



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras”***

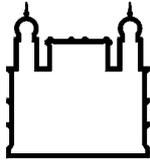
*por*

***Francine Ramos de Oliveira Moura Autonomo***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Virginia Alonso Hortale  
Segundo orientador: Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa*

*Rio de Janeiro, novembro de 2013.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SÉRGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras”***

*apresentada por*

***Francine Ramos de Oliveira Moura Autonomo***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Prof. Dr. Gideon Borges dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Virginia Alonso Hortale – Orientadora principal

*Aos meus pais que tudo me ensinaram com exemplo ímpar, e abdicaram dos seus sonhos e vontades para que eu pudesse hoje completar mais essa etapa de muitas que virão em minha vida.*

*Ao meu Moção, que em todos os momentos, também desse caminho, foi companheiro em todos os sentidos, e concordou em adiar o nosso "maior projeto", para que eu pudesse realizar esse sonho. Te amo.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelas oportunidades, e pessoas especiais que escolheu para compartilhar comigo desse projeto. Pela força e paz nos momentos de angústia e vontade de desistir.

À Amandinha que, mais uma vez, teve que dividir a atenção dos pais com uma irmã muito exclusivista e necessitada de carinho de pais.

Aos familiares (Vovó Iara; Tia Rita; Tio Celmo, Jú e Mari; Tio Fábio, Flavinha e priminhos; D.Gracinha, André, Ti e os meninos; Deise), amigos (Ca; Fê; Joni, Crau e Hugo; Sabrina, e Murilo) e vizinhos (Karla, Laís, Rômulo, Milton, Paula, Hugo e Diego) que ouviram meus lamentos e tornaram os momentos de lazer renovadores para próxima etapa de leituras (que não acabavam nunca).

À professora Virgínia Hortale, pela paciência e por me fazer sair da dormência (mesmo que com algum atraso) e enxergar que “pesquisar é viajar, partir em busca do conhecimento”, mesmo que inicialmente não fosse possível dimensionar o que encontraríamos ao fim do caminho (muitas vezes árduo).

Ao professor Rafael Arouca, que foi além de orientador na dissertação, orientador nas dificuldades que vivenciei no serviço. Sempre expressando seu ponto de vista.

Aos companheiros do Mestrado, que mesmo estando em situação de extremo desespero, tinham um lugar de sanidade para ajudar. Amei os almoços, conversas e aprendizado. Uns mais próximos (Mel, Natí, So, Alê, Maria, Keka, Regina), outros mais distantes, porém também importantes.

À Valéria Romano, pelas orientações iniciais e carinho com que sempre ouviu todas as minhas questões e sempre mostrava caminhos, mesmo que fosse um olhar solidário.

Aos professores, tutores, coordenadores e apoiadores do mestrado que contribuíram para nossa formação.

À Maria Alice, que além de fazer parte de minha trajetória acadêmica desde o início da escolha pela saúde pública, foi fundamental para elaboração dessa dissertação, sempre solícita, abrindo mão de sua biblioteca completa.

Ao Alex Melo, meu preceptor/mentor, chefe e amigo que me ajudou a viajar na pesquisa de mim mesma e me permitiu conhecer um mundo novo, de forma autônoma, que levou-me apaixonar pela saúde pública e ter sempre fé e esperança de que um dia “alcançaremos” a tão desejada utopia da Estratégia Saúde da Família (“Numa casinha de sapê”).

*À Bella, que sempre contribuiu para a decisão de fazer o mestrado e é um exemplo de dedicação à tudo que se propõe a fazer, inclusive ser mãe de Arthur e Corina (que ouviram muito do mestrado no trajeto Rio- Niterói).*

*Aos “meus” da odonto, que aturaram mau-humor, choros e crises, e ainda assim me amaram com se fosse de suas famílias. Mamãe Sônia, Paulinha, Fê, Taninha, Flavinha, Della, Glorinha, Carla, Monique e Roberta, obrigada!!!!*

*Aos “meus” residentes (Sabrina, Lú, Edilma, Gí, Dani, Angela, Rê, Carol, Raquel, Su, Carol de Mandela, Elaine, Melissa, Camila, Tarso, Pri, Lú, Rosa, Livia e Jana) que foram tão generosos ao me acolherem como preceptora, e me fizeram ver que era preciso buscar mais para ser digna de “preceptorá-los”.*

*Aos companheiros de preceptoria (Crau, Viví, Maria, Érika, Katia, Elzi e todos os médicos, enfermeiros, técnicos e ACS das “minhas” queridas equipes 1 e 2 de Santa Maria, e Vila União e Desup) que dividiram comigo e permitiram que eu dividisse com eles a árdua função de preceptorar alunos muito qualificadados.*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	
CAMINHO METODOLÓGICO	13
CAPÍTULO II	
DOS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE ATÉ A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Os modelos de atenção em saúde	16
Panorama da Saúde no século XX: enfoque na Atenção Primária	17
Atenção Primária à Saúde no Brasil	18
A Estratégia Saúde da Família	20
CAPÍTULO III	
FORMAÇÃO EM SAÚDE	23
Histórico da Formação na Saúde no Brasil	24
CAPÍTULO IV	
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	29
CAPITULO V	
O QUE NOS DIZEM AS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
<b>Quadro1:</b> Estudos encontrados e selecionados nas bases de dados	
<b>Quadro 2:</b> Publicações selecionadas	
<b>Quadro 3:</b> Conceitos de preceptor apresentados pelas publicações selecionadas	
<b>Quadro4:</b> Atividades do preceptor - apresentadas nos documentos oficiais e publicações selecionadas	
<b>Quadro 5:</b> Características do preceptor citadas pelos documentos oficiais e publicações selecionadas	

## LISTA DE SIGLAS

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais  
SUS- Sistema Único de Saúde  
CNS- Conferência Nacional de Saúde  
Sinaes- Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
APS- Atenção Primária em Saúde  
Prómed- Programa Nacional de Reorientação da Formação Médica  
Pró-Saúde- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
ESF- Estratégia Saúde da Família  
PET- Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde  
IES- Instituições de Ensino Superior  
BVS- Biblioteca Virtual em Saúde  
ONU- Organização das Nações Unidas  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
PACS- Programas Agente Comunitário de Saúde  
ACS- Agente Comunitário de Saúde  
MS- Ministério da Saúde  
UNICEF- Fundo de Nações Unidas para Infância  
PSF- Programa de Saúde da Família  
CMS- Conselho Municipal de Saúde  
ABEM- Associação Brasileira de Educação Médica  
DAU- Departamento de Assuntos Universitários  
MEC- Ministério da Educação e Cultura  
PPREPS- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde  
PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
IDA- Programas de Integração Docente-Assistencial  
CNRHS- Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde  
UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura  
LDBEN- Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional  
VER-SUS Brasil- Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

Conaes- Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior

## RESUMO

As mudanças do conceito de saúde e a introdução de outro modelo de Atenção em saúde: integral, focado na promoção da saúde, organizado a partir do nível primário, que pressupõe um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a diversidade que compõem os sujeitos, fez com que a formação em saúde se transformasse ao longo dos anos. Essa transformação se deu por meio de estratégias que inseriram o aluno, tanto da graduação quanto da pós-graduação, nos serviços de saúde. O que levou os profissionais de saúde a incluírem em sua prática atribuições de preceptor. Com a intenção de compreender a realidade da preceptoria em saúde, neste estudo exploratório, objetivamos analisar quais conceitos e atividades da preceptoria são apresentados pelas publicações brasileiras em saúde que tratam da preceptoria médica e multiprofissional, entre os anos de 2002 e 2012. Para tanto, realizamos levantamento de estudos brasileiros, de língua portuguesa, disponíveis nas principais bases bibliográficas de saúde. Para fins de análise, alguns temas foram selecionados: conceito de preceptor/preceptoria; atividades e características do preceptor; relação preceptor-aluno-serviço e condições de trabalho x formação. Os resultados mostram que os termos preceptoria e preceptor são frequentemente utilizados no âmbito da formação em saúde, porém carecem ainda de definição consistente. Encontramos diversos conceitos para preceptor, assim como diferentes nomenclaturas ou classificações para o termo preceptor. As atividades e características do preceptor aparecem de forma variada nos diferentes estudos, embora sejam mencionadas nos documentos oficiais. A preceptoria é mais uma função que os preceptores devem assumir, e apesar de inserir um caráter docente/pedagógico, poucas vezes está presente nos processos formativos dos profissionais que a exercem. Concluímos que a definição de preceptor não deve ser padronizada, mas devem estar explícitas nos programas dos cursos para que se alcance qualidade da formação. Pensar a formação do preceptor é fundamental para a garantia da transformação da Educação na Saúde.

## ABSTRACT

The changes in concept of health and the introduction of another type of health care: Full, focused on health promotion, organized from the primary level, which presupposes a critical professional able to deal with the reality and diversity that make up the individual, made the health education change over the years. This transformation was achieved through strategies that introduced the student, both from undergraduate and postgraduate studies in health services. This has led health professionals to incorporate into their practice the role of preceptor. With the intention to understand the reality of preceptorship in health, this exploratory study, aimed to analyze which concepts and activities of preceptorship are presented by Brazilian publications in health facilities concerning medical and multidisciplinary preceptorship, between the years 2002 and 2012. To do so, a survey of Brazilian studies, in Portuguese language available on the main bibliographic health databases, was performed. During the reading of texts, some themes were selected: concept of preceptor/preceptorship; activities and characteristics of the preceptor; teacher-student-service relationship and working conditions x formation. The terms preceptor and preceptorship are often used in the context of health education, however, according to Botti (2009), still lack consistent definition. We found several concepts for preceptor as well as different titles or classifications for the term preceptor. The activities and characteristics of the preceptor appear variously in different studies, although they are mentioned in the official documents. The preceptorship is more of a function that preceptors should take, and inserts a teaching/pedagogical character rarely present in the formative processes of professionals who exercise it. We conclude that the definition of preceptor should not be standardized but should be well clear on courses programs in order to achieve quality in the education. Thinking of the preceptor training is critical to ensuring the transformation of Health Education.

## INTRODUÇÃO

As mudanças do conceito de saúde e da visão do processo saúde-doença, norteados, principalmente, pelas discussões da Conferência de Alma Ata possibilitaram a introdução de outro modelo de Atenção em saúde: integral, focado na promoção da saúde e organizado a partir do nível primário. Esse modelo pressupõe um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a diversidade que compõem os sujeitos.

Assim, faz-se imprescindível uma educação pautada nas necessidades sociais, econômicas, psicológicas e culturais das pessoas. Tal entendimento corrobora a relevância da temática da formação dos profissionais de saúde no contexto atual.

A Constituição Federal de 1988 explicita que foi dada ao Sistema Único de Saúde (SUS) a incumbência de “ordenar a formação de recursos na área da saúde” (Brasil, 1988). Essa foi a ratificação dos debates que aconteceram na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e culminaram na Reforma Sanitária, e permitiu a inauguração de um marco legal e institucional das políticas de formação em saúde capaz de formar profissionais críticos, reflexivos, generalistas e humanistas.

Com isso, apresenta-se uma política de reorientação da formação em saúde constituída pela promulgação da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, e que se expressa por meio de um conjunto de programas e ações de indução dessa mudança (normatizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); da avaliação, por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes); e por indução financeira, por meio do Prómed, Pró-Saúde e Pet-saúde).

A lei nº 8.080 estabelece para todas as esferas de governo (União, estados e municípios) a “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”, e a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”. Explicita ainda que “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.” (Brasil, 1990)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propõem diferentes cenários, incluindo a Atenção Primária em Saúde (APS), como campo de prática para os estudantes de graduação na área de saúde.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) visa a aproximação entre a formação na graduação e as necessidades da Atenção

Primária, mais especificamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com ensino integrado ao serviço público de saúde e que responda às necessidades da população. Já o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde) tem como finalidade orientar, capacitar e/ou especializar trabalhadores do SUS.

Podemos observar que a maior parte das estratégias governamentais citadas acima estabelece a aproximação das Instituições de Ensino com os serviços de saúde. Tal fato acrescido do entendimento de que no Brasil, de acordo com Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, o nível primário de atenção tem como fundamentos e diretrizes a adstrição de território e de usuários e o vínculo; os profissionais encontram-se mais próximos de seus usuários e podem desenvolver um cuidado longitudinal e integral, inclusive interagindo com outros setores sociais. Tudo isso colabora para afirmação de que a APS está se conformando em um cenário de ensino rico para a formação de profissionais em concordância com as necessidades tanto dos serviços, das políticas de educação e de saúde, quanto da população.

Segundo Fajardo (2011), os cursos de pós-graduação *lato sensu* em saúde, especializações e residências, realizados fora do ambiente hospitalar e direcionados a mais de uma categoria profissional, passam a ser valorizados nesse contexto de ampliação do conceito de saúde e cuidado interdisciplinar com visão integral do sujeito. Tem-se, então, a regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde pela Lei Federal nº 11.129 (Brasil, 2005a).

Para Barros (2010), a Residência tem papel fundamental na formação profissional, pois possibilita aliar teoria e prática e permite a reflexão crítica sobre a organização dos processos de trabalho em saúde. Nesse sentido as Residências Multiprofissionais podem aproximar os saberes e as práticas de todos os agentes envolvidos (residentes, preceptores, docentes e usuários), constituindo-se em um espaço de formação em potencial. O trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS devem ser norteadores da formação profissional neste âmbito. Deste modo, os trabalhadores dos serviços de saúde deveriam começar assumir papel de importância na formulação das políticas públicas e na formação em saúde.

Nesse contexto o preceptor passa a ser visto como um dos protagonistas do processo de formação, com o desafio de inserir em sua prática atividades de supervisão e orientação de alunos, o que pressupõe conhecimentos distintos dos técnicos aprendidos na graduação.

Na perspectiva da formação em saúde em que os alunos, tanto da graduação quanto da pós-graduação, são inseridos nos serviços de saúde, e o profissional de saúde atua não somente no cuidado em saúde, mas como educador, faz-se imprescindível questionar: de quais conceitos partiu e quais atividades a preceptoria em saúde assumiu nos últimos anos?

Ao finalizarmos a graduação em Odontologia, iniciamos a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, o que nos possibilitou experimentar a preceptoria na figura de residente. Após concluir a residência fomos contratados para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, em uma unidade que fazia parte do cenário de aprendizagem da residência que acabara de completar. Nesse momento, pudemos vivenciar o papel de preceptor e todas as questões inerentes a esse agente. Essa experiência fez com que percebêssemos, a partir da leitura de Botti (2009), que a definição das atividades a serem desenvolvidas pelo preceptor ainda é confusa. A dificuldade de lidar com todos os aspectos relacionados à formação em saúde, agravada pelo fato de não ter tido uma formação prévia de preceptoria levou-nos a apreciar esse tema e a buscar maior conhecimento acerca do mesmo.

Assim, no primeiro capítulo apresentamos o caminho metodológica adotado. No segundo capítulo, com intuito de contextualizar os cenários de prática das residências, bem como evidenciar a mudança desses cenários ao longo dos anos, realizamos um breve histórico dos modelos assistenciais em saúde até a conformação da APS no Brasil com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O terceiro capítulo trata da política de recursos humanos no setor saúde, ou seja, a incumbência do SUS de ordenar a formação em saúde, as DCN, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e suas estratégias para transformação dos processos formativos em saúde são contemplados nesse capítulo.

Como estudar a Residência Multiprofissional se torna fundamental em um contexto de implantação de uma política de saúde que tem como diretriz o trabalho em equipe, o quarto capítulo foi reservado para discussão acerca da residência multiprofissional em saúde.

No quinto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa. A leitura das 39 publicações selecionadas e a análise dos seus conteúdos foi desenhando o corpo desse capítulo, na tentativa de conceituar preceptoria e mapear as atividades do preceptor. Ao longo da análise percebemos que alguns temas se repetiam ou chamavam atenção -por serem recorrentes na nossa vivência como preceptora- tais como: conceito/definição de preceptoria e preceptor; atividades, características e papel do preceptor; formação do preceptor; relação preceptor-aluno-serviços; condições de trabalho x formação em saúde. Esses temas foram transformados em categorias e estão muito ligados a nossa prática de preceptoria, por isso durante suas discussões, em alguns momentos, utilizaremos nossa experiência para corroborar ou ilustrar o que dizem as publicações.

Ao final, fazemos a síntese do estudo e as considerações finais.

## CAPÍTULO I

### CAMINHO METODOLÓGICO

A vivência como preceptora e leitura de textos relativos à preceptoria nos fizeram perceber que os conceitos de preceptoria e preceptor ainda se encontram a descoberto, assim como suas atividades e competências. Por isso, optamos, nesse estudo, pela pesquisa de fontes de dados secundários, em particular, a pesquisa bibliográfica, entendendo-a, conforme Minayo (2006, p. 183), como “capaz de projetar luz e permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica”, e, por Tobar (2001, p.72) como o “estudo sistematizado desenvolvido a partir de material publicado em livros, revistas, jornais, ou seja, materiais acessíveis ao público em geral”.

Com a intenção de compreender a realidade da preceptoria em saúde, o estudo objetivou analisar que conceitos e atividades da preceptoria são apresentados pelas publicações brasileiras em saúde que tratam da preceptoria médica e multiprofissional, entre os anos de 2002 e 2012. De acordo com Minayo (2006, p 176 e 177),

*“conceitos são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podem ser considerados como operações mentais que refletem pontos de vista verdadeiros e construídos em relação dinâmica com a realidade (sempre dentro de um quadro teórico determinado). Os conceitos podem ser considerados um caminho de ordenação Teórica dos fatos, relações e processos sociais, devendo ser, pelo confronto com o campo empírico, permanentemente recriados e reconstruídos. Todo conceito é historicamente construído e para se entender seu alcance ou para reformulá-los, nas ciências sociais, se preconizam que sejam analisados em sua origem e percurso, de forma crítica. A própria hierarquização dos conceitos em uma determinada teoria, revela os aspectos da realidade e o teórico dá maior atenção... É preciso, além disso, entender o sentido histórico e sociológico de sua definição e das combinações que produzem.”*

Complementando, Botti (2009, p. 20) considera que “uma análise conceitual tem o papel de apontar as confusões e sobreposições de uso dos termos, bem como sugestões para tentar diminuir as dificuldades de comunicação.”

Embora os aspectos específicos da preceptoria multiprofissional – a discussão de campo e núcleo, e a supervisão de alunos de categorias profissionais distintas - fosse o que mais nos preocupava ao exercer a preceptoria, fez-se necessário incluir na análise a

preceptoria médica por essa ser mais antiga<sup>1</sup> e, por isso, ter mais estudos publicados. Além disso a residência multiprofissional originou-se da residência médica, como se verá adiante.

Com base em Gil (2010) e Tobar (2001) o presente estudo é exploratório<sup>2</sup>, desenvolvido a partir da revisão bibliográfica de estudos relativos à preceptoria em saúde. O método de revisão bibliográfica é utilizado para aprofundar melhor o tema a ser estudado e compreender a realidade empírica, como mencionado por Minayo (2006).

Para tanto, realizamos um levantamento de estudos brasileiros, de língua portuguesa, disponíveis nas principais bases bibliográficas: BVS, Scielo, LILACS, Bireme, MEDLINE, WHOLIS e Portal de Teses da CAPES. Os descritores aplicados para o levantamento foram “formação” e “preceptoria”. Selecionamos os estudos publicados nos últimos dez anos (2002 a 2012).

Optamos por estudos brasileiros de língua portuguesa por considerar que esses discorreriam sobre a preceptoria e a formação em saúde contextualizados à realidade brasileira. A escolha por estudos publicados a partir do ano de 2002 deu-se por considerarmos estarem condizentes com a atual política de formação em saúde.

O portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (<http://www.bvs.br>) foi utilizado para consultar as bases MEDLINE, LILACS E WHOLIS. Na base MEDLINE nenhuma publicação foi encontrada ao utilizar os descritores aplicados, na WHOLIS apenas uma publicação em língua espanhola, que foi excluída, de acordo com o critério acima mencionado.

Quando utilizamos o portal da BVS sem a seleção da base de dados, foram encontrados 31 publicações a partir dos descritores “formação” e “preceptoria” com operador lógico AND. Dessas, 7 em língua inglesa, 4 em formatos diferentes de texto (site, palestra), 2 fora do período estabelecido, totalizando 18 estudos válidos. Na base LILACS, ao utilizar o formulário de pesquisa básico com os descritores “formação” e “preceptoria” encontramos 25 publicações, dessas, apenas 4 não haviam sido contempladas no levantamento na BVS sem seleção de bases, porém não estavam dentro dos critérios citados. Na base Scielo utilizamos o seguinte procedimento: integrada, palavras: formação preceptoria onde foram obtidas 6 publicações. Dessas, somente um estudo não havia sido encontrado nas outras bases de dados.

Na base de dados Portal de Teses da Capes utilizamos o critério assunto, com dois descritores citados, obtendo-se 51 teses/dissertações (entre elas as 8 encontradas

---

<sup>1</sup> O decreto que regulamenta a residência médica foi promulgado em 1977, enquanto o que regulamenta a residência Multiprofissional é de 2005.

<sup>2</sup> A pesquisa exploratória “tem como propósito proporcionar familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito.” (GIL, 2010, p 27)

anteriormente), 7 foram excluídas devido ao fato de terem sido publicadas antes de 2002, e 1 já havia sido encontrada em outra base (porém optou-se por contabilizá-la nessa base por se tratar de dissertação). Totalizando 43 publicações válidas.

No total encontramos 62 publicações nas bases de dados pesquisadas. A seguir, realizamos a leitura dos títulos e resumos, onde o critério utilizado para a pré-seleção foi: discorrer sobre formação e preceptoria médica e multiprofissional. Com isso, foram eliminadas 23 publicações que tratavam da formação específica de uma categoria profissional (fonoaudiologia, nutrição, odontologia, enfermagem); especialidades médicas de caráter técnico (cardiologia, radiologia) e 2 da área da filosofia.

Realizamos a leitura dos textos completos, o que fez com que fossem descartados 10 estudos, porque citavam o preceptor como participante da pesquisa ou discorriam da formação específica de uma categoria profissional (enfermagem) e 1 por ser da área da educação. Os Quadros 1 e 2 em anexo resumem os estudos encontrados e selecionados nas bases de dados pesquisadas.

## CAPÍTULO II

### DOS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE ATÉ A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### **Modelos de atenção em saúde**

De acordo com Silva Júnior e Alves (2007) o modelo de atenção em saúde diz respeito à maneira como as ações de saúde, tanto em seus aspectos tecnológicos e assistenciais, são organizadas numa sociedade. Esses autores definem modelo de atenção como a forma pela qual as sociedades organizam os recursos existentes (tecnológicos, materiais e humano) a fim de responder aos problemas de saúde enfrentados por uma população em um dado momento e lugar.

O modelo vai definir em que forma de atenção serão investidos maiores recursos. A atenção primária é priorizada em um modelo de vigilância à saúde, já no modelo biomédico a concentração de recursos é na atenção terciária (hospitais).

Bispo Júnior (2005) discute o modelo de atenção à saúde e o diferencia de sistemas de serviços de saúde (subsistema responsável pelas ações de saúde propriamente dita). O autor exemplifica os tipos de sistemas existentes no mundo:

- sistema de dominância de mercado: financiamento privado, com empresas seguradoras mediando prestação de serviços entre prestadores privados e cidadão pagante. Nesse sistema a regulação é delegada ao mercado;
- sistema de seguros sociais obrigatórios: influenciado pelo modelo de seguro Bismarkiano, financiamento proveniente da contribuição de empregadores e trabalhadores (proporcional a renda), o Estado assegura aos desempregados, sendo, por tanto, eficiente apenas em nações com baixo índice de desemprego;
- sistema de dominância estatal: surge na década de 50, influenciado pelo Plano Beveridge, que propunha sistema de saúde nacional universal e equânime, o Estado é responsável pela saúde dos seus cidadãos e saúde é entendido como direito de cidadania, é um sistema organizado através da atenção básica, o que traz vantagens econômicas e sociais).

Para uma melhor compreensão do contexto que pretendemos analisar faz-se necessário voltar um pouco na história, buscando entender os antecedentes da APS que subsidiaram a conformação de um outro modelo de saúde implantado no Brasil em que ela, sob a forma da

Estratégia Saúde da Família, é ordenadora do cuidado em saúde e definida como porta de entrada do sistema de saúde.

### **Panorama da Saúde no século XX: enfoque na Atenção Primária**

Com o fim da Primeira Guerra Mundial (1917), deu-se início a um desenvolvimento acelerado das ciências biológicas, a especialização passou a ser central no ensino médico. Este voltava-se para o campo curativo e atendimento individual, uma vez que a saúde era, então, entendida exclusivamente como ausência de doença. Os especialistas ocupavam um lugar de destaque, enquanto o médico generalista registrava uma progressiva perda de prestígio. Em 1920, o Relatório Dawson, propõe a reestruturação dos serviços de saúde baseada na regionalização e integração das ações preventivas e curativas, além de considerar que o Estado deveria ser o provedor e controlador de políticas de saúde.

Na Europa, todos os recursos públicos na área de saúde (que nessa época eram abundantes devido ao conceito de bem estar social) eram canalizados para a assistência clínica e hospitalar especializada. Foi possível, desde já, observar que focalizar gastos com a saúde para esse modelo hospitalocêntrico - onde “*tecnologia dura*”<sup>3</sup> e médicos especialistas eram prioritários - não seria sustentável e muito menos acessível a todos.

No ano 1945, marcado pelo fim da Segunda Guerra Mundial, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), e em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi fundada com intuito de recuperar a saúde do mundo no pós-guerra. Assim, o começo dessa nova fase é caracterizado pela nova definição de saúde pela OMS: “Saúde é o completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença”.(OMS, 1948).

A partir daí novas formas de ver o processo de adoecimento e cura entram em cena. Não se podia mais reduzir a saúde ao tratamento hospitalar por superespecialistas, já que seu conceito engloba “mundos” mais complexos. Como seria possível tratar problemas sociais num hospital e somente por médicos? Vemos, a seguir, um cenário em que se começa a discutir a medicina preventiva, em contraposição à medicina curativa, até então hegemônica.

Em 1963, a OMS publica documento sobre a formação do médico de família e é nos Estados Unidos que essa proposta se desenvolve. Em 1969 a medicina de família torna-se uma especialidade médica.

---

<sup>3</sup> As *tecnologias duras* são aquelas relacionadas aos instrumentos, máquinas, aparelhos, sendo de ordem material. São predeterminadas e utilizadas pelo profissional de saúde para a produção do cuidado. (Merhy, 1997).

Durante a década de 1970, o movimento contra o modelo hospitalocêntrico e tecnicista se fortalece e chega a América Latina por meio de seminários realizados pela OMS e empresas como a Fundação Kellogg. O Informe Lalonde, Canadá, em 1974, propôs discutir os “*determinantes da saúde*”. De acordo com Buss (2003, p 22),

*“este conceito contempla a decomposição do campo saúde em quatro amplos componentes – biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência a saúde – dentro dos quais distribuem-se inúmeros fatores que influenciam a saúde. Ademais, cada uma dessas categorias pode ser analisada em profundidade para determinar sua importância relativa como causa dos problemas de saúde.”*

A 30ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada no Quebec – Canadá, em 1977, estabeleceu como meta para todos os governos, a “*Saúde Para Todos no ano 2000*”. Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, na Rússia, aponta para necessidade de mudanças dos serviços de saúde. É nessa conferência que se conceitua, se define APS e se estabelece que todos os governos deveriam formular políticas que sustentassem a implantação, o desenvolvimento e a aplicação dos cuidados primários em saúde, e garantissem que esse cuidado estivesse integrado com os outros níveis do sistema de saúde. Nesse contexto, a OMS aparece como a principal difusora da idéia. Essa conferência definiu Atenção Primária como a atenção baseada em:

*“métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante plena participação”, devendo representar o “primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e comunidade com o sistema nacional de saúde..., e constituir o primeiro elemento de um contínuo processo de assistência à saúde”.* (Alma Ata, 1978)

Esboça-se, assim, um novo panorama da saúde, onde a APS tinha espaço principal, assim como seus fundamentos:

*“educação em saúde; saneamento ambiental; programas materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional- onde as necessidades da comunidade ditam as ações”.* (Alma-Ata, 1978).

### **Atenção Primária à Saúde no Brasil**

No Brasil, as reformas recentes no âmbito da saúde preconizam a APS como um nível de atenção que articule a promoção, prevenção, recuperação da saúde com o acolhimento, definindo uma porta de entrada e referência para maiores complexidades.

De acordo com o Manual para a Organização da Atenção Básica, resultado do pacto Tripartite, o Ministério da Saúde define Atenção Primária como:

*“um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vidas das pessoas e de seu meio ambiente.”* (Brasil1999, p 09).

Segundo Mendes (apud Sousa 2004), esse modelo no Brasil vem crescendo desde 1924, com a criação dos Centros de Saúde<sup>4</sup>, que tinham como diretrizes a prevenção de doenças e promoção da saúde, focalizadas na educação sanitária. Para o autor, a expansão da Atenção Primária aconteceu ao longo do século XX, através de cinco ciclos.

O primeiro desses ciclos inicia-se, em 1940, através da criação do Serviço Especial de Saúde Pública. O segundo começa nos anos de 1960, nas Secretarias Estaduais de Saúde, que priorizaram o atendimento à crianças e mulheres. Em 1970, no terceiro ciclo, cria-se o programa de extensão de cobertura. O quarto ciclo inicia-se nos anos 80, com a implantação dos Distritos Sanitários, organizados de acordo com o território. Finalmente, nos anos 90 o quinto ciclo, começa com a implantação do Programa Saúde da Família. Para Heimann e Mendonça (2005, p 484), a Atenção Primária

*“traz como significado intrínseco um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população. Sendo assim, é importante o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais de saúde, em contato permanente com o ambiente de um dado território.”*

Nas diretrizes atuais da política de saúde nacional a APS é vista não somente como porta de entrada do sistema de saúde, mas como estratégia da atenção para a articulação entre as ações individuais e coletivas, as práticas de promoção e prevenção articuladas às práticas curativas. A APS é pensada sob o aspecto da integralidade da atenção em saúde.

Não se pode deixar de mencionar que a década de 1970 deixou uma herança importante de suas discussões sobre o assunto para a atual política de saúde. Porque os debates iniciais a respeito da atenção primária em seu formato simplificado produziram críticas e práticas que aperfeiçoaram esse conceito voltado para a vinculação com a integralidade, regionalização, hierarquização, exigindo a constituição de outro modelo de atenção que acolhesse as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, os

---

<sup>4</sup> Os Centros de Saúde foram criados pelo médico sanitário paulista Geraldo de Paula Souza.

Programas Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Saúde da Família se apresentaram como primeiras iniciativas que introduziram a discussão nas diretrizes da política de saúde no sentido da redefinição do modelo assistencial e reestruturação da APS.

### **A Estratégia Saúde da Família**

A origem da Estratégia Saúde da Família (ESF) está nos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, que visavam substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e da doença, por um novo modelo que priorizasse a prevenção de doenças e promoção da saúde, com a participação da população.

No Brasil, o período foi marcado por um longo processo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde, que colaborou para a construção dos princípios do SUS, instituídos pela Constituição de 1988.

Viana e Dal Poz (2005) denominam a reforma brasileira da saúde de “*Big Bang*”, assim conhecida por induzir mudanças expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. Tais reformas causaram mudanças consideráveis no modo de operação do sistema, como por exemplo, a criação de um sistema nacional de saúde descentralizado e com novas formas de gestão.

Com relação à ESF, os autores acima referem como marcos na sua estruturação as reuniões ocorridas nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, promovidas pelo Ministério da Saúde, convocadas pelo gabinete do então ministro da saúde Dr. Henrique Santillo. Nesse momento o Ministério da Saúde (MS) procurava responder às demandas de alguns municípios que queriam apoio político e financeiro para efetuar mudanças na organização da rede básica, que complementassem e aumentassem a resolubilidade do trabalho dos ACS. É importante ressaltar que até então era o UNICEF que se mostrava interessado em apoiar programas de APS.

O primeiro documento que resultou dessa reunião é de setembro de 1994. Nele a ESF - apresentada ainda como um programa: Programa de Saúde da Família (PSF)- e como uma forma de reorganizar o SUS e a municipalização. Sua implantação deveria se dar inicialmente em áreas de risco e o financiamento do programa foi pactuado entre o MS, estados e municípios, determinando contrapartidas e seleção de municípios e obedecendo a fatores como: necessidades de saúde, oferta de serviços, apoio diagnóstico e terapêutico, interesse da comunidade e administração municipal. Para o convênio ser validado era necessário que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Fundo Municipal de Saúde estivessem funcionando.

O foco das ações na família teve antecedentes na medicina de família inaugurada na década de 60, nos EUA. No Brasil, a medicina de família também teve precedentes como nas propostas de reformulação do ensino médico que enfatizavam a formação do médico generalista (como sucedeu nas discussões ocorridas em seminário sobre a formação médica e a medicina familiar, organizado pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM em Petrópolis, em 1973), assim como em experiências assistenciais e docente-assistenciais do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre (desde 1983), da Prefeitura de Niterói (desde 1992) e de Curitiba (também desde o mesmo ano). Porém, o MS fez três advertências para sublinhar o caráter inovador do PSF, constantes no Manual para Organização de Atenção Básica de 1998:

*“Embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (...).”*

*“O PSF não é uma estratégia para a atenção exclusiva ao grupo da mulher e criança, haja visto que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde (...).”*

*“Outro equívoco que merece negativa é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional  $\frac{3}{4}$  de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade  $\frac{3}{4}$  e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.” (Brasil/MS 1998, p 8-9)*

Críticas e propostas para a formulação do PSF tornaram-se consensuais entre vários autores ligados ao campo da Saúde Coletiva. O consenso se deu sobre as bases conceituais da Saúde da Família e, de acordo com Favoreto (2002), parece estar apoiado em três grandes pilares: a crítica ao modelo médico flexneriano hegemônico, as críticas às propostas de Medicina Comunitária e de Medicina de Família, e a fundamentação teórica para organizar as práticas em Saúde da Família no discurso da *“Promoção da Saúde”*. Nesse contexto, havia o reconhecimento da *“crise do modelo assistencial”*, que precisava ser enfrentada para consolidar o processo de reforma iniciado com a implantação do SUS, e que já mostrava avanços significativos com a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde. Era necessário então criar instrumentos ou intervenções para a ruptura com o modelo de atenção tradicional historicamente hegemônico no país, traduzido como um modelo centralizado na doença, concentrando suas ações e recursos para o tratamento ou abordagem restrita de riscos.

O reconhecimento da crise desse modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas e de formação de profissionais para atuarem nesse outro modelo de atenção que enfatiza a prevenção de doenças, participação comunitária, intersetorialidade, abordagem dos determinantes sociais, atuação de equipes multiprofissionais, racionalidade do uso dos serviços de saúde, revalorização da atenção primária, centralidade na família e não mais no indivíduo doente.

## **CAPITULO III**

### **FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Em um contexto de transformação das práticas de saúde e introdução de outros modelos de atenção à saúde torna-se fundamental a discussão acerca da formação profissional.

Não é difícil supor que a formação em saúde acompanhe a lógica do modelo assistencial hegemônico. Durante muito tempo, os esforços das políticas de formação e das Instituições de Ensino Superior (IES) estavam voltados para formar um profissional superespecializado; na aquisição de conhecimentos voltados para a cura de doenças e utilização de tecnologias-duras, em que o principal local de aprendizagem era o hospital.

Segundo Abreu (2009), no início do século XX as práticas do ensino médico foram influenciadas pelos estudos de Flexner, e perduram até hoje. Esse modelo denominado tradicional é estruturado em disciplinas; centrado no professor, com base em sua experiência clínica; o estudante tem papel passivo; a busca é pela excelência técnica e científica; focada no modelo biomédico com visão reducionista e fragmentada da pessoa; não prioriza necessidades epidemiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos; utilizava apenas o hospital como campo de aprendizagem; separou a mente do corpo, razão do sentimento, ciência da ética. Levou à subdivisões das universidades em centros e departamentos.

Não há como negar a melhoria de indicadores de saúde e de formação de médicos tecnicamente qualificados. Porém seu enfoque nas especializações e no hospital dificulta a ampliação do trabalho em saúde num contexto de promoção à saúde, prevenção de doenças, integralidade e qualidade de vida. Não é possível modificar as práticas de saúde se não for modificada a visão dos profissionais acerca de como deve ser realizado o cuidado em saúde.

Para superar essa questão várias mudanças na área de formação em saúde estão sendo elaboradas e implantadas e serão discutidas a seguir.

## **Histórico da Formação na Saúde no Brasil**

À luz do estudo de Pierantoni (2000) será aqui apresentado um breve histórico das políticas de educação na saúde<sup>5</sup>.

A Autora discute que na década de 70 os trabalhos interministeriais (entre os Ministérios da Saúde e Educação) se intensificaram, refletindo a preocupação com as “deficiências/conseqüências” da política de saúde que era implantada. Em 1976, com intuito de propor diretrizes para ações que permitissem a correção das distorções que ocorriam na preparação e utilização dos recursos humanos no setor saúde o Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) elaborou o “Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos em saúde”. O relatório representava, segundo Pierantoni (2000, p 43) um “diagnóstico sobre as principais insuficiências na assistência prestada pelos serviços de saúde”. A autora conclui pela necessidade de “melhor articulação entre os sistema formador e utilizador de recursos humanos” e “reformulação de currículos com opção pela formação de generalista”. Mesmo que medidas contundentes para implementação dessas propostas não tenham sido tomadas, elas poderiam ser incorporadas na agenda dos Ministérios da Saúde e Educação. Até então não eram vistos relatos de ações conjuntas dos dois Ministérios, no sentido de trabalhar a questão dos recursos humanos.

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) foi destaque nessa época, e resulta de acordo entre MS, MEC e OPAS, com a finalidade de apoiar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e, assim, promover a preparação de pessoal de nível médio e elementar; incentivar a formação dos distritos docente-assistenciais e estabelecer sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Porém o programa, no dizer de Pierantoni, contribuiu, timidamente, para a capacitação de profissionais de nível superior e foi alvo de críticas que apontavam a simplificação do modelo de assistência adotado.

Para essa autora, iniciativas de programas como o PPREPS ou os Programas de Integração Docente-Assistencial (IDA) nas universidades eram insuficientes para reverter as condições estabelecidas pelo mercado, devido a dois fatos: “a distribuição da ocupação dos postos de trabalho e a inadequação do ensino/qualificação dos profissionais absorvidos pelo setor” (Pierantoni, 2000, p 46).

---

<sup>5</sup>De acordo com Feuerwerker (2007, p 4) educação na saúde “é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de constituição/construção. Há tensões e disputas na definição de suas temáticas centrais e na maneira de abordá-las.”

A partir dessa realidade, foi elaborado o Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, 1981) que, baseado na análise dos problemas do setor e suas repercussões na formação e utilização de recursos humanos, preconiza, “a reorganização e articulação das ações de saúde, através de medidas de caráter geral”, com “a hierarquização e regionalização das ações de saúde e a discriminação clara da atuação dos setores públicos e privados” (Pierantoni 2000, p 47).

Em 1977 a pós-graduação médica, é regulamentada através da criação da Comissão Nacional de Residência Médica.

No final da década de 80, a discussão da reforma do Sistema de Saúde ocupou espaços acadêmicos e dos serviços de saúde por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Essa discussão culminou, em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nela apresentou-se um conjunto de formulações para a área de recursos humanos e estabeleceu-se um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1ª CNRHS) que teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” (Brasil, 1986).

De acordo com Pierantoni (2000, p 59) essas conferências destacaram a “ausência de profissionais qualificados”, o que contribui para a “manutenção e não para a transformação do atual sistema de Saúde”. Para ela, as experiências localizadas - geralmente atreladas a projetos de Integração Docente-Assistencial, com financiamento próprio e pouca adesão do corpo docente e baixa institucionalidade- reforçaram a integração ensino/serviço, os modelos curriculares apresentavam uma desarticulação interna (divisão entre teoria, prática e estágios), e os serviços eram identificados como o local da “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional.

Em 1988, as discussões para a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram instituídas com a promulgação da Constituição Federal, na qual foi dada ao SUS a incumbência de organizar a formação em saúde, compatível com as necessidades dos serviços de saúde e população e, assim, garantir que as propostas discutidas até então fossem implantadas.

Corroborada pela Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” como campo de atuação do SUS; “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; e “serviços

públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Ainda segundo Pierantoni (2000, p 62), em 1992 a 9ª Conferência Nacional de Saúde teve como objetivos “não explicitados a discussão da Lei no 8.080 e da Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993”; além da “discussão sobre o desenvolvimento de recursos humanos como parte do tema sobre implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Aponta, ainda, para a necessidade de realização da 2ª CNRHS realizada em 1993 e que mostra as dificuldades na transformação do modelo de saúde e a inexistência de uma Política de Recursos Humanos explicitamente formulada (Brasil, 1993).

Em 1996, no plano internacional, o Relatório Delors é publicado, o qual resultou dos trabalhos desenvolvidos, de 1993 a 1996, pela Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Esse relatório foi publicado no Brasil, em 2000, sob o título “Educação – um tesouro a descobrir”.

De acordo com o Delors (2000, p 89 e 90), a educação necessária ao século pode ser sintetizada em um de seus parágrafos:

“Para poder dar respostas ao conjunto de suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta”.

Ainda em 1996, é promulgada a Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional (LDBEN), a qual estabelece que:

*“a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”* (Brasil, 1996).

Além de trazer como finalidades da educação superior: a) “estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo”; b) “formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a

participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua”; também atribui às universidades “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes”.

Nesse contexto, em 2001 o Ministério da Educação, por meio do Conselho Nacional de Educação, institui as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de medicina e enfermagem, com intuito de incentivar novas formas de organização curricular dos cursos de graduação na área da saúde e articulação entre Instituições de Ensino e serviços de saúde.

Segundo Pierantoni e Viana (2010), foi criada, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Esta teve o intuito de enfrentar as questões relacionadas à formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, e que no campo da Educação apresenta dois eixos estruturantes: um voltado à qualificação dos profissionais já inseridos nos serviços, que originou a Política Nacional de Educação Permanente; outro, relacionado com a mudança da formação profissional, responsável por projetos como o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

A Política Nacional de Educação Permanente foi instituída, em 2004, pela Portaria GM/MS nº 198, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para saúde. A Portaria estabelecia que a condução locoregional da Política seria efetivada mediante Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (Brasil, 2004a).

Em 2004, instala-se o marco regulatório da política de reorientação da formação em saúde pelo Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (SINAES), criado pela Lei nº10.861, formado por três componentes principais: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Os processos avaliativos são coordenados e supervisionados pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes) e a operacionalização é de responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). O SINAES tem por finalidade “a melhoria da qualidade da educação superior” [...] “e, especialmente, a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior”(Brasil, 2004b).

Em 2005, foi lançado o Pró-Saúde, pela Portaria Interministerial nº 2.101, para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, com vistas a “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença” (Brasil, 2005). O sua perspectiva, de acordo com Pierantoni e Viana (2010), é de que os processos de reorientação da formação

caminhem em direção ao ensino integrado aos serviços de saúde. Nessa linha, em 2007, houve ampliação do Pró-Saúde para os demais cursos da área da saúde.

As DCN e o Pró-Saúde trazem a noção de competência para os currículos das graduações quando expressam a necessidade de o discente experimentar a prática (situações da vida) a fim de poderem mobilizar conhecimentos. Além do fato de redefinir os saberes e o perfil desejado para os profissionais de saúde a partir das necessidades da sociedade brasileira, nesse caso considerando as necessidades de formação para o SUS.

Em um cenário de necessidade de qualificação e aumento da resolubilidade da ESF, o MS, através da Portaria nº 35 de janeiro de 2007, criou o Projeto Telessaúde Brasil, com o objetivo de fornecer suporte por meio de teleassistência e teleducação para as equipes da ESF.

Com vistas à consolidação das mudanças incentivadas pelo Pró-Saúde, foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, em 2010, a disponibilização de bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, é uma estratégia para implementação do Pró-Saúde.

As Residências Multiprofissionais em Saúde também caminharam nessa lógica; o que pode ser evidenciado pela leitura da Resolução nº 2/12 que explicita que “os Programas de Residência Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais.” Além do que

*“constituem programas de interação ensino-serviço-comunidade” [...] e [...] “deve ser orientado por estratégia pedagógica capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerários de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar”.* (Brasil 2012, p 24)

O documento menciona também que o programa

*“deve prever metodologias de interação de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.”* (Brasil 2012, p 24)

## CAPITULO IV

### RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Pode-se considerar que as Residências no Brasil seguiram o modelo americano que objetivava complementar o ensino teórico-prático dos jovens. No século XX a residência médica difundiu-se por todos os Estados Unidos visando uma melhor formação dos médicos americanos. No Brasil, a Residência foi criada na década de 40, com a finalidade de atender às demandas sociais do país, adquiriu *status* de pós-graduação e foi oficializada em 1977 pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.

Esse Decreto instituiu, também, a Comissão Nacional de Residência Médica, “responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de oferta dos programas de residência médica” (Brasil, 2006 p 5). A residência, nesse período, foi considerada o "padrão ouro" da especialização médica.

Em 1976, foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul a primeira Residência em Medicina Comunitária, com intuito de formar profissionais com “visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade”. Dois anos depois, a Residência do Murialdo se torna multiprofissional (Brasil 2006, p 5).

Ceccim (2004) considera que o atendimento de determinada condição ou situação de saúde específica não é mais suficiente para responder às diversas demandas implicadas no viver contemporâneo. Seria necessário ampliar o olhar para visualizar outras possibilidades de intervenção, pois em um momento ou outro de sua vida, o usuário precisará da atenção de profissionais com diferentes habilitações.

Para Rossoni (2010) os processos formativos na área da saúde, tanto graduação como pós- graduação, incluem em suas competências a preparação para o trabalho em equipe. As Residências multiprofissionais ganham visibilidade nos cenários de educação e saúde

enquanto estratégia para articular a formação com o cuidado em saúde com foco na integralidade<sup>6</sup>, de forma a efetivar os preceitos institucionais e éticos do SUS.

Ceccim e Ferla (2007, p 223) ressaltam que a Residência Multiprofissional está implicada, na produção da atenção integral à saúde e no restabelecimento da “interação ensino-gestão-serviço-control social, tensionando os projetos de formação à melhor escuta das pessoas que recorrem/usufruem/usam aos/dos/os serviços de saúde”.

Cada vez mais o trabalho em equipe de saúde vem sendo acionado, tanto no âmbito acadêmico como no das políticas de saúde, seja para reunir as práticas que têm estado fragmentadas, seja para ofertar uma rede complexa de relações para que se possa detectar necessidades e implementar formas complementares e intersetoriais de atenção às diversas situações de vida. Assim, a emergência da residência multiprofissional ampara-se no fato de que a maioria dos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde tem uma formação na graduação voltada predominantemente para um modelo assistencialista-privatista, inadequada, portanto, para as demandas do sistema de saúde.

Nesse contexto, a regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde é tida como estratégia para repensar a formação em saúde, por meio da “formação em situação de trabalho”.

Em 30 de junho de 2005 é promulgada a Lei no 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

De acordo com a lei, a Residência em Área Profissional da Saúde “constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde”.

Segundo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil 2012, p 24), as Residências Multiprofissionais em Saúde devem constituir-se de:

*“programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS.”*

---

<sup>6</sup> Ceccim e Ferla (2007, p 223) consideram que “a integralidade da atenção pertence e deve pertencer ao conjunto do sistema de saúde”, mas que “ela também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”.

Consideramos, à luz dessa revisão que, assim como a reformulação dos modelos de atenção à saúde, a educação dos profissionais de saúde na graduação e pós-graduação apresenta-se em processo de transição. Nesta perspectiva, de acordo com Cunha (1998), o modelo tradicional de ensino centrado no professor ou preceptor, com ênfase na transmissão do conhecimento, deveria dar lugar a um modelo onde o foco está nas relações existentes na produção do cuidar. Estratégias governamentais foram elaboradas e estão sendo implementadas nesse sentido.

Nesse contexto em que se busca a transformação da formação em saúde de mero transmitir de conhecimento para uma formação que desenvolva competências, tem-se a necessidade de unir os setores da educação e da saúde; de perceber os serviços de saúde enquanto cenário de prática privilegiado, constituindo-se também como lugar de ensino e não somente de produção de cuidado; e de estudar o papel de educador do profissionais de saúde, que recebe, frequentemente, o nome de preceptor. Tem-se assim os serviços de saúde como cenário de aprendizagem o que remete ao mencionado anteriormente: os profissionais de saúde enquanto preceptores.

## CAPITULO V

### O QUE NOS DIZEM AS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS

Após a leitura das publicações selecionadas, realizamos a análise dos seus conteúdos. Alguns temas saltaram aos olhos, uns por se repetirem, outros por serem muito presentes na nossa vivência como preceptora. Para facilitar a análise agrupamos esses temas em categorias que, segundo Minayo, “são expressões ou palavras significativas em função da qual o conteúdo de uma fala será organizado” (Minayo 2006, p. 317). As categorias são: conceito de preceptor/preceptoria; atividades e características do preceptor; relação preceptor-aluno-serviço; condições de trabalho x formação e formação do preceptor.

#### Conceito de preceptoria/preceptor

Os termos preceptoria e preceptor são frequentemente utilizados no âmbito da formação em saúde, porém, de acordo com Botti (2009), carecem ainda de definição consistente.

Das 29 publicações selecionadas 16 publicações consideram que o conceito de preceptor “não está muito claro” (Missaka e Ribeiro, 2011) quando explicitam isso no texto, ou quando após a leitura exaustiva do texto não encontramos um conceito ou definição para os termos “preceptor” e “preceptoria”. O Quadro 3, anexo, apresenta algumas definições e conceito de preceptor e preceptoria que aparecem nos textos.

Alguns autores utilizam a palavra preceptor como sinônimo de outros termos: Botti (2009) menciona uma nova nomenclatura para o preceptor: “docente-clínico”; diz ainda que é um “educador” por “oferecer ao aprendiz ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos, trilhando um caminho para formar pessoas ativas na sociedade” (p 8); Rocha e Ribeiro (2012) utilizam a palavra “preceptor” com o mesmo significado de “docente”; já Pontes (2005) ao conceituar o preceptor utiliza as palavras “docente” e “tutor” como sinônimos de preceptor.

Em outras publicações podemos observar variações ou classificações da nomenclatura de preceptor: Santos (2010) classifica o preceptor em dois tipos: preceptor de equipe (membro de equipe no serviço- que faz acompanhamento dos alunos nas atividades de campo) e Preceptor de território (profissional de saúde membro da equipe de supervisão que oferecem aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada area

programática); Pagani e Andrade (2012) trazem o termo preceptor de território para nomear o preceptor do curso de residência de Sobral, que recebeu esse nome por atuar diretamente com os residentes no seu local de trabalho, nesse curso de residência o preceptor (profissional da academia) se desloca para o território da equipe em que o residente é membro (“modelo de tenda invertida”).

No programa de residência que experimentamos, o preceptor é classificado de duas formas: preceptor de território e de equipe, sendo esse definido como: “profissional de saúde que integra a equipe preceptora do módulo de atuação de uma equipe de alunos, que acompanha e responsabiliza pelo planejamento e desenvolvimento das atividades no campo, acompanhando a singularidade das situações e a complexidade das interações entre sujeitos diferentes” (Programa do curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência- ENSP/Fiocruz).

Pode-se perceber que o conceito de preceptor foi construído de variadas formas nos diferentes estudos, o que nos remete ao que diz Botti (2009, p 20) à luz de Houaiss e Goode: conceitos “ não tem significado definitivo, mas são construído por suas relações com os fatos”, sendo assim, conceitos que parecem tão claros e delimitados podem ter várias facetas complexas e frequentemente contraditórias.”

Embora, as definições do preceptor sejam distintas chama atenção o fato de a maioria trazer um caráter pedagógico: “docente-clínico”, “educador”, “facilitador”, “apoio pedagógico”. O que será discutido adiante, quando falarmos da formação do preceptor.

Podemos entender o fato de os documentos oficiais não trazerem de forma clara o conceito de preceptor ou preceptoria, pois vimos que sua definição se dará conforme a necessidade de cada programa. Portanto, é preciso que os programas (de residência, graduação) explicitem o conceito de preceptor que optaram utilizar, que pretensões tem acerca desse agente, o que, ao meu ver, só poderá ser verdadeiramente construído se for fruto de um processo participativo, conforme corrobora Pagani e Andrade (2012, p 99): "na atuação do preceptor deve haver clareza com relação aos objetivos do seu trabalho e ao modo pedagógico de implementá-los”.

Pagani e Andrade (2012) trazem o conceito construído pelos próprios preceptores: “facilitador da construção do processo de trabalho da equipe de saúde como um todo e da estruturação da ESF no território” (p 101).

### Atividades e características do preceptor

Assim como o conceito, as atividades a serem executadas pelo preceptor e características que esse agente deve ter aparecem de forma variada nos diferentes estudos, embora sejam mencionadas nos documentos oficiais.

Para melhor compreensão foi construído um quadro (Quadro 4, anexo) com as atividades do preceptor apresentadas pelos documentos oficiais e pelas publicações estudadas.

As atividades a serem desempenhadas pelo preceptor são diversas e de diferentes ordens: técnica, docente, ética e moral.

Botti e Rego (2011, p 70) mencionam que “a definição do papel a ser desempenhado pelo preceptor ainda é assunto muito controverso na literatura científica e nos documentos oficiais” o que permite práticas diferentes. Além disso, a multiplicidade de funções dos documentos oficiais também é percebida pelos preceptores quando se referem ao seu trabalho: orientador, exemplo, supervisor, tutor, guia, pai, amigo, professor, moderador, facilitador, parceiro e educador.

A maioria dos preceptores exerce variadas funções e a preceptoría (com todas as suas atividades) soma-se a essas, além de trazer de novo um caráter docente/pedagógico poucas vezes presentes nos processos formativos dos profissionais que a exerce.

Fajardo (2011) faz uma reflexão acerca desse fato quando traz comentários feitos pelos preceptores: “eu só trabalho, não faço mais nada”, “sou profissional de saúde, não professor”, “não sei ensinar”, “nunca fiz pesquisa na vida” e “tenho um monte de hora-extra, mas não consigo tirar folga” (p 50).

A autora diz ainda que “os funcionários atendem a uma demanda cada vez maior de trabalho assistencial, docente e de gestão em caráter de simultaneidade”(p 51). Acrescenta que: “é possível observar que o trabalho realizado pelos preceptores transcende o prescrito tanto em âmbito profissional como em termos de horário, mobilizando iniciativas e recursos próprios, o que pode resultar em sentimento de sobrecarga de tarefas e extrapolação da carga horária de trabalho” (p 104). E conclui que embora o tempo seja escasso “é densamente aproveitado a um custo de angústia e sentimento de insuficiência”(p121).

Costa (2009, p 121) acredita que “esta situação é agravada pelo alto número de famílias adscritas por Unidade.” Acrescenta que as múltiplas tarefas que estes profissionais já exerciam dificulta que eles tenham disponibilidade/atenção aos alunos de uma forma desejada e adequada.

Rossoni (2010) preocupa-se com fato de o preceptor acumular muitas funções, e afirma que pode prejudicar o processo formativo.

Tudo isso me faz recordar minha vivência na prática da preceptoria, associar as práticas de assistência às de ensino não é tarefa fácil, pois exige tempo com os alunos, discutir as necessidades de aprendizagem de cada um. Tal fato pode ser agravado quando se trata da preceptoria da Residência Multiprofissional- no meu caso, o preceptor é responsável por cinco alunos de categorias profissionais diferentes, com necessidades de aprendizagem diferentes.

Os documentos oficiais assim como as publicações citam características ou requisitos que são esperados que profissionais que irão exercer a preceptoria possuam. Tais características buscam estabelecer uma padronização do perfil esperado e estão listadas no Quadro 5, anexo.

As características são bem amplas e na maioria das vezes voltadas para o campo da docência. Essas observações levam à interpretação que o papel/perfil do preceptor ainda está em construção. E assim como o conceito e as atividades, as características do preceptor são expressas de forma diferente nos diversos contextos da formação (graduação, pós-graduação, residência médica e multiprofissional).

A maior parte dos textos que discorrem sobre a preceptoria na Residência Multiprofissional Barreto et al (2009), Pagani e Andrade (2012), Simoni (2007), Fajardo (2011), Nascimento (2008), Rossoni (2010), Santos (2010) e Pimenta (2005) não consideram que o preceptor precise ser da mesma categoria profissional do residente, por entenderem que “não é da responsabilidade da residência formar especificamente o núcleo e sim da graduação”, e compreenderem que “a proposta da Residência é promover a aquisição de competências de outra ordem que, quando incorporadas, se aliarão ao conhecimento específico de cada área” (Santos 2010, p 73 e 85).

Tudo isso é corroborado pelos documentos oficiais que tratam da Residência Multiprofissional quando mencionam que a

*“supervisão de preceptor de mesma área profissional, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária.” (Brasil 2012)*

Rossoni (2010) menciona que embora a formação em APS implique em que residentes de diversas profissões devam fazer tudo que concerne aos cuidados primários em saúde, existe o medo da perda da especificidade profissional.

Fajardo (2011) apresenta outro olhar: “a prioridade do Programa de Residência é o segmento dos recém-formados, de modo que obtenham experiência profissional de acordo

com as áreas de empregabilidade, mas também cumpre o papel de requalificação de recém-formados e formados que estavam desempregados e formados sem especificidade” (p 94).

Simoni (2007, p 58) relata que muitas vezes o preceptor multiprofissional “se coloca a questão de como transmitir um conhecimento para um grupo tão heterogêneo de profissionais, entretanto uma interrogação mais potente poderia ser: como fazer dessa heterogeneidade, efetivamente, um propulsor de aprendizagens?”

O fato de o preceptor ser ou não da mesma categoria profissional do residente não deveria ser impedimento para que o profissional em processo de formação aprimore atividades e conhecimentos dos seus núcleos específicos<sup>7</sup> ou adquira habilidade de incorporar suas práticas no âmbito do campo- no caso APS, visto que ele não é o único ator do processo ensino-aprendizagem.

Outra característica que não está padronizada diz respeito ao preceptor está vinculado ao serviço – Fajardo(2011), Rossoni (2010)- ou à academia – Albuquerque (2007), Pontes (2005).

Santos (2010) analisou dois programas de Residência: no primeiro, o preceptor é vinculado ao serviço, no segundo está vinculado à academia. A autora considera que “a rotina do serviço potencializa o olhar sobre as relações estabelecidas entre residentes, equipe, gestores e usuários” (p 72), e menciona que os preceptores vinculados ao serviço “lidam diariamente com os residentes, formulam conjuntamente as agendas e constroem vínculos mais estreitos” (p 73).

Para Albuquerque (2007) o fato do preceptor não estar vinculado ao serviço pode criar algumas barreiras para o desenvolvimento pleno do aprendizado: "poucos estudantes do grupo do segundo período tiveram oportunidade de participar de uma visita domiciliar acompanhando o preceptor” (p 157). Além de a autora mencionar que a própria autonomia do preceptor na unidade é prejudicada “em relação à interação com os profissionais da unidade, foram poucos momentos que pude constatar algum nível de aproximação dos estudantes com estes”(p 167).

Em concordância com o anterior, Pontes (2005) diz que quando o preceptor não é profissional do serviço há dificuldades de inserção dos alunos nas unidades de saúde.

Rossoni (2010) traz outra vertente quando relata que “o fato de alguns e algumas preceptores/as do programa considerarem que “já são da casa” fazia com que não se

---

<sup>7</sup> Campos (2000, p 53) é um dos autores que discorre acerca da definição de núcleo e campo e os define da seguinte forma: “núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um

comprometessem com horários e responsabilidades com residentes e usuários/as" e acrescenta: "isso gerava ambivalências nos que estavam em formação... inclusive provocando desmotivação." (p 99)

Albuquerque (2007), diz que o preceptor tem papel de mediar conflitos cotidianos, o que pode ser facilitado quando o preceptor está inserido na equipe. Isso é fundamental quando se trata da preceptoria multiprofissional, em que o preceptor tem atribuição de inserir alunos de outras categorias no contexto do cenário de prática e contar com o auxílio dos outros profissionais da equipe.

Fajardo (2011, p128) corrobora com a seguinte afirmação: "A relação de ensino/aprendizagem também pode ser permeada pela gentileza na convivência com os usuários e os colegas".

No caso da Residência que participei, o preceptor pertence a uma categoria e conta com o auxílio dos profissionais do serviço (os coordenadores da Residência denominam equipe preceptora). Esses profissionais muitas vezes não estão pré dispostos a receber alunos e é papel do preceptor inseri-los nesse contexto.

Fajardo (2011) traz que na Residência estudada por ela "os preceptores são considerados como os responsáveis exclusivos pela formação do residente, chegando quase a serem identificados como proprietários ou patrões do residente por aqueles que não se sentem corresponsáveis pelo processo de ensino/aprendizagem" (p105).

Isso pode ser agravado pelo fato de em alguns programas de formação preverem uma remuneração para o preceptor, o que por outro lado, de acordo com Fajardo (2011) pode impulsionar outros profissionais a buscar formação para exercer a preceptoria.

É possível perceber que as funções estabelecidas para os preceptores vão além do cuidado em saúde, e se expressam em atividades que requerem também conhecimentos do campo da educação.

É exigido, por lei, o título de especialista ou experiência de três anos na área profissional ao profissional de saúde que vai desempenhar a preceptoria, porém, como mencionado anteriormente, a preceptoria está imbuída de um caráter pedagógico não explicitado nos critérios de seleção do preceptor.

Farjado e Ceccim (2010, p 197) apontam para o fato de que

*"grande parte dos trabalhadores que podem ser preceptores é oriunda de graduações cujos currículos eram ou são fragmentados, organizados por disciplina e que não preparam para docência em serviço, incluindo a orientação*

*de pesquisa. Ao passarem a exercer estas funções, acrescidas ao tradicional papel e prestador de serviço em saúde,..., evidencia-se um grau de tensão conforme a segurança que os preceptores sentem para seu exercício...”*

### Relação preceptor-aluno-serviço

Durante a vivência da preceptoria observei que, assim como eu, preceptores são levados a buscar conhecimentos pedagógicos diferentes daqueles aprendidos em seus cursos de graduação, além de aprimorar a prática.

A presença dos alunos nos serviços também transformam àqueles que ali trabalham. O fato de os alunos questionarem a organização do processo de trabalho e a qualidade do serviço prestado, ou seja, o processo de trabalho visto por outros olhos, pode levar à reflexão, e assim à transformação da prática dos serviços.

Rossoni (2010, p.36) corrobora esse pensamento: “a presença contínua de residentes em formação, no âmbito dos serviços, pode provocar nas equipes outro modo de operar, trazendo questionamentos, propondo inovações, desacomodando o instituído.”

Fajardo (2011, p 30) considera que “quem ensina também aprende, é possível que as mudanças institucionais qualitativas por intermédio do processo de docência em saúde ocorram em vários níveis e âmbitos”. Ainda nesse contexto a autora afirma que “a introdução da docência acentua a implicação com o trabalho, prolonga sua duração, ressignifica a relação com usuários/pacientes e inaugura fluxos institucionais entre gestão organizacional e assistência clínica”(p 104). Acrescenta que com a “interdisciplinaridade propiciada pela convivência entre residentes e contratados de diferentes profissões no ambiente institucional”, o preceptor “pode aproveitar as contribuições” e “somar-se à formação de todos” (p 116).

Simoni (2007, p 70 e 71) diz que o residente “reaviva” o preceptor, pois o “conecta com marcas antigas, esquecidas”, o que pode levá-lo a “encontrar um ponto que não seja nem se deixar engolir pelo monstro voraz da demanda, nem o de continuar intervindo desde a academia” e com isso “tornar-se outro”, que se potencializa “com a entrada dos residentes com suas demandas impossíveis” possibilitando “movimentos de resistência à convocação burocrática da instituição.” E afirma que os preceptores por medo de não “dar conta da posição de quem deve ensinar e transmitir o conhecimento”, “passaram a estudar como nunca”.

Fajardo (2011, p 93) acrescenta que mesmo em momentos de adversidade o preceptor pode aprender: “dificuldades na relação com residentes que não atenderiam a um perfil ideal –

que tampouco está definido – pode desencadear o crescimento do próprio preceptor ao encarar situações inusitadas e se dar conta do que ainda tem a aprender.

### Condições de trabalho X formação

Ao inserir alunos nos serviços de saúde é necessário pensar quais condições de trabalho esses serviços oferecem aos seus trabalhadores e em que medida contribuirão para formação com qualidade desejada.

Missaka (2010, p 7) relata “sérios problemas vividos pelos trabalhadores de saúde no que se refere às políticas de pessoal, às condições de precarização vividas no ambiente de trabalho e à pouca oportunidade para uma formação pedagógica e para a educação permanente.”

Albuquerque (2007) aponta deficiências na estrutura física dos serviços para receber os alunos: “enfrentei também diversas vezes dificuldades para alocar os estudantes nos cenários de atenção básica, como falta de sala para as discussões, de locais para guardarem as mochilas" (p 170). E explicita que esse é um argumento utilizado pelos que não tem interesse em inserir os alunos nos serviços, além de fator de angústia para o preceptor.

Fajardo (2011, p 115) completa “os conflitos com a equipe são percebidos tanto no âmbito da orientação por outros colegas como na dificuldade de compartilhar espaço físico limitado e equipamentos insuficientes com residentes”, e expõe um fator agravante quando traz que “disputa por espaço físico e equipamentos ilustra essa dificuldade, mas o mais sério é a indisponibilidade de quem não é preceptor em acompanhar os residentes, criando obstáculos a sua formação ampliada”.

Outro fator que pode influenciar na qualidade da formação está no fato da preceptoria ser mais uma função do profissional de saúde, o que é explicitado por Rossoni (2010); “por vezes, (*os preceptores*) tinham dificuldade de estabelecer horário comum para a maioria dos membros da equipe, a fim de organizar a apresentação, porque os/as preceptores/as cobriam, em geral, duas equipes” (p 126).

Costa (2009, p18) corrobora ao dizer que "questionava-se a presença de preceptor(es) junto às equipes como facilitadores deste processo, com um argumento baseado nas múltiplas tarefas que estes profissionais já exerciam, [...] não permitindo à maior parte deles uma disponibilidade/atenção aos alunos de uma forma desejada e adequada”

Albuquerque (2007) relata que “o processo de aprendizagem singular de cada aluno também era acompanhado pelo preceptor”. Entendendo que "esta abordagem que revela o

conhecimento como uma construção social, mas que leva em conta o processo de aprendizagem diferenciado de cada aluno, mesmo que este se dê no grupo, contextualiza o ensino à reflexão sobre a realidade vivida e incentiva a aprendizagem significativa." (p 204).

Como é possível o preceptor colaborar com o processo de aprendizagem se não tem tempo para discutir com os alunos, possibilidade de acompanhá-lo nas atividades que executam e formação pedagógica para tal?

Podemos supor que uma maior aproximação dos docentes (da academia) com os preceptores (dos serviços) seja uma forma de minimizar as dificuldades que se estabelecem no processo ensino-aprendizagem. Porém o que percebo em minha prática é que essa aproximação é bem debilitada.

Rossoni (2010, p 95 e 108) aponta a precarização dos contratos de trabalho dos profissionais de saúde como mais uma barreira na consolidação dos serviços como campo de aprendizagem: "Nesse período começou a ficar visível a dificuldade do vínculo de profissionais às equipes, devido à provisoriedade dos contratos de trabalho", "não é possível desenvolver trabalho em equipe ou formar residentes para o trabalho em equipe com as incertezas presentes no cotidiano desses serviços."

Barreto et al (2011) preocupa-se com a precarização do serviço público quando os preceptores privilegiam os espaços privados e resignam as atividades dos serviços público aos educandos sem supervisão.

Pessoa e Constantino (2002) destacam a importância da supervisão (preceptoria), alertando a responsabilidade compartilhada do preceptor, do residente e da instituição nos atos realizados durante o período de treinamento em serviço.

Rossoni (2010, p 115) conclui: "a formação de profissionais de saúde é um dos nós críticos para implementação de princípios e diretrizes do SUS. Entretanto a discussão da precariedade do trabalho no SUS não é menos relevante."

### Formação do preceptor

Fajardo e Ceccim (2010, p 192) mencionam não existir uma regulamentação abrangente da formação e do desenvolvimento da preceptoria, porém consideram o preceptor elemento essencial no desenvolvimento de programas de formação em saúde, e definem esses agentes como "profissionais do serviço/assistência" que "ressituam seu conhecimento e sua

experiência em área profissional para atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho, articulando aprendizagem e práticas cuidadoras.”

Missaka e Ribeiro (2011) consideram que seja crescente a discussão acerca da formação do profissional de saúde para exercer a preceptoria, o que foi evidenciado pelos autores com o aumento do número de trabalhos com tal tema ao longo dos anos.

Em outra publicação Missaka (2010) diz que “somente os conhecimentos médicos não são suficientes para o exercício da atividade de preceptoria, uma vez que esta exige conhecimentos didático-pedagógicos para orientação e supervisão do treinamento prático dos estudantes.” (p 7)

Em concordância Pontes (2005), Botti (2009) e Rossoni (2010) consideram que ser um “bom clínico” não garante que o profissional de saúde seja um “bom preceptor”, pois essa função abrange habilidades docentes. Fajardo (2011, p 30) corrobora tal pensamento quando indica que o fato de os preceptores “saberem muito a respeito de determinado conteúdo e terem alcançado sucesso na carreira não garante o desenvolvimento adequado do exercício da docência, necessitando de estímulos permanentes para a reflexão e a proposição de alternativas viáveis de ensino/aprendizagem.”

Pontes (2005) aponta para o fato de preceptores sentirem-se inseguros para exercer a preceptoria por terem visão do processo ensino-aprendizagem cujo docente é “fonte do saber”, e relata a dificuldade de docentes/preceptores para atuarem com novos métodos ensino-aprendizagem (metodologia ativa) e integralidade e interdisciplinaridade e acredita que a “formação docente se inicie com a reflexão sobre a prática pedagógica da qual o professor é sujeito” (p 60).

Rocha e Ribeiro (2012) restringem a formação do preceptor à pedagógica, o que a meu ver não dá conta de todas as atribuições que o mesmo desempenha, e segundo Botti e Rego (2011) “pode gerar a falsa impressão que apenas habilidades pedagógicas são necessárias, minimizando ou desconsiderando as habilidades médicas.”

Albuquerque (2007) comenta sobre o fato de cada preceptor desenvolver a preceptoria como considera que deva ser, não há uma discussão prévia, ou um plano. Vivenciei essa situação quando recebi a primeira turma de residente, peguei o programa da residência e deduzi – a partir da minha experiência como residente- que atividades poderiam colaborar para formação dos residentes.

Fajardo (2011) completa mencionando que "os preceptores que foram residentes consideraram que isso influencia a atuação presente, pois essa vivência se atualiza e faz lembrar que também estão formando futuros preceptores." (p 95)

Além disso, a autora aponta que a formação de origem e tempo de experiência no setor em que atua como preceptor podem influenciar na qualidade da preceptoría e defende a “importância de uma capacitação pré-existente em docência” (p 137).

Pagani e Andrade (2012) trazem outro olhar quando refletem que pelo fato de o preceptor não ter tido preparação prévia para atuação houve, inicialmente, execução de múltiplas tarefas por esse agente (apoiador, de supervisor, de educador), o que permitiu diversidade de atuação e diversas maneiras de trabalhar, ampliando assim as possibilidades da preceptoría.

Trajman et al (2008, p 30) entendem que a “formação dos preceptores deve ser uma função prioritária das IES”. O que é corroborado por Missaka (2010) quando sugere que o tutor do PET- saúde deve oferecer "capacitação pedagógica ao preceptor e a orientação voltada à pesquisa e produção de conhecimento relevante para o serviço de saúde." (p 3). E acrescenta que " não existe política para a formação do preceptor que se traduza em plano de formação, identificação do perfil de quem atua na função de preceptoría, articulação dos serviços com as instituições formadoras" (p 9).

Rocha e Ribeiro (2012, p 346) consideram que “cabe às instituições tomar para si a responsabilidade de preparar esses formadores, criando, por meio da gestão, políticas que definam formação, avaliação e monitoramento do preceptor [...] É desejável que o profissional imbuído dessa função esteja sensibilizado e qualificado para isto .”

Já Pires (2006) sugere o mestrado profissional como estratégia de formação do preceptor, por entender que esse “trata-se de uma modalidade de mestrado que valoriza o profissional da prática, que se volta para as demandas do seu trabalho” (p 107).

Albuquerque (2007, p 235) defende “a garantia de fóruns para a troca de experiências entre os docentes na sistematização do vivenciado e o aprimoramento constante do programa curricular, evitando isolamentos e maiores dificuldades nos cenários de prática.”

Fajardo (2011, p 44) resume a dificuldade que o profissional de saúde encontra ao exercer a preceptoría: "profissionais de saúde de graduação universitária, formados em cursos com currículos fragmentados e organizados por disciplinas, passaram a exercer funções de preceptoría e de orientação de pesquisa, acrescidas ao trabalho vigente de prestador de serviço em saúde, [...] tendo de promover um processo de ensino/aprendizagem, além de pesquisa e assistência".

Mesmo com toda importância dada ao trabalho do preceptor e a crescente discussão acerca de sua formação, ainda é insuficiente, como referem Jesus e Ribeiro (2012).

Ao pensar a preceptoria tem-se, intrinsecamente, que pensar acerca de seu conceito e atividades, assim como que *habitus*<sup>8</sup> e competências a serem desenvolvidos pelo preceptor são pretendidos, além da formação desse agente.

---

<sup>8</sup> *Habitus* são “sistemas de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações e torna a execução de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma forma.” Bourdieu (*apud* Perrenoud 1999, p 24)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças do conceito de saúde e a introdução de outro modelo de Atenção em saúde: integral, focado na promoção da saúde, organizado a partir do nível primário, que pressupõe um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a diversidade que compõem os sujeitos, fez com que a formação em saúde se transformasse ao longo dos anos. Essa transformação se deu por meio de estratégias que inseriram o aluno, tanto da graduação quanto da pós-graduação, nos serviços de saúde. Isso levou os profissionais de saúde a incluir em sua prática o papel de preceptor.

O fato de inserir os alunos nos serviços, por si só, não garante a transformação do processo de formação, é preciso que os trabalhadores de saúde estejam preparados para essa função, assim como lidar com mais um agente no processo de cuidado.

O aluno traz mudanças no cotidiano de trabalho, ou porque exige tempo e atenção dos profissionais de saúde para sua formação, ou porque mobiliza modificações na forma de organizar os serviços. Um exemplo bem simples é modificação dos cronogramas para garantir espaço físico para que o aluno possa atender, mudar o local de reuniões para caber mais cadeiras. Modificações maiores podem ser observadas, quando vemos um profissional desanimado, desmotivado voltando a estudar, buscando novos conhecimentos para receber alunos, ou melhorar sua forma de cuidar porque está sendo observado.

O preceptor, ao meu ver, seria a pessoa que faz a interlocução da academia com os serviços de saúde e insere os alunos nesses serviços. Seja pelo simples fato de apresentá-los ao “serviço” e vice-versa, seja por organizar, junto com os alunos, usuários e trabalhadores de saúde, o cotidiano de trabalho com esse outro ator.

É fácil observar a importância que tem sido dada ao preceptor, porém, embora haja um aumento do número de estudos que discorrem sobre preceptor e preceptoria nos últimos 10 anos, ainda há muito que estudar sobre esse agente, sua formação ou direção de como o profissional de saúde deve agir na função de preceptor precisam ser mais explorados.

Este estudo buscou, a partir da revisão bibliográfica de publicações brasileiras que versavam da preceptoria em saúde, conceituar os termos “preceptor” e “preceptoria”.

Encontramos diversos conceitos para preceptor, assim como diferentes nomenclaturas ou classificações para o termo preceptor: preceptor de equipe, preceptor de território. Os estudos utilizam termos distintos como sinônimo de preceptor: tutor, docente, docente-clínico,

mentor, quando explicitam claramente ou quando o descrevem conforme cada um desses termos.

Concluimos que a definição de preceptor não deveria ser padronizada, mas estar bem clara nos programas dos cursos para que o alcance da qualidade da formação. Não é bom que em um mesmo curso cada preceptor tome atitudes que considera corretas, sem que haja um padrão.

Pela experiência como residente e preceptor compartilho da definição de Botti (2009): “o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde.”

Embora saibamos que cada residente ou aluno terá uma necessidade de aprendizado, o preceptor deveria estar sensível a levantar essas necessidades e possuir, ou buscar, as ferramentas para alcance dessa formação.

De acordo com algumas das publicações pesquisadas, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo. Essas últimas funções do preceptor em muito se assemelham às funções típicas de um mentor e podem se confundir com elas.

Outras publicações consideram que o preceptor deveria ser um educador por “ter a função de oferecer ao aprendiz ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos, num caminho que se trilha para formar pessoas ativas na sociedade a que pertencemos” (Botti, 2009)

As características de um “bom” preceptor ainda não foram bem delineadas, embora algumas posturas estejam relacionadas a esse ator, tais como, a disponibilidade de experimentar o novo, de se deixar implicar e ser modificado, de sair da zona de conforto e buscar se redescobrir a cada momento, se comprometer com o serviço, auto-aprendizagem, ensino e aprendizagem.

Suas características e funções deveriam ser construídas de acordo com a necessidade dos programas em que estão inseridos.

Não existe uma fórmula - que muito busquei durante essa pesquisa - a ser seguida que resulte na transformação do profissional de saúde em preceptor. Como bem diz Fajardo (2011) a formação se dá no cotidiano da preceptoria (marcado pela falta de padrões e rotinas).

Porém, durante a leitura dos textos, pudemos observar que o que se espera do profissional de saúde é inserir em sua prática atividades de supervisão e orientação de alunos,

o que pressuporia conhecimentos distintos dos técnicos aprendidos nas graduações. Assim, tornar-se-ia fundamental pensar além da definição de preceptor, a sua formação, ou melhor, a construção desse ator, baseada na prática da preceptoria.

Acerca da metodologia utilizada, considero de suma importância mencionar a contribuição da pesquisa bibliográfica na reflexão e posterior modificação da minha prática. Estar imersa aos estudos, conhecer outras experiências, entender melhor conceitos que faziam parte do senso comum, me fez enxergar o mesmo de forma diferente. O conhecimento que o estudo aprofundado do tema trouxe para mim pode ser comparado à metáfora de procurar uma agulha no palheiro com ajuda de uma lente de aumento. Muitas questões ainda existem, porém novas ferramentas estão disponíveis para respondê-las.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, JRP. Contexto atual de ensino médico: Metodologias tradicionais e Ativas: Necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de medicina. Programa de pós graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Porto Alegre, BR RS, 2009.

Araújo D. Noção de competência e organização curricular. Revista Baiana de Saúde Pública.v.31, Supl.1,p.32-43, 2007.

Barros MCN. Papel do Preceptor na Residência Multiprofissional: Experiência do Serviço Social.[TCC] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

Bispo Junior JP e Messias KLM, Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas relações com o Sistema de Saúde Brasileiro Rev.Saúde.Com 2005; 1(1): 79-89.

Brasil. Ministério de Educação e Cultura. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977.

Brasil. Relatório do Grupo Interministerial, 1981.

Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1986.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília. Senado Federal, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Cadernos RH de saúde CGDRH/SUS. V.1 n, 60 p, 1993.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Parecer 16/99, aprovado em 05 de outubro de 1999. Fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Secretaria de assistência à Saúde, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. 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, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.861 de 14 de Abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens- PróJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101 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, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde:

experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 421. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Secretaria de Educação Superior, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: 2012.

Botti SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. / organizado por Dina Czeresnia. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003.

Campos RF. A Nova Pedagogia Fabril – tecendo a educação do trabalhador. Dissertação de Mestrado. PPGE/UFSC. Florianópolis, 1997.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e Cultura, v. 3, n. 1 e 2, p. 51-74, 2000.

Ceccim RB. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

Ceccim RB et al. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, n. 28, p.159-180 2009.

Ceccim RB e Ferla AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007.

Cunha MI. O professor universitário na transição de paradigmas. Araraquara:J.M. Editora; 1998.

Declaração de Alma-Ata. URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

Delors J. (Org.). Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 4. ed. São Paulo : Cortez, 2000.

Fajardo AP. Os temas da docência nas Residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. [Tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

Favoreto CAO. Programa de Saúde da Família no Brasil: do Discurso e das Práticas. 2002. 126f. Tese (mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

Feuerwerker LCM. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1): 3-4, 2007.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed- São Paulo: Atlas, 2010.

Heimann LS, Mendonça MH. *A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do programa Saúde da Família no SUS: Uma busca de identidade*. In: Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. Orgs. Lima, Nísia; Gerschman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suarez, Julio Manoel. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

Jesus JCM e Ribeiro VMB. Uma avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do internato Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 36(2): 153-161 2012.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Ed revista e aprimorada- São Paulo: Hucitec, 2006.

Mehy EE, et all. *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde*. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

OPAS/OMS. *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 22 de setembro de 2012.

Pierantoni CR. *Reformas da saúde e recursos humanos : novos desafios x velhos problemas*. Tese de Doutorado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2000.

Pierantoni CR e Viana ALA. *Educação e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Perrenoud P. *Construir as competências desde a escola*; trd. Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

Pires ALO. *Educação e Formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizes e de competência*. [Tese] Lisboa: Universidade Nova Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2002.

Programa do curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência-ENSP/Fiocruz.

Ribeiro ECO e Aguiar AC. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competências na Educação Médica: percepções Atuais dos Especialistas. Revista Brasileira de Educação Médica 34(3): 371-378; 2010.

Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: UNESCO, 2002.

Sousa MF. A real idade do PSF. Conversando com quem faz. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

Sousa CP e Pestana MI. A polissemia da noção de competência no campo da educação. Revista Educ. Pública Cuiabá, v.18, n.36,p.133-151, 2009.

Silva Junior AG e Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Tobar F. Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.

## **ANEXOS**

**Quadro 1 - Documentos encontrados e selecionados nas bases de dados- anos 2002  
a 2012**

<b>Bases de dados</b>	<b>Encontrados</b>	<b>pré- selecionados<sup>1</sup></b>	<b>Eliminados pela revisão</b>	<b>Selecionados<sup>2</sup></b>
<b>Banco de Teses (Capes) - Brasil</b>	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>18</b>
<b>BVS- SciELO/LILACS/MEDLINE/ WHOLIS</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>29</b>

<sup>1</sup> seleção com aplicação de critérios ao título e resumo

<sup>2</sup> seleção com aplicação de critérios ao texto completo

**Quadro 2: Publicações selecionadas\***

Base	Descritor	Fonte/revista	Título	ano	Autor	Tipo de publicação
LILACS	formação AND preceptoria	LILACS/ Rev. bras. educ. méd;35(3):303- 310, jul.-set. 2011. tab	A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009	2011	Missaka, H; Ribeiro, V M B	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Cid Saúde	Residência em Saúde da Família: desafios na qualificação dos profissionais na atenção primária	2009	Barreto, ICHC; Oliveira EN; Andrade, LOM; Sucupira, ACL; Linhares, MSC; Souza, GA. Trajman, A; Assunção, N;	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	LILACS/ Rev. bras. educ. Méd 33 (1) : 24-32 ; 2009	A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico	2008	Venturine, M; Tobias, D; Toschi, W; Brant, V	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	LILACS/ Rev. bras. educ. Méd 36 (3) : 343-350; 2012	O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptoria em um minuto	2009	Chemello, D; Monfrói, WC; Machado, CLB	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Rev. bras. educ. Méd33(4): 664- 669; 2009 Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [ 1 ]: 65-85, 2011	Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica	2011	Botti, SHO; Rego, STA	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Rev. bras. educ. Méd34 (1): 21- 27; 2010	Internato Regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular	2010	Ruiz, DG; Farenzena, GJ; Haeffner, LSB	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Saúde Soc. São Paulo, v21, supl.1, p.94-106, 2012	Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de Sobral, CE	2012	Pagani, R; Andrade, LOM;	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Rev. bras. educ. Méd35 (4): 578- 583; 2011	Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde da Graduação e Pós Graduação da universidade Federal de Pernambuco- Um Termo de referência Uma Avaliação do Processo de Formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico	2011	Barreto, VHL; Monteiro, ROS; Magalhães, GSG; Almeida, RCC; Souza, LN	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Rev. bras. educ. Méd36(2): 153- 161; 2012	Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de Sobral, CE	2012	Jesus, JCM; Ribeiro, VMB	Artigo
LILACS	formação AND preceptoria	Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 12(6): 821- 825, 2002	O médico residente como força de trabalho	2002	Pessoa, JHL; Constantino, CF	Artigo
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	A formação do profissional de Saúde nas Equipes Multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em Saúde Mental.	2007	Simoni, ACR	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca	Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico: reflexões a partir	2005	Pontes, ALM	Dissertação

		/Fiocruz	da fala de preceptores do curso de medicina da UFF			
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde	2011	Fajardo, AP	Tese
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Ensino e Aprendizagem em serviços de Atenção Básica do SUS: Desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. "Narrativas e Tessituras	2007	Albuquerque, CP	Tese
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade de São Paulo	A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS	2008	Nascimento, DDG	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos	2010	Rossoni, E	Tese
CAPES	formação AND preceptoria	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz	Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2010	Santos, FA	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional	2007	Oliveira, FR	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz	O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino	2009	Botti, SHO	Tese
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade federal do Rio de Janeiro	A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não Universitário	2010	Missaka, H	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Estácio de Sá	Aprendizagem em unidades básica de Saúde da Família e metodologias ativas: o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos	2009	Costa, JRB	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Federal de Minas Gerais	COMPETÊNCIA CLÍNICA EM PEDIATRIA: proposta de instrumento de avaliação discente no Internato	2007	Megale, L	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Federal do Ceará	A Visão de gestores e professores as práticas de ensino e gestão no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará	2010	Gomes, RC	Dissertação

CAPES	formação AND preceptoria	Universidade do Vale do Itajaí	A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: Um compromisso com a consolidação do SUS. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE:	2006	Pires, T	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	A torção do Discurso Universitário na cena de formação do profissional em saúde.	2011	Medeiros, RHA	Tese
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade Estadual do Ceará	Residência em medicina de família e comunidade: avaliação da formação	2007	Castro, VS	Dissertação
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade de São Paulo	Análise dos Programas de Residência para formação dos médicos de família no Estado do Ceará	2010	Mariano, REM	Tese
CAPES	formação AND preceptoria	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Os signos da integralidade no cotidiano em uma residência em Saúde da Família	2005	Pimenta, CP	Tese

\* seleção com aplicação de critérios ao texto completo

### Quadro 3: Conceitos de preceptor apresentados pelas publicações selecionadas

Autor	Conceito preceptor
Rocha e Ribeiro (2012)	<p>Preceptor- “médico que atua junto a alunos, internos e residentes na construção de conhecimentos específicos da sua área, tendo ou não título de professor” (p 344).</p> <p>preceptoría - “uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e formação profissional, no momento do exercício clínico, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não” (p 346).</p>
Botti e Rego (2011)	<p>“todos os profissionais médicos, com cargo de professor ou não, que trabalham diretamente com o residente e convivem com ele durante todo o período de sua formação” (p 67).</p>
Pagani e Andrade (2012)	<p>“preceptor de território”: “profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes da estratégia de saúde da família” (p 94).</p>
Pontes (2005)	<p>docente ou tutor que acompanha um grupo alunos no cenário de aprendizagem do trabalho de campo supervisionado.</p>
Fajardo (2011)	<p>“facilitador do processo ensino-aprendizagem” (p 46), e ainda “profissionais que se abrem ao novo trazido pela (con)vivência junto a residentes, pacientes, colegas e gestão” (reconhecimentos)</p>
Albuquerque (2007)	<p>Educador responsável por supervisionar os alunos.</p>
Santos (2010)	<p>Preceptor de equipe: faz acompanhamento dos alunos nas atividades de campo; Preceptor de território: oferecem aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada área programática.</p>
Missaka (2010)	<p>" profissional que muitas vezes não é da academia e que tem importante papel na inserção e na socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimento de habilidades para desempenhar procedimentos clínicos” (p 20).</p>
Botti (2009)	<p>profissional que "domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela" (p 8), “contribui para formação moral do residente” (p 53).</p>

#### Quadro 4: Atividades do preceptor - apresentadas nos documentos oficiais e publicações selecionadas

Resolução nº 2*	Resolução CRNM 005/2004**	Publicações selecionadas***
<p>Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;</p>	<p>Orientar diretamente os médicos residentes do programa de treinamento.</p>	<p>Rocha e Ribeiro (2012) Capacitar futuros profissionais ou residentes para exercerem atividades práticas; Experimentar com eles algumas inserções teóricas; Construir e transmitir conhecimentos relativos a cada area de atuação; Auxiliar na formação ética e moral dos alunos, internos e residentes e estimular-os a atuar no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania</p>
<p>Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Pedagógico (PP)</p>		<p>Pagani e Andrade (2012) Problematizar, refletir sobre as concepções teórico-vivenciais da promoção da saúde, da educação permanente, sobre as políticas públicas locais; Atuar junto aos residentes no acompanhamento das atividades dos módulos da residência, acompanhar a equipe como um todo e apoiar na formação-capacitação dos profissionais diante das dificuldades</p>
<p>Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução</p>		<p>Barreto et al (2011) Articular o Trabalho Morto com o Trabalho Vivo; possibilitar o ambiente de ensino e a produção de conhecimento; Avaliar o educando</p>
<p>Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática</p>		<p>Jesus e Ribeiro (2012) Auxiliar graduandos e recém-graduados na construção de soluções para os problemas com os quais eles se defrontam na sua prática em saúde; Articular os conhecimentos e valores da escola e do trabalho; auxiliar na formação de uma postura ética por parte dos estudantes.</p>
<p>Participar, junto com o(s) residente(s)</p>		<p>Fajardo (2011) Envolver-se ativamente em todas as fases da proposta pedagógica, desde</p>

e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;

Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão

Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU,

sua elaboração, passando pela seleção dos candidatos e pelo acolhimento dos novos residentes;  
Contribuir com sugestões para a aquisição de insumos, equipamentos, publicações e na qualificação dos próprios colegas;  
tomar atitudes administrativas;  
sensibilização de todos os colegas do serviço;  
integrar o residente com a equipe multiprofissional;  
promover processo de ensino/aprendizagem, de pesquisa e assistência;

Albuquerque (2007)

Mediar situações para quais as insatisfações dos profissionais da unidade com o próprio processo de trabalho não sejam associadas à presença dos estudantes no serviço;  
estimular e apoiar o estudante a desenvolver a importante ferramenta médica para o cuidado – a comunicação

Nascimento (2008)

Desenvolver atividades docente-assistenciais no acompanhamento dos residentes

Rossoni (2010)

Intermediar tensões e entendimento ambíguos que permeiam processos de subjetivação dos sujeitos, mesmo que ele sintam-se com medo e inseguro para tal;  
Orientar a construção do trabalho final

Santos (2010)

Facilitar os processos de ensino-aprendizagem e não intervir nesse processo;  
Acompanhar diretamente as ações dos residentes;  
Mediar as subjetividades que permeiam as convivências de trabalho;  
Formular conjuntamente as agendas e por isso construir vínculos mais estreitos.

Oliveira (2007)

Supervisionar, individualmente e em grupo, os residentes com formação profissional igual a sua;

respeitada a exigência mínima de  
titulação de mestre.

Botti (2009)

Integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde;

Mostrar o caminho, servir como guia;  
Estimular o raciocínio e a postura ativa do residente;

Planejar, controlar o processo de aprendizagem e analisa o desempenho;

Aconselhar, usando de sua experiência, cuidando do crescimento profissional e pessoal do jovem médico;

Observar e avaliar o residente executando suas atividades;

Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas

Missaka (2010)

Estreitar a distância entre teoria e prática.

Costa (2009)

Ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica

Pires (2006)

Fazer a mediação entre as necessidades do serviço, sua organização, o enfoque prático da aprendizagem em suas múltiplas faces, com as necessidades de cada residente

---

**\*Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012- Dispõe das Diretrizes Gerais para Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.**

**\*\* Resolução CRNM nº 005/2004 de 8 de junho de 2004- Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica.**

**\*\*\* Publicações do quadro 2.**

### Quadro 5: Características do preceptor citadas pelos documentos oficiais e publicações selecionadas

Resolução nº 2*	Resolução CRNM 005/2004**	Publicações selecionadas***
Deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.	Ser médico com menos de 10 (dez) anos de conclusão do curso de graduação	Rocha e Ribeiro(2012) Deve dominar formas de promover a aprendizagem, com metodologias ativas e uso das tecnologias de informação e comunicação; Compromisso com a aprendizagem do aluno, o conhecimento do papel do preceptor como um formador; Capacidade de incentivar o aluno em sua aprendizagem.
Ser profissional vinculado à instituição formadora ou executora,	Ter certificado de Residência Médica expedido há menos de 05 (cinco) anos	Pagani e Andrade (2012) Amplas competências, e conhecimentos conceituais nos campos da saúde coletiva e das relações humanas; Conhecimento e desenvolvimento na utilização de métodos de ensino (problematização, educação permanente em saúde e educação popular; Ser capaz de desenvolver relações harmônicas e de participação; Ser pedagogo, articulador, educador. Deve conhecer bem a realidade epidemiológica, social, cultural e política do seu território; Estar sempre próximo dos residentes e da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho bem como no que diz respeito à organização e gestão dos serviços
Ter formação mínima de especialista	Ter elevada competência profissional e ética,	Pontes (2005) Deve pertencer a academia
Supervisão de preceptor de mesma área profissional, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária.	Ser portador de título de especialista na área afim	Rossoni (2010) Não precisa ser da mesma categoria profissional do residente; Deve ser do serviço
	Ser registrado no Conselho Regional de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes.	Missaka (2010) Ter conhecimentos didáticos-pedagógicos, além dos técnicos
	Ter formação humanística, ética,	Pires (2006)

compromisso com a sociedade,

Ter elevada qualificação ética e profissional

Ter conhecimentos, habilidades e atividades didáticas durante a residência médica ou como médico em exercício na instituição,

Ter participação em congressos e produção técnica e científica.

---

\*Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012- Dispõe das Diretrizes Gerais para Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.

\*\* Resolução CRNM nº 005/2004 de 8 de junho de 2004- Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica.

\*\*\* Publicações do quadro 2.