aproximação, e contempla uma IES de medicina da rede particular.

No momento eu considero distante, eu tive, acho que dois encontros. Eu estou com eles desde março. Eu acredito que eu tive dois encontros com a pessoa que organiza na instituição. E teve uma reunião que foi desmarcada agora em outubro e foi remarçada para novembro. Mas ainda um pouco distante... desses oito meses, de março pra cá (Epsilon).

Cabe um olhar para o exceto acima, de um preceptor com o mesmo vínculo dos três anteriormente citados. Ele não relatou aproximação, ao contrário, o que demonstra alguma falha na organização do projeto pedagógico.

[...] eu acho que a gente tem uma possibilidade de uma instituição com pessoas muito competentes, que estão próximas da gente para nos auxiliar, para nos orientar, isso é inegável, inegável. A gente tem muitas pessoas de formação muito sólida, que estão próximas, que veem e discutem os casos, nos matriciam, ouvem (Kapa).

O excerto acima é de um profissional com vínculo de preceptoria com uma tradicional universidade pública. Nota-se a consciência da importância e do papel que a IES tem quanto ao potente respaldo técnico-científico, com auxílio, orientação e matriciamento, para colaborar com uma formação crítica.

Em virtude do distanciamento na primeira subcategoria, e do apoio na segunda, infere-se que a proximidade esperada é relativa à organização que a IES pode realizar previamente à inserção de alunos, com a devida preparação dos preceptores. Isso independe da natureza da IES - se pública ou privada -, demonstrando que tal aproximação parte dos docentes e do planejamento da IES.

Embora as instituições formadoras perpetuem modelos conservadores e tecnologias altamente especializadas, distanciando-se da proposta da atenção primária à saúde, existe um movimento, mesmo que aparentemente pequeno, de auxiliar o trabalho do preceptor. Como relataram Ceccim e Feuerwerker (2004b), a formação técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas, que deve englobar a produção de subjetividades, o pensamento crítico-reflexivo e o adequado conhecimento do SUS. Os preceptores têm um papel fundamental na integração ensino-serviço-gestão-comunidade, mas é preciso que as IES lhes forneça subsídios para que a formação na área da saúde atinja o objetivo de transformação das práticas profissionais tradicionalmente hegemônicas.

5.5.1.3 Subcategoria F3: Desvalorização da saúde pública

Um dos estudos revisados por Bravo et al. (2018) identificou escolas médicas que, por desvalorizarem a atenção primária em saúde nos cursos de medicina, provocam tensões entre a universidade e os serviços, distanciando a academia da prática de ensino, o que se contrapõe às Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação. Os excertos desta subcategoria evidenciam a desvalorização que as IES parecem atribuir ao SUS por não se comprometerem com a formação voltada ao sistema, possivelmente em virtude de um viés mercadológico. Esta subcategoria de distanciamento da face ensino é representada por 1,3% dos excertos.

Eu não vejo um comprometimento de uma instituição pública como a faculdade de [REDACTED] em, de fato, defender e formar profissionais para o Sistema Único de Saúde, para o sistema universal de saúde. Não vejo, não sinto. Em grande parte dos docentes, dos profissionais que atuam, não tem esse comprometimento com o serviço de saúde, o sistema de saúde que está inserido em um sistema democrático de direito, e defender a saúde como parte do processo civilizatório (Kapa).

Dificulta, eu acho que é o fato de a atenção primária não ser muito valorizada no ambiente da faculdade [...] é muito estimulada essa cultura do médico especialista (Nu).

As falas acima mostram, de forma clara e direta, o desinteresse dos docentes em apoiar o SUS como política pública, evidenciando o caráter mercadológico com que a IES trata a formação, privilegiando das especialidades em detrimento da saúde pública. Missaka e Ribeiro (2011) reforçam essa constatação quando ponderam que poucos resultados efetivos se têm obtido nas tentativas de mudança das concepções conservadoras de formação. Os autores apontam como razões disso os acordos pautados no corporativismo de categorias profissionais, e a pressão sobre professores e IES exercidas pelo mercado de trabalho, que pouco se preocupa com a saúde pública.

Segundo Feuerwerker (2013), existe uma concepção da sociedade sobre saúde, em uma perspectiva marxista, que a considera um produto, desde o modelo de atenção até às expectativas e ao sonho de futuro das pessoas. Para os alunos de graduação e muitos profissionais da saúde, esse quadro não é diferente, e traz consequências aos ideais e propósitos de vida. Isso pode ser exemplificado se considerarmos que a maior parte dos cursos de graduação na área da saúde,

orientada pelo mercado, está concentrada nas regiões sul e sudeste, polos econômicos, levando à escassez de profissionais em lugares distantes ou muito pobres. O que está sendo questionado é a base da formação, ou seja, a educação está "orientada ao biológico ou às necessidades dos usuários, centrada em procedimentos ou na produção do cuidado, produzida para subordinar/enquadrar/controlar ou para ampliar possibilidades de produção da vida?" (Feuerwerker, 2013, p. 930).

Toassi et al. (2012) reforçam que, mesmo com a instituição das DCN - que proporcionaram um novo olhar para os currículos e incentivaram a construção de novos projetos pedagógicos -, a formação em ciências da saúde ainda está voltada para o mercado de trabalho neoliberal, centrada na formação técnica e assistencial curativista, tendo dificuldade para desenvolver e universalizar soluções adequadas à realidade social brasileira. Ou seja, o modelo de ensino continua fortemente agregado à concepção filosófica do setor privado.

Bravo et al. (2018) relatam o papel importante das IES na formação dos futuros profissionais de saúde quando associada a ferramentas de ensino que potencializam o processo de ensino-aprendizagem, como a educação interprofissional e a metodologia da problematização, utilizando dos serviços de atenção primária à saúde. Mas os autores têm ciência de que, no Brasil, o modelo tradicional, hegemônico, com o viés de mercado das IES, retroalimenta o cenário de prática em uma assistência focada na doença, e na categoria médica hegemônica sobre as demais profissões da saúde, compartimentalizando o saber e promovendo um trabalho em equipe ineficiente e de baixa resolutividade. Nesse contexto, a tendência é aumentar o desprestígio do SUS no senso comum dos alunos, com consequente desvalorização dos profissionais ali presentes.

Assim, a desvalorização da saúde pública no ambiente acadêmico reforça a depreciação do papel do preceptor na atenção primária à saúde, distanciando e criando outra barreira na formação, na perspectiva da saúde coletiva.

5.5.2 Categoria G: Serviço

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender [...] o componente *serviço* não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor (Ceccim; Feuerwerker, 2004b, p. 44).

As manifestações dos profissionais entrevistados evidenciam as barreiras e as contribuições da face serviço no exercício da preceptoria, com a balança pendendo mais para os fatores dificultadores. Essa face do quadrilátero abrange o cenário em que ocorre o processo ensino-aprendizagem, afetando diretamente a vida de profissionais, alunos e usuários do sistema, e provocando transformações para o próprio serviço (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 - Apresentação resumida da categoria serviços e subcategorias, e sua frequência relativa

Subcategorias	%
G1: Agenda sobrecarregada	11,7
G2: Oportunidades de aprendizado multiprofissional	6,5
G3: APS como cenário de aprendizado (des)valorizado	6,0
G4: Inadequação de estrutura física	3,0

Fonte: O autor.

5.5.2.1 Subcategoria G1: Agenda sobrecarregada

Na população estudada, esta subcategoria foi a segunda mais impactante, com alta frequência relativa, demonstrando a dificuldade de realizar atividades de ensino ao mesmo tempo em que se presta assistência, como dupla atribuição.

Gostaria de ter mais tempo, mas como não tenho... tenho uma agenda cheia, tenho 2.800 pessoas para cuidar com uma vulnerabilidade imensa, então, falta tempo. [...] Mas cadê o tempo, onde? Não tem. [...] mas eu acho que se a gente tivesse mais tempo próprio para isso, seria fantástico (lota).

Então eu acho que seria isso, ter um tempo mais livre só para os alunos, só para a preceptoria (Gama).

O aluno, ele é cheio de dúvidas. No fundo, ele não sabe. Ele é cheio de dúvida e você tem que explicar. Aquele tempo de 15 minutos para um paciente, você sozinho com o paciente você consegue desenrolar. Com o aluno, não. Então, por exemplo, de 15 você precisa de mais 15 (Delta).

Às vezes você está com a agenda lotada e você não consegue dar tanta atenção a eles como eu gostaria (Mu).

Tem 30 minutos por paciente mas, o aluno, ele não consegue desenvolver em 30 minutos. Por exemplo, geralmente ele precisa de uma hora, uma hora e quinze, então pra não gerar um atraso muito grande às vezes eu vou adiantando uma urgência (Alpha).

Nos excertos acima, evidencia-se que, em virtude das atividades assistenciais, falta tempo para o exercício adequado da preceptoria. Constata-se o desejo de ter mais tempo para ensinar, para o aluno se apropriar do aprendizado e, conseqüentemente, para a assistência.

Um aspecto a ser levantado buscando um equilíbrio entre preceptoria e assistência é o dimensionamento da população adscrita que o profissional deve acompanhar. Estudos e políticas fazem cálculos sobre esse dimensionamento territorial no SUS, ou seja, qual o número de indivíduos cadastrados a uma determinada equipe de saúde da família. A Portaria 2.355/13 (Brasil, 2013a), por exemplo, recomendava que uma ESF fosse responsável por uma população de 4000 pessoas. A atual Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017), porém, determina que a população adscrita por ESF seja de 2000 a 3500 pessoas, podendo existir outros arranjos conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. Porém, não existe menção ou especificação sobre ensino em qualquer política pública

referente ao dimensionamento populacional. Dessa forma, é evidente que haverá sobrecarga de trabalho para preceptores.

Na verdade, a nossa agenda não favorece a preceptoria. Ela não é ajustada para isso. Por exemplo, um profissional de 40 horas que tem tal meta... ah... se ele é preceptor, a meta é baixada ou algum horário é mais flexível? [...] Então, dentro da minha agenda eu faço com que isso funcione, mas não existe nenhuma facilitação para isso (Epsilon).

Não há políticas que flexibilizem ou justifiquem a redução do atendimento assistencial ou de metas contratuais do profissional para que realize a atividade de preceptoria no âmbito de graduação. Essa é uma barreira importante em tal atividade: inexistência de agenda para o ensino na APS.

Então, é bastante complicado, por causa das metas que a gente precisa bater (Beta).

Se eu fizesse uma agenda adaptada para receber a graduação, ia ter um impacto produtivo muito grande. [...] Na verdade, a gente não mexe na agenda dos profissionais por causa dos estágios da graduação. [...] Não dá, a gente tem meta produtiva (Lambda).

A falta de tempo para a atividade de preceptoria é reforçada quando os profissionais mencionam, novamente, o impacto das metas de produtividade a que estão submetidos.

A agenda dos profissionais CLT (92,9% dos entrevistados) é pactuada nos contratos de gestão das parcerias público-privadas. Esse contrato é um instrumento que apresenta informações e pactuações entre a Prefeitura Municipal de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde, contendo o plano de metas a serem cumpridas mensalmente. Nesse documento, não há menção a ações de integração ensino-serviço-gestão-comunidade, mesmo com a ciência de que diversas UBS realizam tal atividade. Além disso, a exigência é que a meta deve ser alcançada em, no mínimo 85%, para que não ocorra prejuízo do repasse financeiro recebido pela OSS (São Paulo, 2014).

Devido à pressão institucional pelo alcance de metas, não houve relatos positivos sobre permissão ou possibilidade de flexibilidade na agenda pelos sujeitos da pesquisa. Assim, pode-se inferir que há sobrecarga de trabalho ao profissional que faz preceptoria, sendo prioritária a assistência em detrimento das atividades de ensino.

[...] a gente entende também que o paciente não pode sofrer com isso, então a gente não pode reduzir a agenda ou prejudicar o acesso porque a gente está formando. O aluno tem que entender que ele está diante de um serviço de saúde que tem a sua responsabilidade com a assistência, e o paciente precisa entender que nós estamos formando (Kapa).

Então, uma possibilidade de manejo melhor de agenda, de flexibilizar a minha agenda, de espaço físico... acho que sim. Tem que se adequar à presença dos internos, mas não que a rotina, nem o tipo de atendimento que se faz, tenha que mudar. Acho que isso não, porque senão deixa de ser um cenário real (Nu).

De maneira aparentemente contraditória à falta de tempo, os excertos acima denotam preocupação com a preservação da assistência. Essa reflexão demonstra consciência sobre a manutenção do acesso e da realidade do serviço, tendo em vista que os alunos inseridos na UBS notarão a (des)organização do processo de trabalho real. Isso provoca uma discussão sobre se deve haver mudança ou não do cenário de trabalho para o cenário de ensino. Qual é a realidade que deve ser ensinada: adaptada ou sem filtros?

De acordo com Paulo Freire (2016), ensinar exige a apreensão da realidade, e aprender é construir e reconstruir, ou seja, o processo ensino-aprendizagem é uma aventura aberta ao risco. Ensinar e aprender é a relação do esforço metodologicamente crítico do professor de manifestar a compreensão de algo. com o empenho igualmente crítico do aluno, de ser sujeito da aprendizagem (Freire, 2016). Dessa forma, corrobora-se a ideia do esforço do preceptor em preservar o acesso, mantendo a assistência adequada à população, fazendo parte do processo pedagógico para reflexão das barreiras que o serviço impõe para as atividades assistenciais.

Os preceptores são construtores desse cenário de aprendizagem com a realidade posta e pungente. Porém, não têm governabilidade ou controle na tomada de todas as decisões administrativas importantes. Há gestores, coordenadores, secretários, políticos que assim o fazem, competentemente ou não. Concordando com Souza et al. (2013), os preceptores não são meros expectadores nesse processo. Podem ser protagonistas desde que preparados. O excesso de demanda do trabalho, a imposição de ter que ensinar e dar conta do serviço simultaneamente, a baixa remuneração e a falta de motivação ou reconhecimento da função de preceptor são alguns dos problemas a serem superados. Mesmo diante de tantos obstáculos da realidade, não se pode sucumbir e permitir que as dificuldades eliminem a vontade de transformar e de melhorar os alunos. Os autores deixam uma pergunta retórica: não

é nesse cenário, cheio de adversidades, que os alunos vão atuar como profissionais no futuro?

Eu acho que a gente tinha que chegar em um meio termo, a gente tem sim que se preocupar com o acesso dos pacientes, se preocupar com a produção da unidade, mas tem que sim estar previsto na nossa carga de trabalho as atividades de preceptoria, a gente não tem previsto na nossa carga de trabalho as atividades de preceptoria (Lambda).

Solicita-se, portanto, o equilíbrio entre as agendas de exercício da preceptoria e de assistência, com alguma flexibilização para ambas, sem descaracterizar a realidade para o ensino. Com isso, poder-se-ia provocar no aluno, e também no preceptor, na perspectiva de educação permanente, uma reflexão sobre o processo de trabalho e qual a melhor forma de conduzi-lo. Notadamente, o engajamento dos preceptores com o ensino colide frontalmente com uma agenda não planejada para tal fim.

5.5.2.2 Subcategoria G2: Oportunidades de aprendizado multiprofissional

Esta subcategoria apresenta e analisa as respostas dos sujeitos da pesquisa em relação a como vêm os outros profissionais que compõe a equipe da UBS, colaborando, ou não, com a preceptoria.

Acho que fatores que contribuíram é equipe. É muito bom trabalhar junto e ter pessoas que possam te ajudar nesse trabalho e mostrar isso para os alunos. Porque a gente não é treinada para trabalhar em conjunto. É uma coisa lindíssima a gente trabalhar em equipe (Iota).

E o que facilita, pelo menos que eu vejo dentro da nossa unidade, é uma abertura mesmo, de grandes mãos dos profissionais. Lógico que tem um ou outro que não gosta de ficar com aluno, "ah não, não quero acompanhar aqui e tal", mas diretamente eu nunca ouvi isso [...] mas acho que 85% dos profissionais da unidade receberam esses alunos de braços abertos (Gama).

Na unidade que eu trabalho, as pessoas são bem abertas a ajudar [...] um ou outro que não quer, que não aceita estar estagiário junto, mas eu acho que a maioria, eu acho que uns 90% dos funcionários ajudam bastante (Mu).

Verifica-se como positiva a experiência de recepção dos alunos pela equipe de saúde, que se constitui em fator de aproximação com o quadrilátero da formação, reforçando o trabalho e o aprendizado multiprofissional, apesar de não ser

unanimidade. A percepção dos preceptores é que uma pequena porcentagem dos trabalhadores da UBS não se sente confortável em receber alunos. O trabalho em equipe ou colaborativo, além de ser um tema enfatizado mundialmente, como por exemplo na Declaração de Alma Ata de 1978 (Declaração de Alma-Ata, 2001) e no sistema de saúde britânico - National Health System (NHS) -, também deve pertencer ao contexto da formação profissional para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, na perspectiva da educação multiprofissional e interprofissional (Peduzzi et al., 2016).

Eu percebo que alguns profissionais têm mais jeito, ou não, com os alunos (Epsilon).

[...] eu, realmente, enxergo que tem funcionário que não fica à vontade nessa situação de receber aluno. Não sabe se comportar. Porque eu recebi meu treinamento de como receber esses alunos. Os funcionários daqui, não (Beta).

Na percepção desses preceptores, alguns trabalhadores apresentam dificuldades em participar das atividades cotidianas da UBS com discentes. Ter “jeito” com alunos pode ser decorrência de vontade própria, de conhecimento do processo de ensino ou de clareza em relação aos objetivos formativos da APS. Mas, evidentemente, a equipe necessita de uma preparação anterior à chegada de alunos na USB. Pode-se inferir que ter afeição por alunos tenha relação com a capacitação e a compreensão desses profissionais em relação ao processo formativo.

Na perspectiva de justificar a importância da interprofissionalidade, Ceccim (2018) relata que as bases da educação interprofissional envolvem os princípios e valores da andragogia e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Isso é particularmente relevante porque, na pós-graduação e na educação permanente em saúde, apresenta-se o maior número de registros de práticas educativas com respaldo do trabalho em equipe multiprofissional. Na graduação, esse cenário é mais raro, mas está entre os objetivos educacionais, incentivando professores universitários a se apropriarem da educação interprofissional baseada no aprendizado compartilhado e no planejamento da força de trabalho.

Quando inquiridos sobre a possibilidade de realizar preceptoria de outras categorias profissionais, em uma perspectiva multiprofissional, alguns dos profissionais entrevistados posicionaram-se da seguinte forma:

Eu acho que eu teria dificuldade de conseguir entender quais são os limites da categoria [...] Eu acho isso legal, mas eu acho que eu não tenho capacitação (Nu).

[...] Eu teria dificuldade, não conseguiria. Eu conseguiria mostrar um pouco da atenção básica como funciona, mas não entrando na especificidade de cada um. Porque eu acho que aí deveria ser um preceptor da própria categoria (Mu).

Na maioria dos casos, houve estranhamento à pergunta, outros se espantaram com a ideia, rechaçando a possibilidade. Os profissionais dos dois excertos acima consideraram que, se o aluno de graduação for da área da saúde, a dificuldade é minimizada. Não se ponderou, porém, sobre o potencial multiprofissional que contempla a integralidade do cuidado.

Eu acho que é sempre enriquecedor. Eu sou muito, muito, a favor da equipe e a gente trabalhar junto e construir conhecimento e trocar tudo isso. Eu não acho que seria um problema (lota).

[...] como o atendimento, hoje, é muito multidisciplinar, então ter isso já na graduação eu acho excelente (Epsilon).

Os dois sujeitos da pesquisa acima citados responderam com entusiasmo e otimismo, afirmando que a troca de experiências entre o aluno e os demais profissionais provoca crescimento, estímulo e construção de conhecimento.

Nos modelos educacionais tradicionais, a formação em saúde é predominantemente uniprofissional, havendo pouca ou nenhuma interação com outras profissões. O modelo educacional hegemônico, ainda persistente em muitas escolas, está pautado na racionalidade biomédica do processo-saúde doença, fragmentada em disciplinas estanques, com ênfase no domínio técnico-científico em detrimento da interprofissionalidade, da integralidade e da determinação social do processo saúde-doença (Peduzzi et al., 2016). Por isso, para Bravo et al. (2018), a educação interprofissional se destaca como uma ferramenta capaz de promover mudanças nos cenários de ensino, buscando práticas eficientes para o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde.

Eu tenho uma experiência muito exitosa [...] Reunião de equipe, só mais um parêntese, fica uma confusão (risos) porque são seis agentes comunitários, quatro médicos - dois médicos e dois residentes, ficam mais três estagiárias da TO, mais três estagiárias da fisioterapia, mais uma preceptora da fisioterapia, mais uma preceptora da TO. Ou seja, a gente faz uma convenção para discutir caso e todo mundo querendo contribuir (Kapa).

Nota-se a potência da interação entre as profissões tornando imperativo o trabalho em equipe, que pode acontecer em reuniões e encontros de diferentes profissionais de uma mesma equipe.

Peduzzi et al. (2016) reforçam que a docência com profissionais da mesma categoria favorece uma relação horizontal de proximidade, mas a docência compartilhada com outras categorias aproxima o estudante do enfoque de áreas correlatas.

Para formar profissionais aptos para o trabalho colaborativo na APS, é fundamental promover o aprendizado compartilhado e a interação de outras categorias profissionais em cenários de trabalho.

5.5.2.3 Subcategoria G3: APS como cenário de aprendizado (des)valorizado

A proposição que norteia esta subcategoria é o valor atribuído à atenção primária à saúde, representando 6,0% dos excertos.

[...] então os internos, eles vêm muito com a cabeça do médico especialista, e alguns poucos abertos para a visão da atenção primária, é muito estimulada essa cultura do médico especialista, e isso, às vezes, dificulta um pouco. [...] Quando eles começam a entender que a gente cuida dos problemas mais prevalentes, que nós somos uma das portas de entrada, mas um serviço de alta resolutividade (Nu).

O excerto acima denota a percepção do preceptor sobre a desvalorização do serviço público em função da valorização das especialidades médicas. Na opinião desse sujeito da pesquisa, tal entendimento dificulta a inserção do aluno porque pode provocar um viés de fragmentação do cuidado, ao contrário do que se preconiza na APS, onde se busca um olhar ampliado e integral da saúde. Apesar do autorreconhecimento como um cenário importante para a saúde da população, chamou atenção o trecho “somos uma das portas de entrada, **mas** um serviço de alta resolutividade”. O uso da conjunção coordenativa de adversidade “mas” pode ter sido apenas um engano no uso da partícula para unir as duas orações, mas, também, pode denotar uma contradição. O fato de ser resolutivo não se opõe a ser porta de entrada. É sabido que a demanda do acesso na APS é bastante grande, e tem aumentado

cada vez mais, razão pela qual sua capacidade de resolução mostra a qualidade do serviço. O que se questiona na colocação do entrevistado é se ele, realmente, acredita nessa resolutividade, o que pode provocar insegurança aos seus alunos.

O que nós estamos querendo dizer é que as instituições públicas e a faculdade de [REDACTED] precisam assumir como responsabilidade é que a saúde faz parte da seguridade social, e defender um sistema de saúde universal forte faz parte de um processo civilizatório porque transforma a realidade das pessoas (Kapa).

No excerto acima, nota-se uma intercessão veemente ao Sistema Único de Saúde, denotando que o entrevistado acredita que as instituições públicas não fazem essa defesa, à semelhança do que pensam e como agem alguns docentes das IES, conforme foi visto na subcategoria F3. O que os sujeitos da presente pesquisa argumentam nesta subcategoria é a importância do cenário da APS, na assistência e para o processo ensino-aprendizagem, em contraposição a cenários cujo modelo é aquele de saúde-doença unicausal, biologicista, individual, curativista, fragmentado em especialidades médicas e tecnicista.

A atenção primária à saúde é definida como atenção essencial do sistema de saúde do país, tendo enfoque no desenvolvimento social e econômico da comunidade. É a porta de entrada no sistema, e está o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham (Starfield, 2002).

Eu acho que, com a presença de um preceptor inserido na atenção primária, que tenha uma visão de sistema mais do que só uma visão da especialidade ou da clínica, uma visão de sistema, ela é indispensável (Kapa).

O excerto acima revela a autopercepção da importância do papel assistencial e de educador, destacando uma visão consistente do sistema de saúde, ou seja, políticas públicas, instrumentos gerenciais e fluxos específicos da APS, com a compreensão do processo saúde-doença dentro do contexto social em que a UBS está inserida.

[...] eu acho que eles saem mais motivados a pensar em trabalhar em serviço público (Alpha).

Você via muito médico que usava a unidade da gente como um pulo para a residência. [...] Eu acho que se a gente conseguir que na formação deles, eles tenham uma outra visão da atenção básica, a gente consegue profissionais no futuro mais voltados para a assistência na ponta (Mu).

Tem a motivação de eu querer que eles vivam o cenário da atenção primária melhor do que a que eu tive na minha graduação [...] talvez trazer mais pessoas para a APS (Nu).

Há, também, a valorização do serviço desenvolvido na atenção primária à saúde. Esses profissionais referem o papel cativante e fascinante da APS incentivando os alunos a buscarem o SUS como empregador, quando da conclusão de curso de graduação.

Esta subcategoria se situa numa linha tênue entre barreira e aproximação, com uma autopercepção positiva mas uma desvalorização externa ao serviço.

5.5.2.4 Subcategoria G4: Inadequação de estrutura física

De acordo com os sujeitos desta pesquisa, a estrutura da UBS é uma barreira na atividade de preceptoria.

Olha, acho que a principal mudança que eu pediria, e que a gente sempre pede para todas as unidades de saúde, é mudança de estrutura física (Kapa).

UBS, com certeza, não foi pensada como um meio de ensino, só de atendimento. Então, essa infraestrutura poderia ser melhor, com certeza. Ou até uma sala de alunos [...] onde eles possam deixar as coisas (Epsilon).

Na ótica dos preceptores, a estrutura física é evidentemente uma barreira para o ensino, correspondendo a 3,0% dos excertos. Essa questão da inadequação da estrutura para o aprendizado profissional dos estudantes é corroborada por outros estudos (Trajman et al., 2009; Cavalheiro; Guimarães, 2011; Cosme, 2013; Chagas, 2014; Faria et al., 2018; Pinheiro et al., 2018), incluindo a investigação de Bairral (2014), realizada no município de São Paulo em 2014. Os resultados obtidos nesta pesquisa, e aqueles apontados pelos autores mencionados, reforçam que a preceptoria em UBS padece de problemas relativos à ambiência, à infraestrutura, à falta de espaço para realização das atividades propostas e para acomodação dos alunos e seus respectivos pertences.

Eu acho que fatores que às vezes atravancam a questão do espaço físico [...] eu acho que as unidades deveriam ser mais voltadas para o ensino e essas unidades que são ensino serem realmente de ensino. Então assim, ter um espaço físico mais adequado. Então: salas. Isso é muito importante [...].

Então, ter um espaço garantido dos alunos eu acho que isso seria muito bom [...] (lota).

Nos dois manuais de estrutura física das unidades básicas de saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006; 2008b), em momento algum são citadas referências sobre possibilidade de recepção de alunos, ensino em serviço ou estrutura para recepção de estudantes. Fica claro que a UBS, por mais que se preze como ambiente de aprendizagem, ainda é pouco pensada, de fato, como um cenário com estrutura para o ensino, o que proporciona desconforto e dificuldades para a realização de atividades pedagógicas.

Os preceptores sugerem, então, um olhar diferenciado para as UBS recebem alunos. Inicia-se, assim, o pensar sobre a construção de um ambiente propício para o ensino, o qual deve, ao menos, contemplar fisicamente o espaço adequado.

5.5.3 Categoria H: Gestão

A ordenação da formação para a área da saúde como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade (Ceccim; Feuerwerker, 2004b, p. 50).

Ao analisar os discursos pelo olhar do quadrilátero da formação, a face gestão revelou visões polarizadas por parte dos preceptores.

Na epígrafe deste capítulo, os autores sustentam que o fomento do processo formativo deve ocorrer localmente. Como política pública, os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, assinados no âmbito dos municípios, fornecem diretrizes pedagógico-administrativas visando o fortalecimento da integração ensino-serviço-gestão-comunidade no Sistema Único de Saúde e garantindo os estabelecimentos de saúde, contidos no documento, como cenário de prática para formação em graduação ou pós-graduação (Brasil, 2015a). Apesar do COAPES, a análise das duas subcategorias revelou uma forte tendência de a face gestão, com exceção da gestão local, constituir-se em barreira à preceptoria (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 - Apresentação resumida da categoria gestão e subcategorias, e sua frequência relativa

Subcategorias	%
H1: Distanciamento da gestão	3,7
H2: Apoio da gestão local	2,5

Fonte: O autor.

5.5.3.1 Subcategoria H1: Distanciamento da gestão

Ainda que as políticas educacionais implementadas no Brasil - como as Residências Multiprofissionais, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde a, e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - incentivarem o desenvolvimento da preceptoria, esta subcategoria, com frequência de 3,7%, mostra que a insatisfação dos preceptores com a esferas de gestão, principalmente aquela de âmbito municipal.

Na verdade, eu acho que eles nem sabem quem a gente é. Eles não estão nem aí, na verdade. Tipo, manda quem pode, e a gente obedece, quem tem juízo (risos). É assim que as coisas vão. Porque eu acho que poderia fluir muito melhor. Então, a Prefeitura, eu acho que é um ponto que atrapalha muito. Não sei muito nada que a prefeitura contribui. Eu não sinto esse apoio e suporte, né (Iota).

Em relação à esfera da gestão, eu acho que eles são muito distanciados de tudo que está acontecendo. [...] eu acho que eles não fazem ideia do que a gente faz, eu acho que cada um cuida do seu quadrado, quem cuida da área de ensino, só cuida da área de ensino, não vê mais nada. Então, eu acho que a gente tem uma gestão muito fragmentada, muito tarefaira (Lambda).

Nos excertos acima, verifica-se que os preceptores ressentem-se de falta de suporte, distanciamento e até menosprezo por parte da gestão. Foi citado que “cada um cuida do seu quadrado”, demonstrando fragmentação da integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Cabe destacar que, durante a fase de coleta de entrevistas desta pesquisa, a maioria das CRSSP não possuía a relação de preceptores, o que prova o desconhecimento e/ou o desinteresse pela atividade.

O Estado tem que induzir a política, de como ele quer que seja essa formação, de como ele quer que os profissionais prestem contas dos serviços que eles estão prestando de ensino médico, no equipamento que está sendo utilizado e o que eles querem, no final de contas, com esse preceptor (Kapa).

Constata-se um pleito por um balizamento da gestão para exercício da função, com a intenção de formar de acordo com as diretrizes políticas. Os equipamentos de saúde que estão sendo utilizados são de responsabilidade do Estado, e este tem a incumbência de formar para o SUS, segundo a Constituição Federal (Brasil, 1988).

[...] já foi pior. Acho que está mais organizado atualmente do ponto de vista administrativo. Mas eles (gestão municipal) ainda estão muito distanciados. Quando a gente brinca que, por exemplo, 'eu sou OSS. Tenho meta e que, se eu receber todos esses estágios, eu tinha que ter uma meta menor!'. Que é um absurdo, porque meta tem relação com acesso (Lambda).

O distanciamento também pode ser notado quando se impõe um modelo assistencial por metas de produção, provocando um embate entre assistência e ensino, porque ou se ensina ou se atinge a meta de produção, à semelhança da falta de tempo discutida na subcategoria G1. Do ponto de vista do serviço e a dificuldade que este modelo traz, aqui se evidencia o engessamento da gestão nessa questão, que não permite flexibilização da agenda pelo próprio profissional.

O que me incomoda, e eu não acho que é um problema do serviço, eu acho que é um problema mais organizativo, do sistema, mas também um problema de gestão, da municipalidade é, primeiro, uma coisa que para mim é muito cara, é a discrepância de remuneração e de proteção de vínculos que a gente tem aqui. Então, o enfermeiro e o médico de equipe, apesar de terem, para nós aqui, principalmente porque praticamos muitas práticas avançadas de enfermagem, têm uma responsabilidade clínica muito compartilhada, seguem os pacientes de uma forma muito similar e têm uma remuneração discrepante. E aí, o médico tem o seu vínculo de trabalho protegido, apesar das incongruências e dos limites que eu coloquei, mas é incomparável ao trabalho do enfermeiro, que é hiperdemandado. Que ainda é tratado de uma forma muito gerencialista e clientelista pela organização social e pela municipalidade, pela gestão municipal, e ainda precisa dar conta de responder muitas vezes às demandas de formação (Kapa).

A fragilidade dos vínculos de trabalho é outro agravante da gestão em relação à percepção do preceptor a respeito das relações trabalhistas. Ele compara a categoria médica com os demais profissionais de saúde, identificando desigualdade de tratamento. O mesmo preceptor segue:

A gente pode justificar mudanças de agenda sem prejuízo nenhum para o trabalhador médico [...] Então eu acho que é quase um favoritismo, do qual a gente se beneficia, obviamente, mas acho que não pode ser assim porque não é uma forma política, e a gente precisa de políticas de ensino aqui (Kapa).

Como anteriormente mencionado, verifica-se um protecionismo para determinada categoria profissional, em detrimento de outras. Essas disparidades de reconhecimento financeiro para a preceptoría, bem como de sobrecarga de trabalho, podem gerar conflitos profissionais e pessoais. Uma gestão tendenciosa a um profissional ou categoria, como evidenciado no discurso anterior, leva a uma relação distanciada do preceptor com todas as instâncias quadriláteras. Poderá haver desmotivação no ensino, na assistência e no cuidado à saúde como um todo, por parte de profissionais com vínculo empregatício precarizado. Sugere-se que exista uma indução intencional de fragilização das relações trabalhistas devido a um mercado de trabalho em recessão, ou seja, aproveita-se que o setor da saúde está com pouca oferta de empregos em algumas categorias profissionais, com muitos desempregados, e excede-se em sobrecarga de trabalho e desvalorização financeira.

A proposta da gestão em roda de Ceccim e Feuerwerker (2004b) com a União, Estados e Municípios atuando no mesmo patamar, horizontalmente, às instituições formadoras, movimento estudantil, movimento popular e trabalhadores, é um ideal para a formação. Reconhece-se, inclusive, a utopia dessa configuração de gestão, mas acredita-se na responsabilidade de cada ente na formação, e não na formalidade política ou gerencial. Portanto, a gestão em roda dependerá de processos de ressignificação, respeitando todos os atores que compõem o quadrilátero.

Soares et al. (2013) postulam que a gestão é responsável pelo “problema raiz”, ou seja, pela falta de incentivo e pela remuneração inadequada para o exercício das funções, e pela não regulamentação da prática - que incluiria a definição dos direitos e deveres do preceptor relativos a carga horária, vínculos, dedicação, atribuições e estratégias pedagógicas. Assim, a resolução desse problema contribuiria de forma decisiva para a solução do distanciamento da gestão.

5.5.3.2 Subcategoria H2: Apoio da gestão local

Em oposição à subcategoria anterior, esta subcategoria buscou identificar o apoio da gestão, especialmente aquela de âmbito local - gestores de UBS -, como fator de aproximação do quadrilátero.

A gente tem uma gestora muito competente, que entende de atenção primária, que se formou na atenção primária, que pesquisa a atenção primária e que consegue dar um conforto para a gente, para a gente ter um processo de trabalho mais prazeroso, mais equânime, que a gente consiga dar conta de produtividade, mas entendendo a realidade de ter uma graduação junto [...] então tem uma gestão muito próxima nossa que entende a necessidade de ter esse perfil de formação, de ter esse viés de ensino, e acaba nos ajudando a proteger a nossa força de trabalho aqui (Kapa).

[...] gerência muito alinhada com as necessidades do internato, então a (nome da gestora da UBS) tem o internato como prioridade, ela vê o ensino como prioridade, se eu não tivesse ela aqui, se a unidade não tivesse ela aqui, provavelmente a atividade da preceptoria seria completamente deixada de lado (Nu).

Nos excertos acima, nota-se que a gestão da UBS apoia o ensino, tendo enfoque na formação e estimulando o profissional para a preceptoria. Percebe-se, na expressão “se a unidade não tivesse ela aqui”, o quanto a proximidade da gestão é importante, destacando o que Ceccim e Feuerwerker (2004b) enfatizaram na epígrafe. Na perspectiva do distanciamento que foi discutido anteriormente, esta subcategoria prova que a organização, a articulação e o preparo pessoal da gerência local propiciam uma sensação de respaldo aos preceptores.

É inegável o peso que a microgestão tem, e se expressa no cotidiano dos trabalhadores (Franco, 2007). Isso significa que não há, nem pode haver, dependência total de processos verticalizados, como as políticas públicas. Estas devem subsidiar e amparar o que se constrói pedagogicamente no serviço.

Dessa forma, espera-se que a gestão - em todas as suas instâncias, desde as políticas de incentivo até à qualificação do apoio próximo ao profissional - ampare a preceptoria.

5.5.4 Categoria I: Comunidade

O ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde, devendo estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança (Ceccim; Feuerwerker, 2004b, p. 47).

Devido à pouca produção da literatura científica sobre a participação popular nas esferas decisórias da integração ensino-serviço-gestão-comunidade, esta categoria é um importante diferencial do presente estudo.

Seguindo a perspectiva do olhar à participação popular como característica fundamental democrática e constitucional, Ceccim e Feuerwerker (2004b) salientam a singularidade permitida à comunidade nos processos decisórios do SUS, não apenas na avaliação do grau de satisfação com a atenção à saúde. Controle social quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, a execução e a avaliação da política nacional e regional de saúde, tendo na formação um respaldo ético-político como compromisso institucional. Como os autores escreveram, "o núcleo central da política de formação para a área da saúde é constituído pela própria população". Isso significa que a formação deve contemplar as necessidades sanitárias da população, não o que currículos de disciplinas ou desejos políticos, verticalmente, impõem (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 - Apresentação resumida da categoria comunidade e subcategorias, e sua frequência relativa

Subcategorias	%
I1: Passividade da comunidade	6,0

Fonte: O autor.

5.5.4.1 Subcategoria I1: Passividade da comunidade

Com fins didáticos e coerência com o restante da apresentação dos resultados desta dissertação, estabeleceu-se que, apesar de apresentar apenas uma subcategoria, esta seria mantida na categoria comunidade.

Ah, a comunidade... eu acho que de forma geral a comunidade ama. Assim, acho que eles gostam de ter os alunos que, querendo ou não, eles têm mais tempo para fazer uma consulta, para conversar mais... (Iota).

Em primeiro lugar, a comunidade ama que eles vão, eles se sentem acolhidos, eles se sentem felizes em saber que vão alunos ali naquela área, eles e vêm isso como um benefício próprio para eles (Xi).

A maioria das vezes, 85%... “nossa como eu estou sendo bem atendida, tanta gente pra me observar”. Na maioria das vezes, os pacientes têm esse tipo de resposta, “nossa que bacana!”. Ou acham que profissional é melhor porque ele está com alunos. [...] de maneira geral, eu percebo que os pacientes gostam da atenção, não é, ele não está sendo observado apenas por um profissional. Ele está sendo observado por dois ou três (Epsilon).

Verifica-se a percepção dos preceptores de aceitação passiva da população nesse processo de preceptoria, em uma perspectiva de inércia da comunidade pela inserção dos discentes. A boa receptividade que os sujeitos percebem em relação às atividades assistenciais, de pesquisa ou ensino, mostra a ausência de participação ativa, decisória ou regulatória.

Não sei se a comunidade participa, acho que não [...] mas eu não acho que os meus pacientes compreendem quem é o interno, de onde ele vem, porque ele está aqui, qual é a função dele (Nu).

[...] o paciente, por exemplo, não tem muita ideia de onde que veem os alunos, quem que é a instituição, qual que é a faculdade. Eles não têm muito essa noção de onde que eles são (Gama).

Olha, comunidade pouquíssimo integrada, eu sinto na comunidade, quase um laboratório, e eu acho ruim isso. Então, quando eu vou, mando um aluno lá do primeiro ano, do terceiro ano lá para visita, para conhecer a favela (porque ele nunca pisou numa favela), ele dá uma sensação que está indo para um laboratório, para ver como é que vivem as pessoas pobres nesse país, ainda mais aluno de Faculdade de Medicina, que a maioria é da elite. Então, por outro lado, eu penso que talvez se eles não fossem com a gente, eles não fossem nunca e nunca saberiam como que mora uma pessoa que vive na favela, ou que vive em uma invasão, ou que vive na rua. Então, essa integração com o território, ela dá uma sensação assim de, as agentes brincam, uma brincadeira bem pesada até: “ah, já vão mandar a gente para o passeio do zoológico”. É triste (Mu).

O trecho “mas eu não acho que meus pacientes compreendem quem é o interno” (sic) evidencia a percepção do preceptor sobre o desconhecimento da população sobre o processo formativo. Fica clara, também, a inexistência de participação da comunidade nas decisões e deliberações da unidade de saúde do território, constitucionalmente regulamentada.

Não vejo dificuldades na aceitação da população, pelo contrário, eu acho que os alunos desenvolvem um trabalho bem legal, principalmente em visita domiciliar. Eu acho que os pacientes, às vezes, eles trazem tantas queixas não é, eles são tão poliqueixosos, que às vezes o que eles precisam é só atenção (Gama).

Há uma percepção de carência da população por mais atenção, à qual os próprios preceptores não contemplam devido à agenda. Porém, algumas atividades realizadas pelos estudantes, por acontecerem em outro ritmo de trabalho e com maior foco no aprendizado, e consequentemente no usuário, preenchem essa necessidade.

Para ilustrar o distanciamento em que a comunidade se encontra dos processos decisórios no SUS, chama atenção o trecho a seguir:

Então acho que ele (gerente da UBS) abriu os braços, vendo a necessidade também, entre aspas, da comunidade, não é? De receber pessoas para que essas pessoas sejam usadas também para vivenciar a realidade dessa comunidade (Dzeta).

No excerto acima, apesar do positivo apoio gerencial, destaca-se, uma conotação - única nas entrevistas, é importante destacar - de menosprezo à necessidade de saúde e à participação popular do território, quando o preceptor utiliza a expressão “entre aspas” antes de se referir à comunidade. Logo em seguida, utiliza a expressão “essas pessoas sejam usadas”, referindo-se à população. Implicitamente, há a sugestão de a população constituir-se em cobaia. Reitera-se que se trata de uma fala completamente distinta das outras obtidas nesta pesquisa, mas denota preconceito social, que deve ser explicitado e destacado como mal exemplo para não que se perpetue.

Não houve, em discursos algum dos preceptores entrevistados, menção à participação do conselho gestor local ou de consulta prévia à inserção dos graduandos no território, reforçando o entendimento dos sujeitos da pesquisa sobre a incompreensão da população quanto à formação em serviço. Evidencia-se que a

comunidade não está envolvida no processo de formação em saúde no serviço, ou seja, na integração ensino-serviço-gestão-comunidade, sendo mantida à parte do processo educativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao comparar este estudo com o que a literatura já produziu em termos de preceptoria, pouco se avançou na percepção dos sujeitos sobre o tema. Barreiras como a falta de apoio das IES e da gestão, a baixa valorização do profissional, os métodos de ensino que pouco estimulam a reflexão e a criticidade dos graduandos, a infraestrutura precária das unidades, o pouco autorreconhecimento sobre o papel de transformação social como educadores, a falta de tempo para o ensino devido uma agenda exclusivamente assistencial com metas de produção, a dificuldade de realizar práticas colaborativas multiprofissionais e o despreparo pedagógico permanecem como entraves para o exercício da preceptoria na graduação.

Em contraposição, apesar do desgaste político que o SUS está enfrentando na atualidade com o subfinanciamento e a desvalorização - do ponto de vista de muitos profissionais da academia e alunos -, os preceptores vêm o cenário da atenção primária à saúde com estima e esperança de formação adequada. Inclusive, destacam o compartilhamento das experiências com discentes como algo profícuo ao autodesenvolvimento profissional.

Assim sendo, e de acordo com a percepção dos sujeitos desta pesquisa, realizada na cidade de São Paulo (SP), para forjar o perfil de preceptor envolvido, motivado e adequado ao que as DCN propõem é importante que se proporcione espaço suficiente na agenda para o profissional ensinar, que se reconheça financeiramente e estimule as competências pedagógicas deste através de formação, com ênfase em andragogia, fomentando uma visão comprometida com a cidadania e a responsabilidade sanitária sobre o território em que atua.

Pode-se constatar que a prática não é problematizada, sugerindo pouca reflexão sobre a realidade, na perspectiva da concepção bancária da educação, cumprindo-se as obrigações assistenciais pela imposição de metas contratualizadas. Entretanto, isso não ocorre quando o preceptor possui conhecimento das metodologias ativas de ensino e das estratégias de avaliação adequadas, proporcionando maior autonomia e organização do trabalho, incitando-o à construção

do conhecimento juntamente com o graduando. Notou-se, inclusive, que tais profissionais atribuem maior significado político-social à formação.

De acordo com a análise realizada, o desequilíbrio observado em relação ao quadrilátero da formação, sugere a necessidade de melhor articulação e proximidade entre as faces, para favorecer o ensino através da preceptoria. Evidenciou-se que as IES devem se aproximar mais do serviço, e apoiar seus preceptores e profissionais da equipe com formação, orientação e suporte pedagógico, além de alicerçar sua base de ensino no e para o SUS, de acordo com a necessidade do território, valorizando a saúde pública. Para compor um cenário de aprendizagem problematizado e transformador, é importante que a face serviço mantenha o cenário de trabalho sem deformações da realidade. A face gestão, de maneira descentralizada mas apoiada pelas instâncias maiores, deve prover dispositivos que facilitem o exercício da preceptoria, diminuindo a carga assistencial em favor do ensino, flexibilizando a agenda, e conferindo maior autonomia ao preceptor, além de remuneração pertinente à função, não à categoria profissional. A infraestrutura da UBS deve ser adequada ao ensino. No tocante à comunidade, é necessário aproximá-la, problematizando as questões da formação em serviço com a participação ativa da sociedade, através dos conselhos que lhe ofertam poder decisório e avaliativo.

Sob o prisma do quadrilátero da formação, na perspectiva dos preceptores de graduação em atenção primária à saúde investigados no presente estudo, todos do município de São Paulo (SP), há que transpor muitos obstáculos para a boa fluência da função à medida que se avança na interprofissionalidade, engajamento pessoal, autovalorização do trabalho e, pontualmente, com algumas IES que preparam os profissionais e alguns gestores locais que reconhecem a preceptoria. Portanto, o adequado exercício dessa função depende, fortemente, das outras faces que compõem o quadrilátero. Olhar cada face separadamente, como as categorias expostas neste estudo, sob o ponto de vista do preceptor, identifica mais facilmente os problemas e pode facilitar a articulação entre os atores e a superação dessas barreiras.

Para além de sua implicação direta no processo ensino-aprendizagem com estudantes, balizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o preceptor pode contribuir para a integração ensino-serviço-gestão-comunidade dado seu lugar estratégico: profissional do serviço de saúde, exercendo função docente articulada com a IES, a gestão e a comunidade.

Como limitações deste estudo, podem-se destacar a não disponibilização de contatos de preceptores por algumas CRSSP - impedindo o contato com outras percepções, como, por exemplo, ilustrado no nicho de preceptores que receberam planejamento e preparo da IES na categoria F -, e a pouca experiência em pesquisa qualitativa do autor do trabalho, o que pode ter dificultado a elaboração de entrevista e análise mais adequadas.

Paulo Freire (2016) demonstrou que ensinar exige a convicção de que a mudança é possível. Ter conhecimento do problema como possibilidade e não como inexorabilidade. Disse ele: “o mundo não é. O mundo está sendo”. Por isso, formar no e para o Sistema Único de Saúde vai muito além da técnica ou da clínica. É um sonho que almeja (trans)formar uma sociedade mais humana, menos desigual, mais politizada e mais democrática. Todos fazem parte desse processo, e o preceptor é um potente protagonista na consecução desse propósito.

REFERÊNCIAS⁴

Aguiar AC. A inserção do acadêmico de Enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família: o papel do preceptor [dissertação]: Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2013.

Aguiar Neta A, Alves MSCF. A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2016 jan-abr;14(1):221-35. doi: 10.1590/1981-7746- sip00089.

Albiero JFG, Freitas SFT. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017 jul/set;30(3):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.5836>.

Albuquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2007.

Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 10a ed. Joinville: Ed. Univille; 2015.

Autonomo FROM, Hortale VA, Santos GB, Botti SHO. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na Atenção Primária: análise das publicações brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2015 jun;39(2):316-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>.

Bairral JCP. Integração ensino e serviço: perfil dos preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/saúde família do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas; 2014.

Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. Papel do preceptor da Atenção Primária em Saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Rev Bras Educ Med*. 2011 dez;35(4):578-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>.

⁴ De acordo com Estilo Vancouver.

Bastos CAH, Botelho NM, Portella MB, Nascimento CCCL. Aplicação do Método de Avaliação 360º em residentes médicos de Ginecologia e Obstetrícia. REAS. 2019 out;(34):e1423. doi: 10.25248/reas.e1423.2019.

Bentes A, Leite AJM, Montenegro APDR, Paiva Junior BR, Medeiros SFC, Gomes JMA, et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! Cad ABEM. 2013 out;9:32-8.

Berbel NAN. Metodologia da Problemática. Experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica. Londrina: EDUEL; 1998.

Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. Interface. 2014 jun;18(49):337-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0158>.

Bof SMS. Preceptor em medicina de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde em Vitória – ES [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2019.

Borochovcicius E, Tortella JCB. Aprendizagem baseada em problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. Ensaio: aval pol públ educ. 2014 jun;22(83):263-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40362014000200002>.

Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. Rev Bras Educ Med. 2008 set;32(3):363-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>.

Brasil. Câmara dos Deputados. Lei n. 10172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2001a jan. 10); Sec.1:1 [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10172-9-janeiro-2001-359024-normaatualizada-pl.pdf>.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2014a jun. 23). Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CES-CNE-003-2014-06-20.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES n. 1133, de 7 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília (2001b out. 3) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação. Lei n. 11180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos - PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial - PET, altera a Lei no 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2005a set. 23) [citado 23 abr. 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11180-23-setembro-2005-538611-norma-pl.html>.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria n. 2118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2005b nov. 4). [citado 23 abr. 2020]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_terministerial_2118.pdf.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução n. 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2015a maio 26) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_26824639_RESOLUCAO_N_1_DE_25_DE_MAIO_DE_2015.aspx.

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Edital n. 4, de 10 de dezembro de 1997. O Ministério da Educação e do Desporto - MEC, por intermédio da Secretaria de Educação Superior - SESu, torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC. Brasília (DF): Ministério da Educação; 1997 [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova Parecer Técnico nº 300/2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2018 fev. 26) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: <https://anup.org.br/legislacao/resolucao-no-569-de-8-de-dezembro-de-2017/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC n. 2101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró- Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Ministério da Educação; (2005d).

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 4, de 29 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Diário Oficial da União, Brasília (2010a mar. 30) [citado 25 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/prt0004_29_03_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 10, de 20 de agosto de 2014. Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2014b ago 23) [citado 25 mar. 2020]. Disponível em: https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_21.08.2014-IV.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. (2010b mar. 4) [citado 25 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Diário Oficial da União, Brasília (2010c mar. 4) [citado 25 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0422_03_03_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 1127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2015b ago. 5) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1507, de 22 de junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2007a jun. 22) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri1507_22_06_2007.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.1618, de 30 de setembro de 2015. Institui, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília (2015c out. 1) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_01.10.2015-l.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2008a ago. 27) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 3019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2007b nov. 27) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1111, de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília (2005e jul. 6) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2355, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (2013a out. 11) [citado 28 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2017 set. 22). [citado 23 abr. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2011 out. 22) [citado 28 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.147, de 28 de Dezembro de 2012. Institui as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, de que trata a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília (2012 dez. 29) [citado 28 mar. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3147_28_12_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008b. citado 28 mar. 2020]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015d. [citado 28 mar. 2020]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2007c jun. 21) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/dnn/Dnn11279.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990a set. 20) [citado 27 de abr. 2020]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990b dez. 31) set. 20) [citado 27 de abr. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 9131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1995 nov. 25) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília (1996 dez. 23) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Lei n. 8745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2013b out. 23) [citado 23 mar. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.

Bravo VAA, Santos LC, Cyrino EG, Cyrino APP, Villardi ML, Pinto TR. Produzindo pesquisa, formação, saúde e educação na integração ensino, serviço e comunidade. Interface (Botucatu). 2018;22(Suppl 1):1481-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0440>.

Brehmer L, Ramos FR. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. Rev Eletr Enf. 2014 mar;16(1):228-37. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>.

Carvalho ACD, Vale ACS, Abrantes AS, Britto Filho CO, Godeiro Júnior CO, Faria EDB, et al. Estratégias de valorização e capacitação pedagógica do preceptor da residência médica. Cad ABEM. 2013 out;9:87-93.

Cassiano HMT. O exercício da preceptoria na Estratégia Saúde da Família segundo os preceptores de um curso de graduação em Medicina [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina; 2017.

Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. Cad FNEPAS. 2011;1:19-27

Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu). 2018;22(Suppl 2):1739-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004a out;20(5):1400-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004b jun;14(1):41-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação. Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo, abril de 2020. São Paulo: PMSP; 2020 [citado 13 maio 2020]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRS.pdf>.

Cerqueira P. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores no ensino da saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.

Cezario JEP. O desafio da articulação entre a formação em saúde e a integração ensino-serviço [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2013.

Chagas FJR. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação em saúde: a ESF como um arco-íris de possibilidades [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2014.

Chemello D, Manfroi WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptorial em um minuto. *Rev Bras Educ Med*. 2009 dez;33(4):664-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000400018>.

Cosme FSMN. Preceptorial de Enfermagem na Atenção Básica: construção de competências a partir da prática [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2013.

Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface (Botucatu)*. 2018 dez;22(67):1183-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.

Costa GAL. O procedimento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) nas 4a e 5a regiões de saúde do Rio Grande do Norte [dissertação]. Caicó, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2018.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

Delors J. Os quatro pilares da educação. In: Delors J, Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al., organizadores. Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília (DF): UNESCO, 2010.

Dias IS. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. Rev Sem Assoc Bras Psicol Escolar Educ. 2010 jan/jun;14(1):73-8.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha]. 2008-2020 [citado 30 nov. 2019]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/paci%C3%Aancia>.

Dohms MC. Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na atenção primária à saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2018.

Faé J, Silva Junior M, Esposti C, Carvalho R, Pacheco K. Perception of public service professionals about teaching-service integration in Dentistry. Pesq Bras Odontopediatr Clín Integrada. 2017;17(1):e3204. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.28>.

Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. Interface (Botucatu). 2018 dez;22(67):1257-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>.

Feijo LP, Fakhouri Filho SA, Nunes MPT, Augusto KL. Residente como professor: uma aniciação à docência. Rev Bras Educ Med. 2019 jun;43(2):225-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180053>.

Ferreira FDC, Dantas FC, Valente GSC. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 4):1564-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0533>.

Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão!. Interface (Botucatu). 2013 dez;17(47):929-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0733>.

Finkler RU, Silva AS, Bonamigo AW. Visão dos preceptores quanto à preceptoria e o acolhimento do estudante de graduação na atenção primária à saúde. Res Soc Dev. 2019;8(2):e1182557. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i2.557>.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Fonseca GS. Formação pela experiência: revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro' [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015. doi:10.11606/T.23.2016.tde-24052016-164007.

Fonseca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012.

Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Pereira CAL, Carvalho Junior PM. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2015;19(Supl 1):831-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1013>.

França APT. Preceptoria no estágio curricular de nutrição: o desafio do fazer [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina; 2014.

Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface (Botucatu). 2007 set/dez;11(23):427-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>.

Freire P. A Educação na Cidade. São Paulo: Cortez; 1991.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 54a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2016.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 63a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2017.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Giroto LC. Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2016.

Gonçalves CNS, Corrêa AB, Simon G, Prado ML, Rodrigues J, Reibnitz KS. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2014 jun;8(6):1678-86. doi: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201430.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População [homepage]. 2019 [citado 21 jan. 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>.

Imbelloni GL. Ensino-aprendizagem de enfermagem na rede básica de saúde: a preceptoria de estágio de uma instituição de ensino superior do noroeste fluminense [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro; 2012.

Izecksohn MM, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 mar;22(3):737-46. doi:10.1590/1413-81232017223.332372016.

Junqueira SR. Integração Ensino-Serviço proposta de aplicação desta parceria para a educação superior [tese livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014.

Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. *Rev Docência Ens Sup*. 2020;10 [citado 19 abr. 2020]. doi:10.35699/2237-5864.2020.13483.

Lima CM, Siqueira CRD, Almeida FAS, Ferreira GEB, Amaral JLA, Nobre MN, et al. Valorização da Preceptoria de Residência Médica na Região Amazônica. *Cad ABEM*. 2013 out;9:69-75.

Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(Suppl 1):779-91. doi: 10.1590/1807-57622014.0542.

Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)*. 2017 Jun;21(61):421-34 doi: 10.1590/1807-57622016.0316.

Lopes CMC, Bicudo AM, Zanolli ML. Qualificação como médico preceptor e a satisfação de seus clientes quanto à assistência recebida na UBS de origem. *Rev Bras Educ Med*. 2017 jan;41(1):145-51. doi:10.1590/1981-52712015v41n1rb20160048.

Lopes PES, Carvalho EJA, Souza FB, Jamelli SR, Melo MMDC. Opinião de cirurgiões dentistas sobre atividades de preceptoria na formação de estudantes de Odontologia. *Rev ABENO*. 2018;18(3):169-80. doi: 10.30979/rev.abeno.v18i3.578.

Luz WL, Toassi RFC. Percepções sobre o preceptor cirurgião-dentista da atenção primária à saúde no ensino da odontologia. *Rev ABENO*. 2016;16(1): 2-12.

Maerschner RL. Preceptoria no programa de educação pelo trabalho na perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio L. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Michaelis. *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa* [homepage]. São Paulo: Melhoramentos; 2015a. Mestre [citado 10 dez. 2017]. portugues/busca/portugues-brasileiro/mestre/.

Michaelis. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [homepage]. São Paulo: Melhoramentos; 2015b. Pedagogia [citado 10 dez. 2017]. <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/pedagogia/>.

Michaelis. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [homepage]. São Paulo: Melhoramentos; 2015c. Preceptor [citado 10 dez. 2017]. Disponível: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=preceptor>.

Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016.

Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. Rev Bras Educ Med. 2011 set;35(3):303-10. doi:10.1590/S0100-55022011000300002.

Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva. 2008 dez;13(Supl 2):2133-44. doi:10.1590/S1413-81232008000900018.

Mohr A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores no ensino da saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011. p. 53-65.

Monteiro DM, Leher EMT, Ribeiro VMB. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores de Internato Médico. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores no ensino da saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.

Morin E, Almeida MC, Carvalho EA, organizadores. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2004.

O'Brien-Gonzales A, Blavo C, Barley G, Steinkohl DC, Loeser H. What did we learn about early clinical experience? Acad Med. 2001 Apr;76(4 Suppl):S49-54.

Oliveira A, Aparecida C, Souza GMR. Avaliação: conceitos em diferentes olhares, uma experiência vivenciada no curso de pedagogia. 2008:2383-97 [citado 10 jan. 2020]. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2008/510_223.pdf.

Oliveira BMF, Daher DV. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação. *Rev Docência Ens Sup*. 2016 maio;6(1):113-38. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2074>.

Oliveira ET, Vasconcelos MVL, Rodarte RS, Esteves RZ. Odontologia e preceptoria: um olhar para a prática pedagógica dos preceptores de estágio. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(Supl):1-10.

Oliveira G, Moreth D, Ribeiro A, Loureiro C, Sayan HA, Soares J, et al. Desafios da Preceptoria na residência médica no lado de cima do Equador: experiência em Roraima. *Cad ABEM*. 2013;9:95-9.

Oliveira JM. Os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade de um município do nordeste brasileiro: desafios a educação na saúde [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2016a.

Oliveira MS, Lima VV, Petta HL, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Soeiro E, et al. Preceptoria no SUS: caderno do curso 2017. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2017.

Oliveira PCC. Competências para preceptoria de Enfermagem no Ensino Superior. 2016b [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.

Pagani R, Andrade LOM. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saude Soc*. 2012 maio;21(Suppl 1):94-106. doi: 10.1590/S0104-12902012000500008.

Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med*. 2008 dez;32(4):492-9. doi: 10.1590/S0100-55022008000400012.

Passos E, Carvalho YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saude Soc*. 2015;24(Suppl. 1):88-97. doi:10.1590/S0104-12902015S01008.

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho, FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Oliveira MAC, et al. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2016.

Pereira PM. A educação interprofissional e o Pró PET-Saúde USP-Capital 2012/2014: a percepção de tutores, preceptores e estudantes [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública; 2016.

Perrenoud P. Avaliação: da excelência à regularização das aprendizagens: entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Pimentel A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estud Psicol.* 2007 ago;12(2):159-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>.

Pinheiro LCR, Carvalho RB; Viana, PFS. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade e a formação em Odontologia: possíveis conexões e fluxos no ensino na saúde. *Rev ABENO.* 2018;18(4):148-59. doi: 10.30979/rev.abeno.v18i4.605

Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(1, Supl. 2):170-7. doi: 10.1590/S0100-55022012000300025.

Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery.* 2012 jan-mar;16(1):172-7. doi:10.1590/S1414-81452012000100023.

Rego S. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. 37-45, 2001. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores no ensino da saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.

Rocha HC, Ribeiro VB. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. *Rev Bras Educ Med.* 2012 set;36(3):343-50. doi:10.1590/S0100-55022012000500008.

Rocha PF, Warmling CM, Toassi RFC. Preceptoría como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista da atenção primária. *Rev Saberes Plurais - Educ Saúde.* 2016;1(1):96-112.

Rodrigues CDS. Competências para preceptoría: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2012.

Santos WP. Influência dos programas de reorientação da formação do profissional de saúde no processo de trabalho: perspectiva dos preceptores [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina; 2016.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Chamamento Público nº001/2014. Associação Saúde da Família. 01 de setembro de 2014 [citado 15 nov. 2019]. Disponível: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/CGR0012014.pdf>.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SP). Estabelecimentos e Serviços de Saúde da rede municipal por Coordenaria Regional da Saúde, Subprefeitura e Distrito Administrativo. Município de São Paulo. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2020 [citado 10 maio 2020]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/crs_sp_sub_munic.pdf.

Soares ACP, Maiorquim CR, Spuza CRO, Vale DNF, Fujimoto DE, Fagundes FP, et al. A Importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. Cad ABEM. 2013;9:14-22.

Sousa DP. Preceptoría em saúde bucal na atenção básica do município de Goiânia sob a perspectiva do preceptor [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina; 2013.

Sousa JCV. Implementação da avaliação 360º do residente no programa de residência médica de cardiologia e clínica médica do hospital universitário Onofre Lopes (HUOL) [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2015.

Souza APTC, Siqueira ES, Fernandes IBC, Correia IB, Araujo Júnior JGC, Santos LX, et al. Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores. Cad ABEM. 2013;9:77-85.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Storti MM, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. Interface (Botucatu). 2017;21(Supl. 1):1301-14. doi: 10.1590/1807-57622016.0511.

Toassi RFC, Stobäus CD, Mosquera JJM, Moysés SJ. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. Interface (Botucatu). 2012 abr-jun;16(41): 529-44. doi: 10.1590/S1414-32832012005000015.

Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Tochi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. Rev Bras Educ Med. 2009 mar;33(1):24-32. doi: 10.1590/S0100-55022009000100004.

Valente GSC, Cortez EA, Cavalcanti ACD, Cosme FSMN, Gonçalves LC. A preceptoria de enfermagem na atenção básica: construção de competências a partir da prática. Rev Enferm UFPE. 2014 jul;8(9):3047-58. doi: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201412.

Vallin C. Educação a distância e Paulo Freire. RBAAD. 2014;13:37-56 [citado 17 maio 2020]. Disponível em: http://seer.abed.net.br/edicoes/2014/02_ead_paulo_freire_pt.pdf.

Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. Interface (Botucatu). 2016 mar;20(56):147-58. doi: 10.1590/1807-57622015.0395.

Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. Interface (Botucatu). 2016 dez;20(59):1015-25. doi:10.1590/1807-57622015.0768.

Zilbovicius C. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2007.

Zonta R, Coutinho M. Experiência com videogravação de consultas - Técnica PBI (Problem Based Interview). Seminário de Comunicação Clínica. GT Comunicação e Saúde – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2014.

OFICINA 1: A preceptoria frente às faces do quadrilátero da formação

1 INTRODUÇÃO

Mediante os resultados encontrados na pesquisa **"A preceptoria para graduação no âmbito da atenção primária à saúde: perfil, processo ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da percepção dos sujeitos no serviço"** para aprimoramento de integração ensino-serviço-gestão-comunidade, com o objetivo de melhor articular as faces desse quadrilátero, foram construídas duas oficinas. Tais oficinas têm como objetivo sinalizar aos envolvidos a importância de cada uma das partes no processo ensino-aprendizagem, tendo como olhar central a preceptoria.

Oficina é uma modalidade de ensino. Nela são oportunizadas vivências concretas e significativas, que mudam o foco da aprendizagem tradicional, incorporando a práxis, a ação e a reflexão (Pereira et al., 2019).

A prática da oficina fundamenta-se na teoria da dialogicidade de Paulo Freire, ou seja, no aspecto da educação freiriana mais nobre da perspectiva e da construção teórico-prática. A relação dialógica é aquela que promove interação de saberes, porque, para Paulo Freire, o conhecimento se dá na relação. Daí decorre a preocupação da oficina, de proporcionar a convivência de pessoas em relação de conhecimento. Não se deve partir da reprodução do conhecimento, mas da produção de um saber que realize estímulo à liberdade e à autonomia para investigação (Pey, 1997).

A primeira oficina visa reunir docentes da IES, profissionais de saúde, gestores, alunos e comunidade para que, juntos, discutam as necessidades de saúde-aprendizagem, propondo alternativas para fortalecer politicamente a integração ensino-serviço-gestão-comunidade. Essa atividade tem como premissa a inserção no território da UBS, local onde ocorre o estágio, para facilitar o acesso da comunidade.

A segunda oficina tem como objetivo discutir com preceptores a pedagogia em serviço, abordando o processo de transformação da realidade do serviço em ambiente de aprendizagem, bem como estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação. Tal oficina pode ter lugar em um espaço em comum das UBS, dos STS, das CRS ou das IES.

2A. PLANO DE AULA - OFICINA 1

2A.1 Componentes

- Segmento serviço: preceptores da UBS e profissionais da UBS
- Segmento gestão: gestor local da UBS e gestor da STS, CRS ou SMS
- Segmento ensino: docentes da IES e coordenadores da IES
- Segmento comunidade: usuários da UBS
- Segmento discente: alunos de graduação que fazem estágio na UBS

2A.2 Dados de identificação

Universidade de São Paulo

Facilitador: Afonso Luís Puig Pereira

Quantidade de participantes: mínimo de duas pessoas de cada segmento

Duração da oficina: 4 horas

2A.3 Tema

A preceptoria frente às faces do quadrilátero da formação

2A.4 Objetivo de aprendizagem

2A.4.1 Geral

Discutir o processo de ensino-aprendizagem - sob a ótica do preceptor – com as outras faces do quadrilátero: docentes e coordenadores de IES, gestores de UBS e de instâncias hierárquicas mais elevadas, profissionais de saúde não preceptores e, principalmente, a comunidade.

2A.4.2 Específico

Ao final da oficina, os participantes estarão aptos a:

2A.4.2.1 Conceituais

- conceituar preceptoria;
- definir o perfil necessário que o preceptor deve ter;
- saber o conceito do quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004);
- conhecer as iniciativas de integração ensino-serviço-gestão-comunidade, com as experiências de preceptoria para graduação na APS desde as DCN de 2001;
- compreender o funcionamento da APS como coordenadora do cuidado, e identificar oportunidades de aprendizagem no serviço.

2A.4.2.2 Procedimentais

- identificar as barreiras e contribuições existentes na preceptoria para graduação em APS;
- discutir as necessidades de saúde-aprendizagem daquela comunidade e alunos;
- propor alternativas para contribuir com a preceptoria na integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

2A.4.2.3 Atitudinais

- despertar o interesse sobre o assunto;
- perceber a importância da preceptoria para graduação na APS;
- perceber a importância das outras faces na integração ensino-serviço-gestão-comunidade;
- minimizar estereótipos e preconceitos pela horizontalidade de poderes na integração.

3A CRONOGRAMA

Conteúdo programático	Estratégia de ensino	Recurso didático	Duração
Apresentação			
1. resgate da experiência prévia dos participantes: <i>"o que vocês já vivenciaram sobre preceptoria?"</i>			
2. apresentação da proposta da oficina: <i>discussão do processo ensino-aprendizagem sob a ótica do preceptor de graduação na APS em relação às outras faces do quadrilátero.</i>	Diálogo	Roda de conversa	30 min
3. divisão em 2 ou mais grupos contendo pelo menos um de cada seguimento			
Introdução			
1. apresentação do conceito de atenção primária à saúde, e como esta pode se constituir em um cenário de prática			
2. apresentação do conceito do quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004)	Aula expositiva dialogada	Computador, projetor e tela	30 min
3. conceituação de preceptoria sob a ótica de Botti e Rego (2008)	(facilitador)		
4. apresentação das DCN e de iniciativas políticas de apoio à integração ensino-serviço-gestão-comunidade			

Desenvolvimento			
1. exposição dos resultados e conclusão da dissertação	1. Aula expositiva dialogada (facilitador)	1. Computador, projetor e tela	2 h
2. cada grupo irá discutir alternativas e propostas à preceptoria para graduação na APS, levando em consideração o ponto de vista do segmento a que pertence	2. grupos	2. folha A1 e caneta pincel atômico	
Síntese			
1. apresentação das propostas e discussões de cada grupo	1. grupos e mediação do facilitador	1. Exposição das folhas A1	1 h
2. retomada de alguns conceitos e reflexão sobre a importância de cada uma das faces do quadrilátero diante do que foi exposto pelos grupos	2. Aula expositiva dialogada (facilitador)	2. Computador, projetor e tela	
3. fechamento e agradecimentos	3. facilitador		

4A. AVALIAÇÃO PROCESSUAL

A avaliação ocorrerá durante a aula, com mais de um facilitador, verificando a participação ativa de cada participante nas atividades propostas, durante o tempo de discussão dos grupos, observando como os participantes reagem diante das histórias apresentadas e quais discussões eles propõem e durante a reflexão final.

OFICINA 2: Transformando o serviço em cenário de aprendizagem - preceptores no centro da integração

2B. PLANO DE AULA

2B.1 Componentes

- Segmento serviço: preceptores da UBS e profissionais da UBS

2B.2 Dados de identificação

Universidade de São Paulo

Facilitador: Afonso Luís Puig Pereira

Quantidade de participantes: mínimo 10 preceptores

Duração da oficina: 4 horas

2B.3 Tema

Estratégias andragógicas e processo avaliativo

2B.4 Objetivo de aprendizagem

2B.4.1 Geral

Discutir o processo de formação de alunos de graduação na APS através do apoio pedagógico aos preceptores.

2B.4.2 Específico

Ao final da oficina, os participantes estarão aptos a:

2B.4.2.1 Conceituação

- conceituar preceptoria;
- conceituar andragogia;
- saber o conceito do quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004).

2B.4.2.2 Procedimentais

- conhecer estratégias de ensino-aprendizagem que abordem metodologias ativas de ensino no serviço em APS;
- conhecer estratégias avaliativas de alunos de graduação no serviço em APS;
- identificar oportunidades de aprendizagem no serviço;
- aproximar os preceptores entre si por meio da telepreceptoria.

2B.4.2.3 Atitudinais

- perceber a importância da preceptoria para graduação na APS;
- conhecer o perfil pedagógico do preceptor;
- realizar contato frequente entre os preceptores.

3B. CRONOGRAMA

Conteúdo programático	Estratégia de ensino	Recurso didático	Duração
Apresentação			
1. resgate da experiência prévia dos participantes: "o que vocês já vivenciaram sobre preceptoria?"	Diálogo	Roda de conversa	30 min
2. apresentação da proposta da oficina: discussão sobre formação de alunos de graduação .			
3. divisão em 2 ou mais grupos			
Introdução			
1. apresentar o conceito de preceptoria	Aula expositiva dialogada (facilitador)	Computador, projetor e tela	30 min
2. apresentar o conceito do quadrilátero da formação de Ceccim e Feuerwerker (2004)			
3. apresentar o conceito de andragogia			
4. apresentar o conceito de metodologia ativa de ensino			
5. apresentar conceitos de avaliação			

Desenvolvimento			
1. apresentação de estratégias de ensino e propostas avaliativas	1. Aula	1. Computador, projetor e tela	2 h
2. cada grupo irá discutir quais métodos são viáveis de acordo com sua realidade	expositiva dialogada (facilitador)	2. folha A1 e caneta pincel atômico	
3. discutir a viabilidade de formação do Telepreceptor integrando Docentes e Preceptores	2. grupos		
Síntese			
1. apresentação das discussões de cada grupo	1. grupos e mediação do facilitador	1. Exposição das folhas A1	1 h
2. retomada de alguns conceitos e reflexão sobre a importância da preceptoria	2. Aula expositiva dialogada (facilitador)	2. Computador, projetor e tela	
3. fechamento e agradecimentos	3. facilitador		

4B. AVALIAÇÃO PROCESSUAL

A avaliação ocorrerá durante a aula, com mais de um facilitador, e será feita pela observação da participação ativa de cada participante nas atividades propostas durante o tempo de discussão dos grupos, observando como os participantes reagem diante das histórias apresentadas, e quais discussões eles propõem, e durante a reflexão final.

REFERÊNCIAS

Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. Rev Bras Educ Med. 2008 set;32(3):363-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004 jun;14(1):41-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

Pereira HSTC, Pereira CAS, Pereira APC, Guimarães LP. A importância do Ensino de Saúde na Medicina: abordagem familiar no internato durante a estratégia saúde da família. Res Soc Dev. 2019 out;8(12):e248121718. doi: 10.33448/rsd-v8i12.1718.

Pey MO. Oficina como modalidade educativa. Perspectiva, Florianópolis. 1997 jan-jun;15(27):35-63. doi:<https://doi.org/10.5007/%x>.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Esta pesquisa intitulada “**Preceptoria na Atenção Primária à Saúde para cursos de graduação**” tem como pesquisadores o Profº. Drº. Celso Zilbovicius e o mestrando Afonso Luís Puig Pereira. Esta pesquisa realizada no município de São Paulo tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo do ensino em graduação ao avaliar a preceptoria na rede de Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde.

Benefício: credita-se que essa estratégia amplia o próprio campo de conhecimentos da pedagogia/andragogia universitária e contribui para o aprimoramento da formação e melhoria da qualidade da atenção em saúde da população.

Participação: A sua participação é voluntária e você está sendo convidado por exercer ou ter exercido a atividade de preceptoria de alunos de graduação em Unidade Básica de Saúde. Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa ou saída, a qualquer momento, não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores, com a Universidade de São Paulo, com a instituição que trabalha ou com a Secretaria Municipal de Saúde. Se concordar em participar desta pesquisa, será necessário, primeiramente, preenchimento de um formulário com dados relativos a seu histórico acadêmico e profissional. Posteriormente, os pesquisadores farão gravação de áudio e vídeo de uma entrevista individual (duração em torno de 1 hora), grupo focal com até 12 preceptores (duração em torno de 2 horas) ou observação participante (duração em torno de 4 horas). A escolha de uma das três opções dependerá da disponibilidade do participante da pesquisa ou de acordo com necessidade do pesquisador em complementar os dados da pesquisa. Durante as três formas de coleta de dados serão realizadas anotações. As gravações serão transcritas e analisadas pelos pesquisadores.

Riscos e desconfortos: todos os esforços serão demandados para que não ocorra nenhum tipo de constrangimento e para que o participante da pesquisa possa expor suas ideias sem receio, através de perguntas e roteiro adequados ao objetivo do estudo. As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento.

Ressarcimento, assistência e indenização: será assegurado o direito de ressarcimento, assistência ou indenização, caso seja necessário, em decorrência de algum dano causado.

Direito de desistir e acesso à pesquisa: o participante da pesquisa poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Qualquer dúvida com relação às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas no CEP-FOUSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Avenida Professor Lineu Prestes no 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 3091.7960 – e-mail cepfo@usp.br. O horário de atendimento ao público e pesquisadores é: de segunda a sexta-feira das 9 as 12h e de 14 as 16h (exceto em feriados e recesso universitário). Poderá entrar em contato também com CEP-SMS para

Rubrica Participante da Pesquisa

Rubrica Pesquisador Responsável

dúvidas e denúncias quanto à questões éticas através do e-mail smscep@gmail.com ou telefone (11) 33972464. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS no 466 de 2012). Caso queira tratar diretamente com o pesquisador ligue (11) 97205.4025 ou é possível encontra-lo no endereço da FOU SP.

Este termo foi elaborado em duas vias sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador responsável.

AUTORIZAÇÃO

Após ler, ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador sobre as características do estudo **“Preceptoria na Atenção Primária à Saúde para cursos de graduação”** concordo em participar e estou recebendo uma via deste termo.

Nome do participante da pesquisa: _____ São Paulo ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Atenciosamente,

Afonso Luís Puig Pereira

Pesquisador

Profº. Drº. Celso Zilbovicius

Orientador

ANEXO B - Ficha de identificação

QUESTIONÁRIO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Código (preenchido pelo pesquisador): _____

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ anos

Formação _____

Tempo de conclusão da graduação: _____

Especialização: () Sim () Não

Qual? _____

Residência: () Sim () Não

Qual? _____

Mestrado: () Sim () Não

Área: _____

Doutorado: () Sim () Não

Área: _____

A quanto tempo exerce a função de preceptoria? _____

Qual a carga horária para exercer essa função? _____

Realizou formação em preceptoria? () Sim () Não

Onde? _____

Interesse em realizar uma formação em preceptoria

() Sim, por que? _____

() Não, por que? _____

ANEXO C - Roteiro para entrevista semiestruturada

1. Você poderia me dizer como é sua rotina de preceptor(a) de alunos de graduação?
2. Sobre sua agenda profissional, como a preceptoria se encaixa?
3. Qual sua motivação para ser preceptor(a)?
4. Considerando o serviço e os profissionais que trabalham na UBS, que fatores contribuem ou dificultam seu trabalho de preceptoria?
5. Você acredita que deve haver mudanças no serviço para que o aluno de graduação conheça a realidade e a rotina? Se sim, quais?
6. Considerando a IES, de onde vem os alunos, que fatores contribuem ou dificultam seu trabalho de preceptoria?
7. Considerando a comunidade ou os usuários, que fatores contribuem ou dificultam seu trabalho de preceptoria?
8. Considerando a gestão, que fatores contribuem ou dificultam seu trabalho de preceptoria?
9. Considerando as relações humanas e de trabalho, vc poderia me dizer brevemente como é a relação entre a IES, serviço, gestão e usuários?
10. Considerando a sua experiência profissional como preceptor(a), quais habilidades, competências e atribuições de um preceptor na UBS para alunos de graduação?
11. Considerando a resposta anterior o que você acha que falta na sua sua formação em preceptoria? O que vc gostaria de aprender?
12. Considerando os métodos de ensino-aprendizagem disponíveis, você poderia me dizer quais são utilizados na sua rotina de preceptoria?
13. Você já teve experiência de ser preceptor de outra categoria profissional? Como foi, se não, como seria para você?
14. Deseja acrescentar algo sobre sua experiência de preceptor(a)?

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Preceptorial na Atenção Primária à Saúde para cursos de graduação

Pesquisador: AFONSO LUIS PUIG PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91282718.4.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.798.896

Apresentação do Projeto:

O projeto em preceptorial na Atenção Primária à Saúde tem como objetivo buscar o entendimento de como ocorre a formação de profissionais de saúde da rede no SUS em preceptorial

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem por objetivo compreender quais as competências, atribuições e habilidades de um preceptor que recebe alunos de graduação para Atenção Primária em Saúde para propor um curso de formação em preceptorial para profissionais de saúde da rede no SUS visando atuar em atividades

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram mencionados pelos autores, enquanto riscos, eventuais constrangimentos em face de perguntas relacionadas a atividade de preceptorial e formação acadêmica. Foram assegurados sigilo sobre a participação e manutenção de confidencialidade das informações levantadas. Foram apontados como benefícios a melhoria das condições de trabalho por desenvolvimento de formação em preceptorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto envolve temática relevante e contributiva.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

Continuação do Parecer: 2.798.896

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória apresentados e em conformidade.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1072208.pdf	05/07/2018 18:48:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Preceptorial_versao_5_julho_18.pdf	05/07/2018 18:46:51	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_5_julho_2018.pdf	05/07/2018 18:46:19	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_5_julho_18.pdf	05/07/2018 18:46:02	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Preceptorial.pdf	24/05/2018 18:24:31	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.798.896

SAO PAULO, 03 de Agosto de 2018

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** Preceptoria na Atenção Primária à Saúde para cursos de graduação**Pesquisador:** AFONSO LUIS PUIG PEREIRA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 91282718.4.3001.0086**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.934.192**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de dissertação para defesa do título de mestre em ciências da saúde cujo objeto é compreender a preceptoria para profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde no contexto de integração ensino/serviço para cursos de graduação na área.

O pesquisador pretende entrevistar e realizar observação participante ou um grupo focal com 40 profissionais de saúde que exercem a função de preceptoria de alunos de graduação em Unidades Básicas de Saúde.

A escolha da metodologia a ser aplicada se dará pela disponibilidade dos profissionais alocados em suas unidades de saúde, ou seja, se houver profissionais suficientes na mesma unidade ou próximos para uni-los em grupo focal, este terá prioridade devido à riqueza de produção de conteúdo.

Critério de Inclusão:

Profissionais da rede de saúde do SUS que atuam como preceptores de alunos de graduação.

Critério de Exclusão:

Profissionais de saúde que atuam como "preceptores" mas são exclusivamente da academia, ou seja, não atuam na assistência. Preceptores de, somente, alunos de pós graduação.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:** Compreender quais as competências, atribuições e habilidades de um preceptor**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar**Bairro:** Vila Buarque**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**CEP:** 01.223-010**Telefone:** (11)3397-2464**E-mail:** smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.934.192

que recebe alunos de graduação para Atenção Primária em Saúde para propor um curso de formação em preceptoria para profissionais de saúde da rede do SUS visando atuar em atividades de integração ensino-serviço em nível de graduação.

Objetivos secundários

- A. Identificar lacunas de formação do preceptor de alunos de graduação;
- B. Compreender o processo de transformação dos cenários de serviço em pedagógicos;
- C. Conhecer experiências e competências de profissionais que atuam como preceptores de alunos de graduação descrevendo as atividades do preceptor na atenção básica na formação de graduandos;
- D. Sugerir estratégias de ensino-aprendizagem para a formação de preceptores de alunos de graduação como sujeitos pedagógicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a formação de profissionais para o SUS.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Currículo do pesquisador - foi apresentado e está adequado.

TCLE, Cronograma, Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.934.192

Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1193682.pdf	14/09/2018 17:24:30		Aceito
Outros	Word_Respostas_pendencias_apontadas_no_parecer_do_CEP_SMS_set_18.docx	14/09/2018 17:23:50	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
Outros	Anuencia_SMS_Preceptoria_Mestrado.pdf	14/09/2018 17:21:00	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PDF_Projeto_Preceptoria_versao_14_setembro_18.pdf	14/09/2018 17:19:01	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
Cronograma	PDF_Cronograma_14_set_18.pdf	14/09/2018 17:17:28	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PDF_TCLE_14_set_18.pdf	14/09/2018 17:16:45	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Preceptoria_versao_5_julho_18.pdf	05/07/2018 18:46:51	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_5_julho_18.pdf	05/07/2018 18:46:02	AFONSO LUIS PUIG PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
 Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.934.192

SAO PAULO, 03 de Outubro de 2018

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO CEP: 01.223-010
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com