

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Sandra Mara Soeiro Bof

PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM VITÓRIA - ES

Rio de Janeiro

2019

Sandra Mara Soeiro Bof

PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM VITÓRIA -ES

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lucia Soutto Mayor

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

B673p

Bof, Sandra Mara Soeiro

Preceptoria em medicina de família e comunidade na atenção primária à saúde em Vitória - ES / Sandra Mara Soeiro Bof. - Rio de Janeiro, 2019.

99 f.

Orientadora: Ana Lucia Soutto Mayor

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

1. Educação Profissionalizante. 2. Preceptoria. 3. Educação Médica. 4. Serviços de Integração Docente-Assistencial. 5. Internato e Residência. 6. Atenção Primária à Saúde. I. Soutto Mayor, Ana Lucia. II. Título.

CDD 370.113

Sandra Mara Soeiro Bof

PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM VITÓRIA -ES

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito para obtenção do título
de mestre em Educação Profissional em
Saúde.

Aprovada em 28/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Ana Lucia Soutto Mayor – FIOCRUZ/EPSJV

Prof. Dr. Sérgio Ricardo de Oliveira – FIOCRUZ/EPSJV

Prof^a. Dr^a Adriana Coser Gutierrez – FIOCRUZ/VPEIC/ENSP

AGRADECIMENTOS

Gratidão é uma de minhas palavras preferidas. Vivenciar esse mestrado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ foi uma experiência de intenso aprendizado. Maravilhosos professores, colegas, autores, pontos de vistas diferenciados para refletir e, algo muito importante, a rede colaborativa que se forma nesse caminhar. Tantos colegas, família, gestores diretos, minha orientadora, professores convidados da comissão examinadora na qualificação e na defesa da dissertação, cada um deixando um pouquinho do seu carinho e cuidado neste projeto e, além de tudo, apostando em mim. Quanta responsabilidade! Ficaria injusto citar nomes, pois foram tantos a colaborar que eu não conseguiria abarcá-los. Assim, meu agradecimento a todos. Entretanto, é preciso registrar o apoio que a Secretaria de Saúde de Vitória, por meio da ETSUS, tem me proporcionado ao longo da carreira. Gestores que acreditam na formação como ferramenta fundamental para melhoria dos serviços e das pessoas. Ao lado disso, companheiras e companheiros de trabalho, que mais amigos do que esses, não deve existir. Para terminar, foi difícil dividir o pouco tempo livre disponível para a família com mais essa aprendizagem; então, para meu marido e meus filhos, mais que minha gratidão: minha reverência.

Obrigada; todos estarão sempre em meu coração.

RESUMO

Garantir uma formação profissional em saúde de forma a efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e ir ao encontro das necessidades de saúde da população constitui um desafio. Avanços em reformas educacionais têm ocorrido com mais visibilidade a partir da premissa constitucional de 1988: o “SUS formar para o SUS”. Fomentaram-se políticas públicas, a fim de mudar o *locus* prioritário de formação para a Atenção Primária em Saúde (APS), em que os profissionais da APS passaram a apresentar protagonismo dentro do novo modelo formativo. Buscou-se avaliar as percepções dos profissionais médicos da rede municipal de saúde de Vitória com relação à preceptoria em saúde na APS, de modo a compreender quais fatores podem promover a adesão ao exercício da preceptoria, uma vez que a demanda por preceptoria médica na APS do município tem sido crescente. Por meio de pesquisa descritiva, utilizando entrevistas de 37 profissionais da rede, foram comparados os dados da literatura de revisão bibliográfica com os dados resultantes dos questionários aplicados e processados por meio da análise de conteúdo de Bardin, conjugada com a análise lexical, pelo *software* IRAMUTEQ 7,2. Na percepção dos entrevistados, a remuneração adicional por preceptoria, as capacitações e o tempo maior para atendimento na agenda dos profissionais foram os três fatores mais importantes a incentivar médicos a aderirem ao processo da preceptoria na rede de Atenção Primária à Saúde em Vitória-ES. Conclui-se que é preciso maior articulação entre os preceptores, bem como prioridade nas decisões gestoras relacionadas à integração ensino-serviço para formar o profissional que a sociedade demanda.

Palavras-chave: preceptoria, educação médica, serviços de integração docente-assistencial, internato e residência, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Guaranteeing professional training in health care that implements the SUS principles and that meets the population's health needs, is a challenge. Advances in educational reforms have occurred with greater visibility since the 1988 constitutional premise that "SUS trains for SUS". Public policies were implemented to change the primary place of health training to the Primary Health Care (PHC) units where PHC professionals started to play a leading role within the new training model. The goal of this study was to evaluate Vitória's medical staff's perceptions in relation to preceptory in a PHC context in order to understand which factors may promote adherence to teaching since the demand for medical preceptors in PHC is increasing. Through descriptive research, using interviews from 37 professionals from the system, data from medical literature was compared with the data acquired from the questionnaires applied, which was processed through analysis of Bardin's content in conjunction with lexical analysis with the IRAMUTEQ 7,2 software. In the interviewees' perception, the additional wage, training and more time for consultation in the professionals' schedule were the three most important factors that may encourage physicians to adhere to the preceptory process in the Primary Health Care network in Vitória-ES. In conclusion, there is a need for greater articulation among preceptors as well as management decisions related to teaching-service integration to train the medical professional that society needs.

Keywords: preceptorship, medical education, teaching care integration services, internship and residency, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Três marcos históricos das reformas educacionais em saúde	21
Figura 2 Mapa das seis regiões de saúde do município de Vitória.....	37
Figura 3 Rede Docente Assistencial do Município de Vitória	41
Figura 4 Fases da análise de conteúdo.....	50
Figura 5 Organização das classes	54
Figura 6 Análise Fatorial de Correspondência	55
Figura 7 Análise nuvem de palavras	56
Figura 8 Fatores sugeridos à Secretaria de Saúde de Vitória para incentivar a preceptoria médica.....	73
Figura 9 Fatores sugeridos às IES para incentivar a preceptoria médica	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Evolução do reconhecimento preceptor/preceptoria nas legislações	32
Quadro 2 Tipos de análise de corpus textual IRAMUTEQ.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Fatores motivacionais para os preceptores de Programa de Residência RMFC presentes no contexto de trabalho.....	31
Tabela 2 Caracterização da amostra: números absolutos	49
Tabela 3 Caracterização da amostra: Números absolutos	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Comparação do número de atendimentos antes e após inserção RMFC em uma UBSESF 2016/2017	65
Gráfico 2 Frequência do vocábulo remuneração por região de saúde.....	76
Gráfico 3 Frequência do vocábulo financeiro por região de saúde	76
Gráfico 4 Frequência do vocábulo salário por região de saúde.....	77
Gráfico 5 Frequência do vocábulo valorização por região de saúde.....	77
Gráfico 6 Frequência do vocábulo formação por região de saúde	78
Gráfico 7 Frequência do vocábulo capacitação por região de saúde.....	78
Gráfico 8 Frequência do vocábulo tempo por região de saúde	79
Gráfico 9 Frequência do vocábulo agenda por região de saúde	79

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHD	Classificação Hierárquica descendente
CIGES	Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino – Saúde
COREME	Comissão de Residência Médica
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamentos de Gestão da Educação em Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica de Saúde de Vitória ES
EUA	Estados Unidos da América
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GFDS	Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde
GRCA	Gerência de Regulação Controle e Avaliação
GTS	Gestão do Trabalho em Saúde
HEINSG	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições Ensino Superior
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NES	Núcleo de Educação em saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas

PCCV	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PPREPS	Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAUDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PRÓ-Residência	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PROVAB	Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica
QR Code	<i>Quick</i> Response (resposta rápida)
RDA	Rede docente assistencial
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SIGRBE	Sistema Informatizado de Gestão Rede Bem Estar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSESF	Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	17
1.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	22
2 PRECEPTOR E PRECEPTORIA MÉDICA.....	30
Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981.....	32
Resolução CNRM n.º 8 de 2004.....	32
3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE VITORIA	36
3.1 DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS.....	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 APS/ESF ENQUANTO CENÁRIO INTEGRATIVO DE FORMAÇÃO PARA O SUS.....	56
5.1.1 Infraestrutura dos cenários de formação na APS/AB do município.....	57
5.1.2 Formação dos médicos que trabalham na APS/ESF.....	58
5.1.3 Comunicação nos cenários de prática.....	59
5.1.4 Desafio da agenda para assistência e formação nos cenários formativos.....	62
5.1.5 Contribuições advindas com as práticas formativas.....	64
5.2 CONCEPÇÕES DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO COTIDIANO DE TRABALHO	66
5.2.1 Identidade do médico da APS/AB por ele mesmo	66
5.2.2 Identidade do médico da atenção básica com relação aos pares.....	67
5.2.3 Identidade do médico da APS/AB em relação à área de abrangência	69
5.2.4 Identidade do profissional médico enquanto ensina: sou professor ou sou médico da assistência	70
5.2.5 Influência do médico da APS/AB na identidade do aluno	72
5.3 POTENCIAIS MOTIVAÇÕES PARA A PRECEPTORIA MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA	73
6 CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES.....	94
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	96

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) – maior política pública advinda da sociedade no Estado brasileiro – foi institucionalizado a partir da reforma setorial do movimento de Reforma Sanitária e proporcionou muitos avanços, bem como desafios relacionados à qualificação da saúde brasileira.

Tem sido reconhecida a importância da formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, tanto que ordenar a formação de profissionais da saúde está estabelecido constitucionalmente como atribuição do SUS.

Entretanto, formar profissionais com o perfil necessário para atuar no sistema e modelo de atenção e gestão em saúde configura um desafio. Assim, fica a questão: como assegurar uma formação profissional de forma a efetivar os princípios de integralidade, equidade e participação social, além de ir ao encontro das necessidades de saúde da população? Mesmo reconhecendo as políticas públicas advindas do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), as quais vêm surgindo nos últimos anos com relação à formação de recursos humanos para a saúde a fim de consolidar o modelo do SUS, de maneira geral, a formação dos trabalhadores desse setor ainda permanece centrada na doença.

A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, publicadas em 2001, 2002, 2004 e 2014, trouxe princípios norteadores para a efetiva mudança na formação dos profissionais da saúde, de modo a induzir maior articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade e concretizar a relevância social da ação acadêmica (BRASIL, 2007).

Com relação às DCN de 2014, estas diretrizes apontam à necessidade de formação para além do escopo da atenção à saúde; objetivam também o desenvolvimento relacionado à gestão e à educação em saúde. Ao buscar integrar as diretrizes do cuidado com as de graduação, implementaram-se políticas e programas de incentivo com foco na graduação, como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed) – que teve início em 2002 –, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PRO-SAÚDE e PET-SAÚDE) e, ainda, na pós graduação, a instituição do Pro-residência.

Neste sentido, Albuquerque et al. (2008, p.358) comentam: “Há de se reconhecer que os espaços de interseção entre serviços e ensino são de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do Sistema Único de Saúde”. A integração ensino-serviço possibilita a reorientação da formação profissional, na medida em que tem como base uma

abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Desse modo, permite-se o estabelecimento de diálogo nos processos de ensino-aprendizagem de maneira que o conhecimento produzido institui uma relação de organicidade entre o mundo do trabalho e a academia: a educação na saúde vislumbra uma perspectiva transformadora.

Considerando as práticas de Integração Ensino-Serviço desenvolvidas, o município de Vitória, por meio da Escola Técnica de Saúde (ETSUS Vitória) acolhe estudantes de todas as áreas da saúde, de várias instituições de saúde, públicas e privadas, bem como residentes de clínica médica, de pediatria, de medicina de família e comunidade e residentes multiprofissionais em todos os seus cenários. Servidores de nível superior fazem adesão a fim de se tornarem preceptores desses aprendizes, que tanto ensinam, e promovem um movimento de motivação nos serviços, além de qualificar a saúde nos territórios.

A preceptoria voltada ao ensino em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho é indissociável da prática dos serviços e é construída, implícita ou explicitamente, à luz da mesma ótica que organiza esses serviços, transformando-os ou reproduzindo-os (RIBEIRO, 2012, p. 2).

São muitos os desafios no processo de integração ensino-serviço. Preconiza-se que os espaços do SUS sejam *locus de* formação em saúde e que todos os seus profissionais devam ser formadores/educadores. Neste caso, a Atenção Básica está para além de um campo de práticas, suscitando de seus atores conhecimentos e abordagens inteiramente novas, como práticas pedagógicas a fim de viabilizar o processo ensino-aprendizagem na formação discente. Vale ressaltar que todos os profissionais estão sujeitos a processos educacionais no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e valores para melhorar a saúde da população.

Afonso e Silveira (2012) comentam que o “[...] preceptor é figura estratégica ocupando lugar decisivo, central na constituição e funcionamento de nossas redes de educação e saúde”. Na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória, o preceptor é o profissional de saúde de nível superior vinculado aos serviços de saúde, que exerce, ao mesmo tempo, a função assistencial e educativa. Ao agregar ao seu cotidiano de trabalho este novo desafio de realizar atividades de ensino, os profissionais precisam desenvolver ou aprimorar competências para tal, bem como há que se estabelecer políticas normativas e de incentivos e valorização que deem sustentabilidade ao processo. No caso da Medicina, o preceptor médico é o membro da equipe de saúde que faz o diálogo entre os profissionais do serviço e todo

graduando em Medicina ou residente que for acolhido nos cenários de práticas da atenção básica.

Importa compreender como estão estabelecidas as concepções acerca da prática da preceptoria médica no contexto da integração ensino-serviço na rede de saúde de Vitória e quais as complexidades envolvidas, que se traduzem em aparente baixa adesão destes atores no município e em vulnerabilidade na inserção de internos e residentes na rede de saúde municipal. Ademais, o contexto futuro prevê demanda de preceptores para muito além da necessária atualmente.

Se forem consideradas as iniciativas ministeriais estabelecidas, como o Programa Mais Médicos (PMM), criado por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei Nº 12.871, que traz como eixo a mudança na formação médica com modificação nos itinerários formativos, ampliando a formação na atenção básica e na emergência, bem como se for levado em conta também as DCN 2014 (a partir das DCN de 2001), que legitimaram o ensino médico enquanto política pública, trazendo possibilidades para as inovações ou mudanças efetivas na formação médica brasileira, estimar-se-á que a atenção básica precisa se preparar para receber um número bem maior de demandas no que se refere a cenários de práticas para internato e residência médica, principalmente relacionadas ao envolvimento/desenvolvimento e compromisso de preceptores médicos que atuam na rede municipal.

Soma-se a esse fato outro eixo do PMM, o qual pressupõe a necessidade de definir o processo de designação de preceptores na rede de serviços como componente obrigatório na efetivação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), cujas diretrizes foram publicadas por meio da Portaria Interministerial nº 1.127 de agosto de 2015. Este se refere a um processo de contratualização voltado a fortalecer a integração ensino-serviço, que objetiva garantir o acesso de estudantes a todos os estabelecimentos de saúde/cenários de práticas sob a responsabilidade do gestor de saúde, para a formação no âmbito da graduação e da residência (BRASIL, 2015), o que será abordado mais adiante.

A despeito dos avanços no município de Vitória em relação ao processo de integração ensino-serviço, que há mais de dez anos vem sendo estabelecido com várias instituições de ensino, as demandas continuam crescendo e se modificando. O município, ato contínuo, tem apoiado o processo, delegando à ETSUS a regulação de todas as práticas de integração ensino-serviço. A Escola Técnica do SUS faz toda a articulação necessária com a gestão da secretaria, envolvendo diversas gerências: de Atenção à Saúde (GAS); de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA); de Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), dentre outras, no

sentido de garantir uma estrutura de serviços de saúde em condições de oferecer campos de prática mediante a Integração Ensino-Serviço.

A motivação para o estudo e a reflexão a respeito de tal temática deve-se à necessidade de contribuir para a construção e instituir a formalização de uma política de preceptoria na rede municipal, avançando nas lacunas existentes quanto às complexidades do exercício efetivo da preceptoria, bem como em questões referentes à formação dos preceptores e sua valorização, de modo a contemplar todas as categorias profissionais conforme as singularidades de cada uma delas.

O fortalecimento da preceptoria na rede de saúde está diretamente relacionado à formação de profissionais sintonizados com as necessidades reais da população, ampliando, ao final, a oferta de cuidado em saúde adequado aos seus cidadãos. Assim pretende-se identificar quais fatores fazem com que profissionais médicos da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) - ES tenham adesão ou não à preceptoria na rede municipal de saúde.

Destaca-se que a relevância dessa temática se deve à necessidade de fortalecer o processo de integração ensino-serviço no sentido de assegurar uma estrutura de serviços de saúde no município adequada à formação e ao desenvolvimento de profissionais de acordo com os princípios do SUS, fundamentado na integralidade e na responsabilidade social.

Desta forma, o objetivo geral desta dissertação buscou identificar quais fatores levam à adesão ao exercício da preceptoria entre os profissionais médicos da atenção básica da rede de saúde de Vitória. E, ainda, como objetivos específicos, a orientação seguida caminhou no sentido de:

- Investigar as percepções dos profissionais médicos da rede municipal de saúde relacionada à preceptoria em saúde do município de Vitória.
- Identificar o perfil dos profissionais médicos que aderem à preceptoria.
- Contribuir para subsidiar a construção e a institucionalização de políticas de preceptoria para a integração ensino-serviço na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Uma vez que refletir acerca da formação em saúde é pensar a necessidade do sistema de saúde, o desafio, nesse caminho, é compreender as complexidades e o espectro de variáveis e de singularidades existentes na saúde, tal como o trabalho paradoxal em saúde, que transita entre a objetividade e a subjetividade. Articular a formação de profissionais de saúde nos cenários do SUS permite configurar um novo perfil de trabalhador, orientado pelos princípios do SUS e pelas necessidades de saúde da sociedade.

Nesse itinerário formativo inovador, os preceptores se dedicam ao cuidado e ao ensino. Aproximar-se das conjunturas históricas, políticas, econômicas, sociais pelas quais tem passado o processo formativo para a saúde é ponto crucial quando se fala em preceptoria. Para analisar a preceptoria médica no município de Vitória, seguiu-se correlacionando as construções teóricas trazidas pela literatura ao encontro e no diálogo com profissionais médicos em torno dos significados e demais dimensões percebidas enquanto atuam em cenários formativos na rede de saúde, desenvolvendo assistência e ensino.

1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Considerando-se a formação em saúde, na qual a temática da preceptoria está intrinsecamente relacionada, verificam-se três movimentos de reformas educacionais na saúde, que representaram marcos históricos durante o século passado. O primeiro deles ocorreu há cerca de cem anos atrás, quando estudos sobre a educação de profissionais de saúde, liderados pelo relatório Flexner de 1910, desencadearam inovações no sentido de nortear o ensino médico americano. Por meio deste documento foi proposta a inserção da ciência moderna nos currículos de universidades-escolas, bem como a aprendizagem que utilizava o hospital como cenário, de maneira que a formação dos profissionais de saúde fosse equiparada entre as instituições de ensino, fato esse que contribuiu para a organização do ensino, ao avanço de conhecimentos e à duplicação da vida durante o século XX (FRENK et al., 2010).

Este modelo representou uma evolução para a formação médica à época, considerando que a conjuntura nas escolas médicas nos EUA se encontrava bastante desordenada. Flexner postulava, dentre outros, a importância de atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, em detrimento ao ensino e aprendizado por meio de conferência e de memorização. Apesar das importantes contribuições para os programas educacionais médicos e para os resultados em saúde, este modelo passou a não mais atender às necessidades da população após a segunda metade do século e começou a receber críticas.

A segunda geração de reformas da formação, as quais vieram com mudanças metodológicas (Aprendizagem Baseada em Problemas - PBL) a partir da década de 1970, mas não foram acompanhadas do ponto de vista da integração ensino-serviço e da orientação dos cursos com relação à necessidade dos sistemas de saúde, embora seja considerada um marco da segunda fase da educação médica no século XX.

Entretanto, neste período ocorreram movimentos importantes, que repercutiram para futuras mudanças. O Relatório Lalonde, realizado em 1974, no Canadá, representou um marco para a saúde ao tomar em conta os conceitos de promoção e de determinantes da saúde. Ampliou o entendimento da atenção à saúde, reconhecendo o sistema orgânico, o meio ambiente e o estilo de vida como elementos fundamentais – para além da técnica e da organização dos serviços –, nos quais se devem concentrar esforços para melhorar a saúde individual e a coletiva.

Importa destacar no mundo a emblemática Declaração de Alma-Ata, produto da I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, que completou os seus quarenta anos, quando foram reforçados tanto o modelo ideológico da medicina integral, quanto a importância do médico generalista e da Atenção Primária à Saúde. Em seu bojo, apontou a saúde como direito fundamental do ser humano, enfatizando agora um conceito de saúde para além da cura das doenças. O documento apontou a desigualdade econômica como causa dos problemas da questão saúde e estabeleceu como meta a “saúde para todos no ano 2000”.

Outro importante movimento ocorreu em 1986, quando foi realizada a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá. Sistematizou-se o que seriam os pré-requisitos para se ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação, justiça social e equidade, destacando-se o conceito de determinantes de saúde.

A Conferência de Alma-Ata juntamente com a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OTTAWA, 1986) consolidam os fundamentos do moderno conceito de promoção da saúde.

Outro importante movimento para a formação em saúde foi a reunião da Federação Mundial de Educação Médica na Escócia, há trinta anos (1988), que resultou na proposta de reorientação do modelo de formação médica denominada “Declaração de Edimburgo”. Esta apontava para as transformações indispensáveis relacionadas ao ensino-aprendizagem com base na análise e resolução de problemas, aos ambientes em que os programas educacionais são realizados (incluindo a comunidade e não apenas o hospital), aos conteúdos e valores curriculares no sentido de considerar prioridades de saúde do País, bem como valores sociais, para além da competência técnica. Cursos de Medicina em todo o mundo sofreram influência dessas recomendações.

As mudanças que ocorreram na conjuntura internacional ecoaram também no Brasil com o Movimento da Reforma Sanitária:

[...] A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, *on-line*).

O Relatório Dawson (*Dawson Report on the future provision of medical and allied services*) foi publicado em 1920 e é “[...] considerado como a base conceitual para os documentos seminais do SUS, para o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde bem

como para os textos legais, a Constituição de 1988 e a lei orgânica de Saúde [...]” (CAMPOS , 2009, p. 50). Esse relatório constituiu um valioso documento para a saúde, inclusive para a formação em saúde, que, já naquela época, trazia em seu desenho o conceito ampliado de intervenção sanitária, considerando atenção individual, familiar e comunitária e incorporando a figura do profissional visitador sanitário.

“O movimento sanitário ou movimento da Reforma Sanitária – tem como marco a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)” (PAIM, 2012, p. 17). Mesmo com a política cada vez mais neoliberal, segundo leva a compreender Paim, a opção brasileira, em 1988, pelo modelo socialdemocrata de políticas sociais públicas e universais permitiu enorme avanço em termos da redução da desigualdade social e da melhoria das condições de acesso às políticas e, mesmo, das condições de vida, em relação a toda a nossa história.

Bahia (2008), refere que o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a Constituição de 1988, como “expressão constitucional da reforma sanitária”:

[...] responsável pela garantia do exercício do direito à saúde tem como suportes doutrinários o direito universal e dever do Estado..., a integralidade das ações de saúde; a descentralização... e a participação da sociedade (BAHIA, 2008, p.360).

Segundo Buss (2000), na medida em que ocorreu a superação do modelo biomédico desenvolvido nos estabelecimentos médico-assistenciais, centrado tanto na doença como no fenômeno individual e na assistência médica curativa como foco essencial da intervenção, surgiram, como resultado, transformações profundas na organização e no financiamento dos sistemas e serviços de saúde, do mesmo modo que nas práticas e na formação dos profissionais.

Em cinco (05) de outubro de 2018, o SUS completou trinta anos desde sua criação constitucional, tendo sido a maior conquista da cidadania. Apesar das múltiplas ameaças de forças políticas e econômicas, de transição demográfica e epidemiológica, o Sistema Único de Saúde tem proporcionado oportunidades e esperança, principalmente, às camadas sociais e econômicas mais desfavorecidas. Dentre os princípios ideológicos do SUS estão a universalidade, a integralidade e a equidade, enquanto a Constituição determina como princípios organizacionais a descentralização, a regionalização e a hierarquização.

Ratificando o pressuposto que o sistema de saúde está relacionado ao sistema de proteção social, com o SUS foi alcançado substancial resultado na área da saúde, na expectativa de vida e na diminuição das desigualdades sociais, representando uma referência internacional para além dos ideais de universalidade e equidade.

A despeito dos notáveis serviços e resultados alcançados, o SUS vem sofrendo ataques diários, travando uma heroica luta de resistência contra-hegemônica. Não bastasse o subfinanciamento crônico, ainda amarga um desfinanciamento do sistema, produzido pela Emenda Constitucional 95/2016, a qual limitou por vinte anos os gastos públicos. Deste modo, os investimentos em saúde e outros setores ficaram congelados até 2036, representando mais redução na capacidade de financiamento dos direitos sociais da população brasileira.

Assim sendo, o gasto público com saúde seria reduzido em termos de sua participação no PIB por não partilhar dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

A tendência imediata em tempos de restrição de recursos é de priorização da assistência hospitalar. Além disso, o SUS vem sendo objeto de estratégias privatizantes, de pressões corporativas e empresariais e de interesses do complexo médico-industrial. Paim (2018, p. 24) esclarece que “[...] em relação à articulação público-privada está havendo uma radicalização dos processos de privatização e de financeirização da saúde no país, reestruturando as regras básicas do próprio sistema de saúde.”

Chioro (2018) traz como desafios ao SUS, para os próximos anos, o enfrentamento (de verdade) dos temas ‘cuidado’, ‘formação dos trabalhadores do SUS (e dos formadores)’, ‘gestão do trabalho em saúde’ e também o tema das ‘relações interfederativas.’ O autor ainda pontua que, enquanto os desafios são inerentes à complexidade da realidade brasileira, os impasses são fruto das contradições e de diferentes projetos em disputa na sociedade.

Ao pensar em um “SUS no fim do túnel”, Campos (2018, p. 5) destaca que “[...] a esperança somos nós... e os outros” pois a defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais, nesse momento em particular, depende da sociedade civil mais do que do Estado e dos políticos profissionais. Refere ainda o autor que haveria de ser revitalizado o movimento sanitário e articulado com amplos setores da sociedade.

Resgatando-se um dos desafios apontados acima, o da necessidade de enfrentamento – de verdade – da formação dos trabalhadores do SUS (e dos formadores), recorre-se ao princípio constitucional que aponta ser também responsabilidade do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, o que, no olhar de Ceccim (2005), significa a colaboração do setor da saúde com o do ensino, relacionados ao campo da educação em saúde. De acordo com o autor, mais apropriado do que denominar ‘recursos humanos da saúde’ seria referir-se a ‘coletivos organizados de produção de saúde’, e pontua que:

[...] o atestado da intenção disruptiva com a racionalidade administrativa e gerencial hegemônica do trabalho em saúde está, justamente, no acoplamento dos “recursos

humanos” com o ordenamento da formação: papel de produção (no sentido de geração/ativação/facilitação) de novos perfis profissionais, de novos compromissos entre as instituições formadoras e o SUS e novos paradigmas organizacionais. (CECCIM, 2005, p. 2)

Nesta perspectiva de novos perfis para a saúde, Frenk et al. (2010) – cujo trabalho já aparece reconhecido na literatura como “Informe Frenk et al.” pela importante categorização histórica que delimita (ROCHA, 2017, p. 58) –, destacam que a formação para o século XXI, a terceira geração da reforma educacional (considerando-se como primeira geração a do início do século XX, que instilou um currículo apoiado na ciência, e a segunda, após meados de 1970, que trouxe inovações instrucionais baseadas em problemas) (Figura 1), deve ser fundada em sistemas para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais básicas a contextos específicos, com base no conhecimento global.

Figura 1 Três marcos históricos das reformas educacionais em saúde



Fonte: Rocha (2017).

Os autores compreendem que, para fazer avançar as reformas de terceira geração, todos os profissionais de saúde, em todos os países, devem ser educados para mobilizar conhecimento e se envolver em raciocínio crítico e conduta ética, a fim de serem competentes com relação a participar de sistemas de saúde centrados na população e nos pacientes, além de se engajarem como membros de equipes localmente responsivas e conectadas globalmente. Também é pontuado por Frenk et al. (2010) que as instituições educacionais são cruciais para transformar sistemas, como se ambos compartilhassem um subsistema da educação do

profissional de saúde, cujo resultado é a aprendizagem transformadora. Desse modo poderia ser assegurada a cobertura universal dos serviços abrangentes de alta qualidade como objetivo final, o que é essencial para avançar as oportunidades de equidade em saúde internamente e entre os países (FRENK et al., 2010).

1.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SUS)

Os principais componentes dos sistemas de saúde são a cobertura, os recursos (humanos, econômicos, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento) e as organizações. No entanto, a cobertura é o componente mais importante de qualquer sistema de saúde.

Os profissionais de saúde são fundamentais para o seu funcionamento, tendo muita influência na condução dos sistemas bem como estreita ligação com a formação profissional (LOBATO e GIOVANELLA, 2014).

Para compreender as convergências entre políticas de saúde e formação em saúde no Brasil, parte-se do modelo de sistema de saúde brasileiro, o SUS, cuja porta de entrada preferencial, a Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (AB/APS), é considerada ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde, ponto primordial para o enfrentamento do modelo de assistência no país, que, até então, esteve marcado pela concepção de modelo centrado nas ações especializadas, médico-curativas, de alto custo e baixa resolutividade, pautado no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado nos sujeitos.

O modelo do SUS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, tomando em conta a dinâmica existente no território em que vivem essas populações.

O uso da terminologia Atenção Básica parece surgir nos documentos oficiais com a NOB/96, da criação do Piso Assistencial Básico (PAB) e das novas modalidades de gestão. “[...] Nela que se encontram as primeiras citações sobre a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde apontando o Programa Saúde da Família como alternativa estratégica para a organização dos serviços básicos” (GIL e MAEDA, 2013, p.13).

Antes disso, os textos da Constituinte, as Leis 8.080 e 8.142 e as Normas Operacionais Básicas (NOB 91 e 92) não faziam qualquer referência ao desenho de modelo de atenção à saúde. Após a NOB/96, o Manual da Atenção Básica (1999) apareceu apontando a Saúde da Família (ESF) como a estratégia da Atenção Básica na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado. Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde que, em sua dimensão Pacto pela Vida, destacou, dentre as prioridades, o fortalecimento da Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família como prioritárias para a sua reorganização.

[...] a atenção básica deve orientar-se pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização; pelos princípios próprios de acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização, humanização (BRASIL, 2006).

O Decreto Presidencial 7.508/2011 (que regulamenta a Lei Nº 8.080, vinte e um anos depois) sobre a organização das redes de atenção à saúde, dá centralidade à atenção primária/AB como qualidade de serviço transversal a todas as redes de atenção à saúde na perspectiva de qualificação da porta de entrada, coordenação do cuidado e ordenamento das redes de atenção à saúde.

Para a organização do processo de trabalho é fundamental que a atenção básica busque alicerçar-se na territorialidade, princípio fundamental da vigilância da saúde. O espaço da Atenção Básica, em especial, o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), surge como ideal para operacionalizar uma vigilância centrada “nas condições de vida e saúde e seus determinantes, nos territórios locais onde se dá a produção das vulnerabilidades e dos problemas de saúde”. Historicamente usa-se território para entender o processo saúde – doença. Pelo fato de o ambiente estar intrinsecamente relacionado ao modo de fazer saúde ou de adoecer, o reconhecimento do território é questão essencial e aparece nas políticas de saúde como estruturantes da organização dos serviços e das práticas sanitárias.

Dentre os elementos que podem vir a favorecer a manutenção e o fortalecimento do modelo de Vigilância em Saúde, para além da própria implementação da atenção básica, está o investimento sistemático e contínuo na reorientação da formação profissional em saúde – um trabalho de parceria entre a universidade, a rede de saúde e a comunidade – que articule a formação profissional com as necessidades e as demandas da sociedade, uma vez que, ao lado do subfinanciamento, a formação de profissionais para atuar no SUS constituem-se nos maiores desafios para a adequada assistência e o cuidado qualificado prestado aos cidadãos.

Recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi atualizada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que estabeleceu a revisão de diretrizes no âmbito do SUS.

A nova PNAB apresenta pontos que vão impactar de forma direta no processo saúde-doença da população, bem como no ensino em saúde, uma vez que a ESF é campo de aprendizado e de prática fundamental na formação em saúde. Dentre as mudanças, traz a possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de atenção básica, o que pode abolir, na prática a prioridade da ESF, pois não há mais um número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) obrigatório por equipe de saúde da família, bem como são opcionais nas recém descritas equipes de atenção, além de permitir a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade, dentre outros.

Com relação ao processo de formação profissional que atenda ao novo modelo proposto pela Constituição de 1988, enfrentam-se várias dificuldades tanto no nível técnico, quanto no nível superior.

No período anterior à formulação do SUS, a área de Recursos Humanos em Saúde teve pequena relevância, aparecendo como questão de menor repercussão no sistema de saúde nacional. Passa a adquirir maior nitidez com a VIII Conferência Nacional de Saúde, desencadeada pela Reforma Sanitária brasileira (VIEIRA, 2009, n.p).

Devido à necessidade de se compreender o histórico quanto à preceptoria médica, enfatiza-se a reflexão sobre a educação de nível superior centrada na formação profissional médica, que, por ser uma das mais antigas profissões da saúde, de certa maneira, acabou influenciando também a formação em novos cursos da saúde.

Se o modelo predominante de formação vinha sendo fundamentalmente pautado no cientificismo, na especialização médica, centrado na doença e na orientação hospitalar, com a mudança dos problemas de saúde e o aumento progressivo dos custos em saúde, a despeito de o modelo flexneriano ter cumprido o seu papel, para a época, de novo guia para a formação médica, suscitaram-se novas iniciativas e novas abordagens de ensino em saúde que resultasse em profissionais comprometidos com as perspectivas atuais do sistema de saúde, com os princípios e diretrizes da ESF no espaço do SUS, cuja organização é baseada na lógica do cuidado.

Se o Relatório Flexner influenciou o modelo predominante de assistência, o Relatório Dawson, um pouco mais tarde, em 1920, propôs uma educação da saúde integrada com o sistema de saúde, tendo influenciado o sistema nacional de saúde da Inglaterra com a construção do conceito de médico generalista (CARVALHO e CECCIM, 2006, p. 09).

Buscando ampliar o entendimento de como o campo da formação em saúde foi se desenvolvendo no Brasil, passando pela criação do SUS até os dias atuais, resgatam-se experiências de integração ensino-serviço que vinham sendo realizadas no sentido de aproximar as escolas médicas da rede assistencial das necessidades de saúde da população.

Neste sentido podem ser destacadas iniciativas deflagradas na década de 1970, como o convênio global MEC-Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que objetivava a integração entre a previdência e os hospitais universitários e de ensino. A finalidade básica desses primeiros convênios era a expansão de cobertura e a formação de recursos humanos para a saúde.

A partir daí, o Ministério da Saúde assumiu um grandioso Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) como seu projeto para a preparação de pessoal da saúde, observando-se também o desenvolvimento de alguns poucos projetos de integração docente-assistencial. O PPREPS, firmado em 1973, caracterizou-se como política de formação, que surgiu da articulação da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) com o MS-MEC, impulsionada, em boa parte, pelas críticas à formação médica (cf. REZENDE, 2013; ROCHA 2018).

Durante os anos de 1970 a 1990, destacaram-se ainda experiências em formação na saúde, tais como a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 1977, bem como os projetos de “Integração Docente Assistencial – IDA” por incentivo da OPAS e da Fundação Kellogg, além do programa “Uma nova Iniciativa – UNI” (1993 a 1996). A problematização, a reflexão e o olhar crítico para as experiências IDA e UNI unificaram diversos atores que participaram destes movimentos e deu origem a uma importante entidade no âmbito da formação em saúde, a Rede UNIDA, com atuação nos pilares da formação de recursos humanos e na transformação do modelo assistencial e da participação social.

A criação do SUS e a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080 e nº 8142), em 1990, apresentaram marcas e trouxeram elementos importantes para o campo da formação em saúde. Embora ordenar a formação tivesse sido uma conquista na Constituição Federal de 1988, ninguém parecia saber muito bem o que significava. Isso se confirma no descompasso entre a formulação das políticas e a sua implementação.

A aprovação da Comissão Interministerial 1997 - MEC-MS e a Norma Operacional Básica/RH-SUS de 2002, aplicadas como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, conformaram avanços em relação à política de recursos humanos na área da saúde. A Resolução CNE/CES nº 4, publicada em 7 de novembro de 2001, pontuou o caráter oficial das reformas na educação médica do país no sentido de aprofundar a relação da formação médica com o Sistema Único de Saúde (Rocha, 2017, p. 05), instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Dentre as políticas indutoras da formação vale destacar o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), que foi a primeira iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação (Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, OPAS, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM e a Rede UNIDA) lançado em 2002 por meio da Portaria Interministerial nº 610.

O objetivo geral do programa era reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2002). Escolas médicas receberam verbas para serem aplicadas na contratação de consultores, na realização de oficinas, na requalificação de professores e em compra de material de ensino. Em junho de 2003 houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES), composta pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação em Saúde (DEGES), o que representou um avanço com relação ao fomento de prioridades políticas de ordenação de recursos humanos para o SUS.

Com a ampliação do PROMED para outros cursos da área da saúde (incluiu especificamente as profissões de Enfermagem, Medicina e Odontologia), consolidou-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde I e II, em 2005 e 2007.

No município esta iniciativa fomentou, dentre outros, um novo desenho para a construção de unidades de saúde em um modelo docente-assistencial, que previa espaços a serem utilizados pelas instituições de ensino nos diversos processos formativos. O Programa pelo Trabalho pela Saúde (PET-Saúde), instituído na Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08, destinou-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família e, como premissa básica, nesse primeiro momento, exigia a participação do curso de Medicina.

Esta portaria instituiu pagamento de bolsa-preceptorial aos profissionais pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família que orientam alunos de graduação da área da saúde das Instituições de Ensino Superior (IES), integrantes do PET Saúde. Da mesma forma, incentivou o trabalho interdisciplinar, sistematizou encontros de planejamento, bem como estimulou indicadores de monitoramento e fomentou a realização de pesquisas, dentre outros. O programa teve imensa repercussão em seu início (84 projetos, de 67 IES e 71 Secretarias de Saúde, envolvendo 306 grupos PET-Saúde).

No ano de 2009 apareceu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, o PRÓ-Residência, que constituiu o marco de uma política pública destinada a fomentar a formação médica especializada, que viesse ao encontro das necessidades de saúde no Brasil, aumentando em mais de 50% o número de vagas de residência em regiões mais vulneráveis e com históricas deficiências de vagas. Também já apontava, dentre as ações necessárias para formar os especialistas, o desenvolvimento de programa de qualificação de preceptores.

Vários editais PET continuaram sendo publicados; os dois últimos foram o PETGRADUASUS, de 2016 a 2018, que trouxe como eixo o desenvolvimento da docência e da preceptoria na saúde articulada às necessidades do SUS, e o mais recente, em 2019, chamado PET – Saúde/Interprofissionalidade.

Além do foco na interprofissionalidade, enfatiza a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em rede, a integração ensino-serviço e a diversificação dos cenários de práticas como prerrogativas para mudanças na dinâmica do trabalho em saúde, fortalecendo o conceito de humanização do cuidado e o princípio da integralidade da assistência no contexto das redes colaborativas na formação para o SUS. A partir desses dois últimos PET, designou-se que a coordenação dos grupos fosse exercida por um profissional do serviço de saúde, dando maior protagonismo aos serviços de saúde. Anteriormente, a coordenação dos grupos era feita por representantes das instituições de ensino.

O incentivo de pagamento de bolsa-preceptoria ao profissional do serviço pelo PET deu certa sustentação legal às polêmicas iniciativas de ofertas de bolsa preceptor por instituições de ensino, uma vez que, não raro, há o questionamento do recebimento de bolsa em horário de trabalho. Em contrapartida, por definição, o preceptor é o profissional que ensina enquanto trabalha, executando uma tarefa a mais.

Em 22 de outubro de 2013, foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM) por meio da Lei Nº 12.871, representando outra importante iniciativa de construção de políticas públicas para formação médica especializada para o Sistema Único de Saúde. O PMM se desenvolve em três eixos fundamentais: ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa vem sendo considerado como a “mais importante mudança normativa nas atribuições do Estado na ordenação de recursos humanos para o SUS” (PINTO et al., 2019), estabelecendo um novo marco regulatório para a graduação médica e a residência médica no Brasil. O eixo mais estruturante do programa se refere ao das mudanças na formação e na educação médica que,

dentre outros, estabelece novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de médicos no país com importante ênfase na Atenção Básica (DCN 2014).

As DCN atualizaram a formação médica às reformas curriculares contemporâneas da área da Saúde que têm acontecido no mundo, incluindo a ênfase nas pedagogias ativas e a integração com os serviços de saúde na reorientação dos campos de prática, com o objetivo de formar um profissional com as competências requeridas pelo SUS e na identificação de competências para a gestão e educação, além do cuidado em saúde, que já vinha sendo desenvolvido na Política Nacional de Educação Permanente do SUS (PINTO et al., 2019, p. 6).

Assim, aponta para um perfil mais amplo de competências, com centralidade na AB e coordenação pela área de conhecimento da MFC, sendo necessário, tanto para a graduação como para a ampliação de vagas de residência de qualidade, o investimento em campo de prática, a formação de preceptores e a política de valorização desta competência pedagógica (Pinto et al., 2019).

Outra importante iniciativa prevista pelo PMM para maior integração entre as instituições de educação superior (IES), os serviços e a gestão da saúde foi a criação de um instrumento de pactuação denominado Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que veio por meio da Portaria Interministerial nº 1.127/2015 instituir as diretrizes para a celebração dos contratos, visando ao fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com delimitação de atribuições e responsabilidades entre os atores.

Com relação à preceptoria, em seu Art. 11, §3º, discorre que ao MS compete apoiar as gestões municipais e estaduais na institucionalização da preceptoria como parte das atribuições dos profissionais. Acrescenta também o apoio nas questões de valorização da preceptoria por meio de medidas como gestão da carga horária, incentivos para a qualificação profissional, a progressão funcional ou na carreira, dentre outros.

Além disso, a portaria indica, quanto à prática da preceptoria, que as IES e programas de residência fomentem ações de valorização do preceptor, como sua inclusão em pesquisas, forneçam certificado de atividade de preceptoria e apoio à participação em cursos e congressos, bem como ofereçam processos formativos e residência médica.

À gestão estadual e municipal caberia estimular a preceptoria por meio de gestão da carga horária, de políticas inclusivas de valorização e qualificação dos profissionais. O COAPES contemplou muitos dos temas apontados em pesquisas na área de preceptoria, para os quais ainda não havia posicionamento legal.

Desde o final de 2018, a ETSUS retomou um movimento anterior e tem realizado encontros mensais com representantes de estudantes, do Conselho Municipal de Saúde, de

cada uma das instituições de ensino que mantém compromisso formalizado para integração ensino-serviço, de inúmeras gerências da SEMUS, preceptores, representantes dos diretores dos serviços de saúde, dos demais servidores e da ETSUS, que compõem o grupo gestor local do COAPES de Vitória, a fim de discutirem a organização dos cenários de prática. O grupo avançou nas discussões de contrapartidas em direção à assinatura e à formalização do contrato.

2 PRECEPTOR E PRECEPTORIA MÉDICA

Os cenários da saúde são espaços educativos onde acontece a educação em serviço de futuros profissionais. Vasconcelos e Vieira (2018, p.13) ressaltam que “a aprendizagem em serviço deve ser entendida como um esforço pedagógico que se desenvolve na prática e no cotidiano de saúde para aquisição de uma formação de qualidade, consistência e relevância”.

Considerando-se a mudança do perfil da população, se antes as doenças prevalentes eram as doenças agudas, com o envelhecimento da população muda o perfil de adoecimento para doenças crônicas e se conclui que o modelo de formação profissional em saúde demanda transformação e mudança do *locus* de formação. Muda o lugar do cuidado, bem como o do ensino, que passa a ser a atenção básica.

Nesse caminho de transferir o cuidado hospitalar para o cuidado comunitário, a vanguarda da educação em saúde passa da universidade para as unidades de saúde e aparece como essencial a figura do profissional do serviço que vai ser o preceptor na atenção básica, aquele profissional mais experiente, com características que auxiliam na formação do profissional iniciante: o elo de ligação entre a educação e os sistemas de saúde, entre ciência e técnica, teoria e prática, responsável pelo preparo técnico, ético e humanista dos aprendizes.

Bondia (2002) destaca que o par ciência/técnica remete a uma perspectiva positiva e retificadora, enquanto o par teoria/prática remete a uma perspectiva política e crítica; é nesta concepção que se encontra o sentido verdadeiro do termo reflexão sobre a prática e reflexão emancipadora, em que acontece a educação como práxis política.

Esse autor também enfatiza que pensar a educação a partir do par experiência/sentido é reconhecer que a experiência é o que se passa, o que acontece ao indivíduo, o que toca a cada um. Destaca ainda que é necessário separar ‘o saber da experiência’ de ‘o saber coisas’. Parece bastante apropriado extrapolar o que se entende como preceptor, ao que Bondia ensina quanto ao significado de sujeito da experiência:

[...] se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. Trata-se, porém, de uma passividade anterior à oposição entre ativo e passivo, de uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial (BONDIA, 2002, p.19).

Na integração ensino-serviço e na educação médica, a figura do preceptor é uma constante. Entretanto, não há homogeneidade quanto ao conceito dado a este importante ator, nem em relação à prática da preceptoria. No que concerne a aprender em serviço ou a

formação em serviço, Vasconcelos e Vieira (2018) entendem que se trata de construir conhecimentos e práticas, incentivando à criação e ao desenvolvimento de uma cultura científica atravessada pela realidade. As autoras se referem aos preceptores como “professores de campo”, responsáveis por mediar a aprendizagem, conduzindo e facilitando o processo de formação.

Fajardo e Medeiros (2018, p.102) apontam como significado da palavra preceptor aquele “[...] indivíduo que precedeu outro em determinada tarefa ou posto”. E, ao se questionar o que determina que um profissional seja preceptor ou não, encontra-se, nesses autores, o termo “direção de empuxo” para designar essa disposição/disponibilidade do profissional para o ensino, a qual depende da subjetividade imersa no discurso que se organiza quanto ao lugar privilegiado de preceptor. Esta função encerra contradições no tocante a ser privilégio, uma vez que o profissional de saúde acumula o papel de educador enquanto trabalha em contextos pressionados por produtividade (AGUIAR, 2017).

Ao analisarem a percepção de preceptores na formação de residentes em área de saúde da família, Aguiar e colaboradores (2018) levantaram quais fatores motivam os profissionais de saúde a cuidarem da formação das novas gerações, ao mesmo tempo em que prestam serviços em condições nem sempre desejáveis. Com relação a 85 preceptores de Programa de Residência MFC, os autores encontraram os seguintes fatores motivacionais:

Tabela 1 Fatores motivacionais para os preceptores de Programa de Residência MFC presentes no contexto de trabalho

Fatores	Frequência %
Bom relacionamento com os residentes	88,2
Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço	84,2
Remuneração adicional por conta da preceptoria	60,5
Estímulo para me atualizar em minha área de especialidade	51,3
Participação nas decisões sobre a formação de residentes	50
Carga horária para atividades de ensino	43,4
Apoio recebido para participação em eventos e congressos	38,2
Reconhecimento profissional pelos gestores do serviço	36,8
Oportunidade de capacitação em educação	36,8
Valorização na carreira profissional	32,9
Carga horária para atividades de pesquisa	7,9

Fonte: Aguiar (2018).

Nunes e colaboradores (2011) ressaltam a oportunidade de trabalhar com jovens entusiasmados como um dos maiores benefícios de ensinar, uma vez que contribui para

estimular e manter o interesse pela prática médica, entretanto os autores defendem a agregação de valor remuneratório para o profissional que executa a função de médico e preceptor.

A despeito de sua importante função, a legislação ainda se refere ao preceptor de forma bem evasiva quanto aos compromissos do ensino e do serviço de saúde em relação a este profissional, principalmente considerando sua formação e valorização na prática de preceptoria, que, não raro, tem sido realizada por pura adesão ideológica.

Botti e Rego (2011, p.70) afirmam que, no Brasil, mesmo em documentos oficiais, não ficam claras as funções, as intervenções e as atividades ligadas aos diversos termos recebidos pelo profissional que auxilia a formação no serviço. Lista-se no Quadro 1 abaixo como tem se dado alguns avanços legais:

Quadro 1 Evolução do reconhecimento preceptor/preceptoria nas legislações

<p>Resolução CNRM nº 4, de 9 de novembro de 1978</p> <p>Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica</p>	<p>Art. 5º alínea d – A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa de título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 6 (seis) residentes, ou de 2 (dois) médicos do corpo clínico em regime de tempo parcial para 3 (três) médicos residentes</p>
<p>Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981</p> <p>Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências</p>	<p>Art. 1º - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.</p>
<p>Resolução CNRM n.º 8 de 2004</p> <p>Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica</p>	<p>Art. 1º - O cargo de <u>preceptor</u>/tutor de programa de Residência Médica será exercido por médico com menos de 10 anos de conclusão do curso de graduação, portador de certificado de Residência Médica expedido há menos de cinco anos e que tenha elevada competência profissional e ética, portador de título de especialista na área afim, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes;</p> <p>Art. 3º - O <u>preceptor</u>/tutor receberá bolsa equivalente à do médico residente, acrescida de 10%;</p> <p>Art. 6º- A Comissão de Residência Médica da Instituição (COREME) deverá registrar o <u>preceptor</u>/tutor junto à CNRM para fins de expedição do certificado ao término da bolsa.</p>
<p>Resolução CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005</p> <p>Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica</p>	<p>Art. 23 - Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos:</p> <p>d) A supervisão permanente do treinamento do Residente por <u>médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior</u>, ou possuidores de qualificação equivalente...</p>

<p>Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006</p> <p>Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências</p>	<p>Art. 16 - A supervisão permanente do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, <u>por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa</u>, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente</p>
<p>Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de março de 2010</p> <p>Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde)</p>	<p>O PET Saúde, ao tratar da oferta de bolsa, formaliza a figura do Preceptor, que tem como requisito ser um profissional do serviço de saúde.</p> <p>Art. 5º - O PET-Saúde oferecerá bolsas nas seguintes modalidades:</p> <p>III - <u>preceptoría</u>, destinada a profissionais pertencentes aos serviços de saúde que realizem orientação em serviço a estudantes participantes do Programa</p>
<p>Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.</p> <p>Institui o Programa Mais Médicos</p>	<p>Seção Única</p> <p>Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde</p> <p>§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar <u>médicos preceptores da rede de serviços de saúde</u> e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.</p> <p>Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de <u>preceptoría</u> nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.</p> <p>§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de <u>preceptores</u> de residência médica.</p>
<p>Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014/ MEC</p> <p>Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências</p>	<p>Art. 24 -</p> <p>1º <u>A preceptoría exercida por profissionais do serviço de saúde</u> terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES)</p>
<p>Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES)</p> <p>Portaria Interministerial Nº 1.127, de 4 de Agosto de 2015</p> <p>Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)</p>	<p>Art. 4º - O COAPES conterá, obrigatoriamente:</p> <p>III - definição do processo de designação dos <u>preceptores</u> da rede de serviços de saúde e sua relação com a instituição responsável pelo curso de graduação em saúde ou pelo Programa de Residência em Saúde</p> <p>Art. 11 - Compete ao Ministério da Saúde:</p> <p>III- apoiar gestões municipais e estaduais na institucionalização da <u>preceptoría</u> como parte das atribuições dos profissionais de saúde e valorização desta atividade por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos para qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira.</p> <p>Art. 12. Compete às instituições de ensino e aos programas de residência em saúde</p> <p>XI - desenvolver sistematicamente qualificação e avaliação do docente e <u>preceptor</u>, de forma compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços</p> <p>XII - fomentar ações de valorização e formação voltada para os preceptores, tais como inclusão em pesquisas (como pesquisadores), certificação da atividade de <u>preceptoría</u>, apoio à participação em atividades como cursos, congressos, dentre outros</p>

	<p>Art. 13. Compete à gestão em saúde estadual e municipal</p> <p>IV - definir de forma articulada com as instituições de ensino os critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para desenvolvimento das atividades de supervisão/tutoria/<u>preceptoria</u>;</p> <p>V - estimular a atividade de <u>preceptoria</u> mediante sua inclusão nas políticas referentes à qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos de qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria.

Hilli (2014) e Mills (2005) (apud GIROTTO, 2016, p. 21) descrevem a preceptoria como:

[...] atividade de ensino-aprendizagem desenvolvida pelo preceptor visando à preparação para a prática profissional, com foco no desenvolvimento clínico e ético, ao mesmo tempo, esta atividade profissional, educacional apresenta ao estudante a realidade do serviço de saúde, equipes e comunidade. Desta forma, a preceptoria ocorre no horário e local de trabalho, concomitantemente às atividades assistenciais do preceptor e da equipe de saúde.

Tanto Quill (1987) e Arnitage (1987) (apud BOTTI, 2009, p. 22) assinalam que o profissional em formação precisa desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde, ao passo que o preceptor deve ajudá-lo a desenvolver a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho. A relação ensino-trabalho-assistência no exercício da preceptoria não é tarefa fácil, embora essencial. Os maiores problemas apontados na preceptoria para residência (que se aplicam também à preceptoria no internato de Medicina) são:

Em primeiro lugar, o preceptor além da atenção a ser dada ao médico residente, deve atender ao paciente, com seus requerimentos, necessidades e angústias [...]. Em segundo lugar, é necessário que o preceptor consiga realizar sua tarefa com competência em um curto espaço de tempo, dada a sobrecarga de trabalho [...]. Em terceiro é a percepção do preceptor acerca das necessidades de aprendizado do residente que nem sempre coincide com a percepção acerca do que este precisa aprender [...] (SKARE, 2012, p. 3).

Para o exercício da função de preceptor, apesar de a competência clínica e o tempo de prática serem significativos para definir um bom médico, esses requisitos são insuficientes para definir um bom professor ou um bom preceptor, um bom formador. Izecksohn et al. (2017) apontam para a necessidade de apresentar atributos pessoais e de possuir ou desenvolver aptidões para a docência. Assim, o profissional precisa possuir “boa saúde, saber ouvir, ter vontade de compartilhar seu conhecimento, ser organizado e saber se comunicar, bem como receber treinamento específico à docência de forma continuada” (IZECKSOHN et al., 2017, p. 742).

Cunha (2011), ao discorrer sobre o papel do preceptor, comenta que é preciso situar este profissional em um modelo de três componentes: gestão, processo de trabalho e preceptoria. Ressalta que as Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina já definem os resultados esperados; entretanto, isto não basta. Afirma o autor que o preceptor precisa estar formado (em conhecimentos, atitudes e práticas) para formar e que as instituições formadoras na área médica devem ser responsabilizadas para formar, monitorar e avaliar o preceptor, a fim de que este forme outros.

Trajman et al. (2009) também concordam quanto a ser função prioritária das IES formar os preceptores, uma vez que esta é a vocação das universidades. Os autores ressaltam a importância de que essa formação alcance tanto a atualização profissional quanto as funções de ensino e deve ser esta a principal contrapartida nos convênios com as SMS.

As Novas Diretrizes Nacionais Curriculares para Cursos de Medicina (Resolução nº. 3 de 20/06/2014) ratificam o papel das instituições de ensino no desenvolvimento dos preceptores em seu artigo 35:

Os cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população.

A respeito da formação do preceptor, vê-se em Feuerwerker (2011) que, pelo fato de a ação do preceptor ser fundamental em todos os territórios da produção de relações e de aprendizagem, é indispensável sua preparação e educação permanente – pois também sua atividade de apoio precisa ser refletida, analisada e enriquecida.

Pereira e Dallegrave (2018) comentam que a formação do preceptor também ocorre em serviço, uma vez que o aprendizado da preceptoria acontece no dia a dia do trabalho. As autoras entendem que “a melhor maneira de formar preceptores seria por meio de incentivos ou indução de condições para intercâmbios entre profissionais que exercem a atividade de preceptores [...]” (PEREIRA e DALLEGRAVE, 2018, p. 91).

3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Vitória é a capital do Espírito Santo e está localizada na Região Metropolitana de Vitória (Grande Vitória), formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. A população do município, estimada em 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 363.140 habitantes.

O município responde pela atenção às necessidades básicas de saúde, ficando a maior parte da média e a alta complexidade ambulatorial e hospitalar sob a responsabilidade dos níveis estadual (Secretaria Estadual de Saúde - SESA) e federal (MS). A partir de 2008, o município assumiu, por etapas, a média complexidade ambulatorial do município de Vitória.

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória adota a Estratégia de Saúde da Família como reordenadora das práticas da Atenção Básica, alcançando cobertura de atenção básica em 88% e da Estratégia de Saúde da Família em torno de 80%.

A organização da atenção à saúde no município de Vitória abrange seis (06) regiões (Santo Antônio, Maruípe, São Pedro, Forte de São João, Continental e Centro) com vinte e nove (29) Territórios de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas nestas regiões, das quais vinte e três (23) UBS são organizadas com Estratégia Saúde da Família. A rede é composta ainda por dois prontos atendimentos e nove centros de referência para o atendimento dos municípios, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 Mapa das seis regiões de saúde do município de Vitória



Fonte: Vitória (2018).

O município iniciou a implantação da Saúde da Família, ainda em 1998, com cinco equipes de Saúde da Família (eSF) e atualmente tem 80 eSF em sua composição. Ressalta-se que as eSF nas unidades com Estratégia da rede municipal têm composição ampliada com profissionais de saúde bucal, bem como atuam, na qualidade de profissional de suporte de cada território de saúde, pediatra, assistente social, psicólogo, educador físico, farmacêutico e fonoaudiólogo (este último é alocado por região de saúde).

Toda a rede municipal de saúde é informatizada desde 2009 e conta com um sistema virtual de gestão plena da atenção à saúde desenvolvido pela equipe de desenvolvimento tecnológico da Secretaria Municipal de Saúde (SIGRBE), o qual interliga, além de todas as unidades de saúde, os prontos atendimentos, as farmácias, os serviços odontológicos e laboratoriais e os centros de referência e de especialidades (SARTI et al., 2018).

O sistema inclui, além do prontuário eletrônico, outras ferramentas de gestão, incluindo a agenda de atendimentos dos profissionais, os serviços de monitoramento de qualidade da atenção pelo usuário via SMS, que são transmitidos ao SIGRBE, e atestados médicos validados pelo QR Code. Em 2017 agregou-se ao Sistema próprio – SIGRBE - um serviço de agendamento de consultas médicas (SARTI et al., 2018).

Encontra-se em fase de finalização a migração do processo regulatório de toda a oferta municipal (própria e contratada) para o Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-

Estar (sistema próprio), o que vai permitir maior agilidade à regulação, conforme consta no Plano Municipal 2018-2021 (VITÓRIA, 2018).

Outra funcionalidade possibilitada pela SGIRBE que merece ser ressaltada é o fato de a ferramenta Telessaúde permitir acesso e utilização pelos profissionais de saúde diretamente a partir da RBE. “É consensual o impacto positivo desta rede virtual na organização dos processos de trabalho e na qualificação da atenção à saúde, sendo um aspecto que diferencia a rede de serviços do município em relação ao que se faz no conjunto do ES” (VITÓRIA, 2018).

Quanto à gestão do trabalho em saúde, o município possui colaboração de 3.349 servidores, sendo 80,56% efetivos, 4,42% celetistas e municipalizados, 1,88% comissionados, 10,87% contratados por tempo determinado, 0,75% vinculados ao Programa Mais Médicos, 1,10% cedido por outros órgãos/CPO e 0,42% são estagiários. O último concurso efetuado pela Secretaria de Saúde data de 2012. Desde então, a Secretaria efetua a contratação temporária de pessoal por meio de processos seletivos.

Considerando as 80 equipes de saúde da família, muitas categorias profissionais dessas equipes têm apresentado rotatividade considerável, principalmente a categoria médica, uma vez que os profissionais contratados por meio de processos seletivos não podem ser recontratados imediatamente após dois anos de relação de trabalho. Isso compromete a efetividade do modelo, que se fundamenta nos processos de vínculos com a comunidade e no acompanhamento longitudinal dos usuários, tendo impacto também no processo de integração ensino-serviço.

O município de Vitória possui o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV), instituído pela Lei Municipal nº 6.753/2006 e pelo Decreto Municipal nº 14.552/2010, específico para os profissionais de saúde, abrangendo todos os servidores efetivos e estáveis ou celetistas ativos para concessão de progressão e evolução funcional dos servidores. A cada três anos é realizada nova avaliação.

Além dos estabelecimentos de saúde que compõem a rede de atenção de saúde, o município conta com uma Escola Técnica do SUS: A Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde de Vitória “Professora Ângela Maria Campos da Silva” (ETSUS-Vitória), a qual foi criada por meio do Decreto Municipal n.º 14.919/2010, o que permitiu avançar na qualificação dos profissionais da saúde e no fortalecimento do SUS.

A ETSUS-Vitória foi inserida na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) do Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS nº 2302, de 24 de novembro de 2014. Desenvolve cursos formais na área da saúde (formação técnica e especializações) e não

formais (aperfeiçoamento, capacitação, treinamento entre outros), bem como eventos (fóruns, palestras, conferências, seminários e reuniões técnicas).

As solicitações de autorização para a realização de pesquisa na rede de saúde, bem como todas as práticas de estágio curricular em saúde na rede são reguladas pela ETSUS Vitória, que é igualmente responsável pelas ações de integração ensino-serviço (cerca de três mil estudantes são acolhidos nas UBS da rede municipal anualmente), inserção e monitoramento dos programas de residência médica (PRM) em MFC, clínica médica e pediatria e articula experiências, como, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

Em literatura recente, que avaliou a implantação dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Vitória, destacou-se que a rede municipal é bem estruturada; conta com serviços munidos de boa estrutura física, os quais são informatizados; possui equipe completa em cada unidade, em sua maioria; tem forte aparato de gestão participativa; e apresenta preceptores que passam por uma série de iniciativas de educação permanente promovidas pela ETSUS.

Os mesmos autores pontuam, entretanto, que a maioria dos profissionais médicos da ESF que compõem as equipes não possuem formação em nível de RM em MFC ou título de especialista na área, não havendo previsão pelo município de auxílio financeiro para a preceptoria (SARTI et al., 2018).

3.1 DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS

O processo de integração ensino-serviço na SEMUS Vitória teve início a partir de 2005. Antes da criação da ETSUS, a Coordenação de Educação em Saúde (CES), que evoluiu para Núcleo de Educação em saúde (NES) e, por último, Gerência de Formação em Desenvolvimento para o SUS (GFDS), realizava a interface com as instituições de ensino no que se refere ao desenvolvimento de prática nos cenários da rede. Com a instituição da ETSUS Vitória, o município ratificou a importância do SUS como escola e assumiu a responsabilidade na formação de recursos humanos. Atualmente, a ETSUS possui Termos de Compromisso formalizados com três instituições de nível técnico e nove instituições de ensino/ formadoras de nível superior (quatro instituições com curso de Medicina).

Não existe estagiário voluntário na rede. Todos os estudantes realizam práticas vinculadas às instituições de ensino que seguem as diretrizes da SEMUS Vitória, baseadas na distribuição dos estudantes de maneira regionalizada, obedecendo a uma lógica geográfica (conforme mapa abaixo). Está sendo implementada a informatização do estágio na SEMUS, o

que vai permitir maior visibilidade da distribuição das práticas de integração ensino-serviço para a rede de saúde.

Em outubro de 2018 foi publicado o Decreto Docente Assistencial nº 17.526, que regulamenta a rede docente assistencial (RDA) no município¹ e fixa as diretrizes para a organização, o funcionamento e o desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade. O documento pontua, em seu artigo 4º, que a preceptoria faz parte das atribuições dos profissionais de saúde no momento da inserção na rede de serviços que compõem a RDA e permite o recebimento de bolsa pelos preceptores.

Registre-se que, a despeito de ser atribuição, o preceptor pode aderir ao processo da preceptoria por meio de assinatura do termo de adesão à preceptoria ou não aceitar acolher estudante, acontecendo processo seletivo apenas para preceptores do projeto PET. Os demais preceptores médicos são convidados a participar como preceptor seja por indicação de colegas, seja pelo histórico das práticas e comprometimento, experiência e tempo de vinculação aos serviços.

Vitória publicou, em maio de 2018, o Decreto nº17. 372 de evolução da qualificação, pelo qual o certificado de preceptoria emitido pela instituição de ensino e validado pela ETSUS -Vitória pode ser contabilizado de acordo com o número de horas de preceptoria por semana e por semestre.² Para fins de progressão funcional ou na carreira já está estabelecido, para os preceptores da SEMUS, o reconhecimento das certificações das atividades de preceptoria. O preceptor, em casos de processos de remoção interna, também tem preferência na escolha dos serviços que sejam docentes assistenciais.

Todos os alunos que vão para os cenários de prática são segurados por meio de apólice contratada pelas instituições de ensino. Ressalta-se que a demanda para preceptores da rede vem, essencialmente, de práticas de internato e residências médicas. As demais práticas de graduação em Medicina são realizadas com os docentes das respectivas instituições de ensino.

A Rede Docente assistencial no município conta com as unidades docentes assistenciais que são categorizadas de acordo com os seguintes critérios: ser unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família; ter equipes de estratégia saúde da Família completas; apresentar Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); dispor de estrutura física adequada; ter adesão da equipe à proposta de integração ensino-serviço; dispor de preceptor(es) qualificado(s), de práticas contínuas de integração ensino-serviço, apresentar práticas de

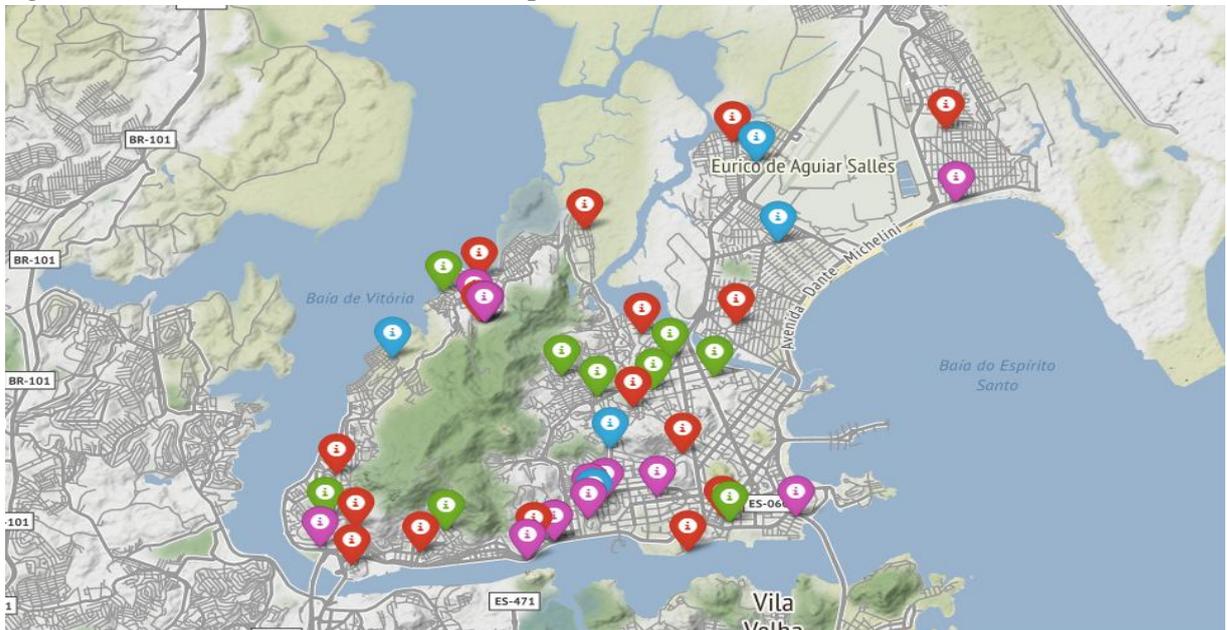
¹ Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=207137>. Acesso em:29.11.2018

² Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=205513>. Acesso em:18.07.2018

Residência em MFC; desenvolver projetos PET Saúde. Existe escalonamento para que o serviço seja considerado nível I, II, III ou IV, conforme apresente ou não um número de critérios correlacionando com a modalidade de prática solicitada.

A Figura 3 abaixo representa em verde as unidades docentes assistenciais nível I (selecionadas para cenários da RMFC) e em vermelho as unidades nível II e os prontos atendimentos; já o nível III, representado pela cor azul, abrange as demais unidades básicas, enquanto o nível IV, centros municipais de especialidades e centros de referência, está representado pela cor rosa.

Figura 3 Rede Docente Assistencial do Município de Vitória



Fonte: ETSUS- Vitória (2019).

Em 2007 foi iniciada a primeira prática de residência nas Unidades de Saúde da SEMUS com a Residência de pediatria do maior hospital pediátrico do Estado (Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória - HEINSG). O município acolhe a residência de MFC, bem como residentes de clínica médica de mais duas instituições formadoras.

O tempo de permanência dos Residentes de Medicina nas UBS é variável de acordo com a Instituição de Ensino e do seu programa de Residência, podendo variar de dois meses (residência em clínica médica) a dois anos (RMFC). Dentre todas as práticas de residência que são realizadas no município, somente a residência de pediatria conta com docente da instituição formadora; as demais têm a preceptoria realizada pelos profissionais médicos da rede SEMUS Vitória que aderem à preceptoria do município por meio do termo de adesão.

Quanto ao número de estudantes por preceptor, orienta-se que sejam até três residentes por preceptor, enquanto que, para o interno, está estabelecido no Manual de orientação das práticas de integração ensino serviço no município de Vitória-ES até dois internos por cada preceptor. O período de permanência desses estudantes no cenário varia de acordo com cada instituição de ensino.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A realidade não é transparente; ela precisa ser captada, investigada e compreendida para que produza conhecimento. Tal processo vem fazendo parte da existência da humanidade, uma vez que o conhecimento, ao ser transmitido de geração para geração, permite o desenvolvimento da sociedade humana. A este respeito, Lander (2005, p.01) comenta que “os padrões de conhecimento são uma dimensão constitutiva medular de toda ordem social”. Por sua vez, Minayo e Sanches (1993, p. 240) referem que o “método é o fio condutor para articular a teoria com a realidade empírica para produção de conhecimento”.

O presente estudo se propôs a desenvolver um desenho descritivo, optando pela pesquisa de campo realizada com abordagem qualitativa, na tentativa de verificar o que pensam e o que sentem os profissionais médicos das equipes de saúde da família acerca do processo da preceptoria junto ao internato em Medicina, como também na preceptoria aplicada às residências médicas, que utilizam os cenários de prática da rede de saúde de Vitória ES.

Em se tratando da abordagem qualitativa tem-se que “o elemento essencial na interpretação da ação é o dimensionamento do significado subjetivo daqueles que dela participam” (WEBER, 1970, apud MINAYO E SANCHES, 1993, p.05)

A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), sob o número 97762718.7.0000.5241 do certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE), após anuência da Secretaria de Saúde de Vitória. Após a carta de aprovação do comitê de ética da EPSJV ser liberada, a ETSUS Vitória, responsável por regular o fluxo de pesquisa na rede de saúde municipal, encaminhou, conforme fluxo estabelecido, comunicação interna aos diretores de todos os serviços de saúde definidos na pesquisa. Esse fluxo divulgado na página eletrônica da Secretaria de Saúde de Vitória também estabelece que os resultados gerados na pesquisa serão encaminhados pelo pesquisador para a ETSUS ao término da mesma.

Utilizou-se a técnica de entrevista, pois sua realização ratifica um dos aspectos básicos da pesquisa qualitativa, relacionado à busca pela interação com o ambiente de ocorrência do fenômeno e com os atores envolvidos. Trivinos (1987, p.152) ensina que os instrumentos de coleta de dados não são outra coisa que a "teoria em ação", que apoia a visão do pesquisador. Tobar e Yalour (2002, p. 96) destacam que “na entrevista, o pesquisador pretende descobrir o

que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo”.

Assim, aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturado baseado em extensa revisão bibliográfica com questões relacionadas ao modo de formação dos profissionais médicos, quais os significados do termo preceptor para os mesmos, a missão e o papel do preceptor, condicionantes de motivação para a participação no processo da preceptor e qual a visão no que diz respeito aos pontos positivos e desafios dessa função.

Os critérios de inclusão da pesquisa consistiam em: ser médico de uma das 80 equipes das 23 unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família (de um total de 29 UBS), com mais de seis meses de vinculação na SEMUS, que cumprisse 40 h semanais e aceitasse participar da pesquisa. Os médicos do Programa Mais Médicos (PMM) foram excluídos da amostra, uma vez que a Nota Técnica Nº 708/2017- DEPREPS/SGTES/MS estabelece que “há impossibilidade fática e vedação normativa” de o médico participante do PMM exercer a função de preceptor.

Ressalta-se que as agendas médicas são bastante demandadas nas unidades de saúde. As consultas médicas são marcadas na própria unidade de saúde ou por meio do agendamento eletrônico em intervalos a cada vinte minutos. Sendo assim, as entrevistas, em sua maioria, foram realizadas em horário anterior ao início das reuniões de equipe. Foi feito contato prévio com estes profissionais por meio de telefone, *WhatsApp* ou abordagem diretamente nos próprios serviços de saúde. Desse modo, foi possível efetivar o encontro com os médicos nos serviços de saúde com o mínimo possível de alteração no processo de trabalho do profissional e do serviço, de modo geral.

Durante o encontro marcado, primeiramente era apresentada a proposta da pesquisa, lido e esclarecidas as dúvidas e, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), era realizada a gravação das entrevistas. Para maior segurança foi utilizado gravação em celular *Iphone* bem como em gravador Sony IC Recorder PX240. Ao término dessas entrevistas, a gravação era imediatamente enviada via internet para aplicativo de armazenamento nas nuvens, ficando protegidas para serem transcritas.

Convém destacar o momento ocorrido no período de realização das entrevistas (de 1º de novembro de 2018 a 15 de março 2019), quando diversas equipes de algumas unidades de saúde ficaram sem os seus profissionais médicos. Dentre os motivos que acarretaram este fenômeno pode-se citar: aprovação em residência médica, com saída de profissionais recém-formados, cujos vínculos empregatícios eram de contratos temporários; mudanças na orientação política do PMM, com a saída dos médicos cubanos e, na sequência deste efeito,

alguns profissionais médicos com vínculo de contrato temporário do município de Vitória também deixaram suas unidades de saúde para preencherem as vagas do referido programa nas cidades próximas, atraídos pelos melhores salários e menor carga horária que é oferecido pelo PMM. A ocupação dessas vagas foi sendo providenciada pela SEMUS por meio de processo seletivo interno ou por médicos brasileiros do PMM recém selecionados. Nestes dois casos, os médicos não atenderam, portanto, ao critério de inclusão (tempo na rede e PMM), não podendo fazer parte do universo da referida pesquisa.

No total, 37 médicos participaram da aplicação do instrumento enquanto quatro profissionais declinaram; um desses era preceptor e justificou falta de tempo para realizar a entrevista. Dois profissionais não responderam às tentativas de contato, enquanto outro alegou motivos pessoais para não participar. Dentre os demais, 19 eram do PMM, porém outras 20 equipes de saúde da família estavam ou com profissionais médicos que não preenchiam o critério de inclusão “tempo de vinculação” ou os profissionais estavam de atestado médico, férias ou, mesmo, o cargo de médico na equipe estava vago.

Ressalta-se que a definição do recorte para a população deste estudo (médicos que compõem as eSF) deveu-se à maior demanda, pelas instituições de ensino e instituições formadoras, quanto a preceptores médicos para internato de Medicina e residência médica de modo a cumprirem as exigências dos documentos legais atuais do MEC/MS. Esse fato fomentou ainda mais a realização desta pesquisa, buscando investigar, no olhar desses atores, como está se dando essa relação da academia com os serviços de saúde, nos *loci* de efetiva operação do processo de integração ensino-serviço, com foco na preceptoria.

Importa esclarecer que os estudantes de Medicina de períodos anteriores ao internato, habitualmente vão para os cenários da rede com os respectivos professores da academia e, desse modo, o profissional médico do serviço da SEMUS acolhe estudantes do internato e médicos residentes (de MFC e de clínica médica).

Dentre os profissionais entrevistados, 27 deles (72,97 %) são médicos preceptores e dez referiram não serem preceptores nos serviços do município. Sendo assim, na amostra avaliada, considerando a questão norteadora de que haveria baixa adesão à preceptoria pelos médicos que atuam na estratégia saúde da família, percebe-se adesão até expressiva, pois menos de 30% alegaram não serem preceptores. A amostra foi avaliada conforme características de idade, gênero, anos de formado, tempo e tipo de vínculo com a PMV, tempo de atuação na preceptoria, titulação acadêmica concluída ou em andamento e participação em curso de preceptoria.

O perfil da amostra de médicos de equipes ESF (Tabela 2) que participaram efetivamente da pesquisa demonstrou que, em relação à idade, 16% têm de menos de 30 anos, 21,6% entre 30-39 anos, 46,2% da amostra está incluída no intervalo 40-49 anos, 13,5% tem idade entre 50-59 anos, 5,4% da amostra está no intervalo entre 60-69 anos.

Ressalta-se que três dos seis médicos com menos de 30 anos são preceptores e concluíram residência em MFC, mas os outros três não têm titulação e referiram dois anos de formação, não fazendo parte da preceptoria. Dentre os 16 médicos que têm idade entre 40 a 49 anos, somente dois não acolhem estudantes/residentes e, ainda, dos oito médicos que têm entre 30 e 39 anos, apenas um não é preceptor, evidenciando que predomina na SEMUS preceptores com idade entre 30 e 49 anos.

De acordo com o gênero, 78,4% dos profissionais da amostra são do sexo feminino e 21,6% são do sexo masculino, ratificando a tendência atual de feminização crescente da profissão, mas também reflete a tendência de as mulheres considerarem expectativas salariais menores, considerando a remuneração média recebida na atenção primária ser menor em relação às demais especialidades (SCHEFFER, 2018). Vinte, dentre os 27 preceptores, são mulheres.

Em relação ao tempo de exercício da preceptoria, faz-se necessário destacar que a integração ensino-serviço começou a ser formalizada na SEMUS a partir de 2005, tendo se intensificado a demanda de preceptores médicos pelas instituições de ensino após a publicação das últimas DCN (2014). Desse modo, 56,8% dos preceptores da amostra entrevistada têm até cinco anos de tempo de preceptoria, 5,4% têm de seis a nove anos e 10,8% recebem estudantes de Medicina há mais de 10 anos, sendo que os médicos que não atuam na preceptoria totalizaram 27% da amostra.

Ao avaliar o vínculo trabalhista dos profissionais, constatou-se que 70,3% dos profissionais entrevistados são funcionários concursados, enquanto 29,7% são contratados na modalidade de contrato temporário, situação em que se encontram sete dos 27 preceptores. Esse fato representa para a preceptoria uma possibilidade de descontinuação bienal, quando o médico preceptor precisa ser desvinculado do serviço pelo vencimento do contrato. Assim, este tipo de vinculação trabalhista contribui para a não fixação dos profissionais médicos, como também a rotatividade decorrente desfavorece a relação com o trabalho e com a comunidade, sem falar na insegurança e na instabilidade do profissional, que fica desmotivado (a cada vencimento de contrato de dois anos, esse preceptor precisa ficar um período para ser recontratado).

Destaca-se que a VIII Conferência Nacional de Saúde já trazia, dentre os princípios relacionados com a política de recursos humanos apontados que deveriam reger o novo Sistema Nacional de Saúde, a admissão através de concurso público, a estabilidade no emprego, a remuneração condigna e a isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, bem como o estabelecimento urgente e imediato de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

Entretanto, na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, no Art. 27, que trata dos recursos humanos, os objetivos II e III foram vetados pelo presidente da época, os quais tratavam respectivamente dos planos de cargos, salários e de carreiras para o pessoal do Sistema Único de Saúde e da fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional.

Girardi et al. (2010) encontraram que a prática da contratação para médicos é temporária em mais de 70% dos municípios e cerca de 50% do total dos contratos dos médicos são temporários, o que representa um problema bem sério. Enfatiza-se que, desde 2012, não se realiza concurso público na Secretaria de Saúde de Vitória.

Ao analisar a titulação dos médicos participantes da pesquisa, encontrou-se que nenhum preceptor tem doutorado, 8,1% têm mestrado finalizado ou em andamento, 33% tem residência médica concluída, sendo que cinco dessas 10 residências referidas são em MFC. Do total de 27 preceptores, nove encontravam-se no perfil de preceptoria exigido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que se refere a possuir residência em MFC ou título de especialista.

É possível que um dos fatores que aparentam baixa adesão à preceptoria – traduzida na prática pela dificuldade de cenários em atenção básica para alocar residentes de MFC – ocorra pelo fato de os preceptores disponíveis não conseguirem preencher o quesito “especialista em MFC” exigido pela SBMF, pois 2/3 desses não se enquadravam em tal categoria. Dentre os médicos preceptores, 74% (20/27) têm, pelo menos, uma especialização concluída. Uma das questões do questionário da pesquisa dizia respeito aos médicos da atenção básica terem recebido algum tipo de capacitação com tema na área de ensino (formação pedagógica/preceptoria).

Com relação à formação pedagógica, Marins (2011) problematiza a percepção de que um bom profissional deve ser sempre bom preceptor, sem, necessariamente, ter passado por processo de capacitação na área da educação. Entretanto, ensina Brant (2011) que ser bom profissional não basta, destacando que a recente prática de preceptoria coloca em exigência o acréscimo de uma formação/aculturação pedagógica para além das funções técnicas atribuídas

ao mesmo. A análise em questão encontrou que 56,7% dos médicos informaram ter tido algum tipo de capacitação nessa área.

Observe-se que, no município, foram realizadas parcerias com inúmeras iniciativas de formação em preceptoría (ABEM, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Sírio-Libanês). Em 2018, a ETSUS, juntamente com uma instituição de nível superior com a qual tem formalizado termo de compromisso de integração ensino-serviço, ofertou 60 vagas em curso semipresencial de preceptoría com carga horária de 120 horas; dessas vagas, 30 destinavam-se a servidores de nível superior da SEMUS com adesão à preceptoría no município. Vinte médicos se inscreveram e 14 deles conseguiram concluir tal capacitação, formando-se também preceptores de diversas categorias profissionais da saúde.

Cunha (2011) discorre que a formação do médico merece atenção redobrada e, por isso, aquele que atua na formação – o preceptor – requer um investimento significativo. O autor pontua ainda que formar preceptores médicos com qualidade vem atrelado a um contexto de unidade acadêmica, a faculdade de Medicina. Entende-se, a partir desta colocação, que a principal contrapartida das instituições de ensino deve ser a formação dos médicos da atenção básica que se dispõem a acolher os estudantes de Medicina/residentes dessas instituições, o que não tem sido sistematizado neste contexto estudado.

No MEC/MS, a formação de preceptores tem sido considerada uma ação estruturante prioritária. Destaca-se que o PMM deu origem ao Plano Nacional de Formação de Preceptores, em que o residente recebe um valor a mais, em forma de bolsa, para aderir à formação em preceptoría. Ao mesmo tempo em que faz a residência, forma-se para atuar como médico preceptor para residência em MFC. Apesar de ser ação importante para garantir a expansão da MFC no Brasil, o impacto para o município ainda permanece aquém do necessário, uma vez que apenas 5/37 dos médicos da atenção básica puderam ser contemplados por essa formação, pois fizeram residência após o lançamento da iniciativa.

Campos (2007, p. 9) enfatiza que a valorização do ensino na rede básica visa atender uma demanda social e que a efetividade da APS/AB necessita prioritariamente de médicos de MFC. Contudo, para a expansão da residência em MFC, também se faz essencial a formação de um número adequado de preceptores.

Segundo Rodrigues et al. (2013, p. 1.155), “o fato de não haver número suficiente de médicos de família e comunidade com titulação pelo programa de residência constitui um obstáculo para o crescimento da oferta de vagas para residentes”, o que repercute também no processo formativo do internato.

Tabela 2 Caracterização da amostra: números absolutos

Variáveis	n
Gênero	
Masculino	8
Feminino	29
Faixa etária	
25 a 29 anos	6
30 a 39 anos	8
40 a 49 anos	16
50 a 59 anos	5
60 anos ou mais	2
Tempo de formado	
Até 5 anos	8
De 6 a 9 anos	3
10 anos ou mais	26
Tempo como preceptor	
Não é preceptor	10
Até 5 anos	21
De 6 a 9 anos	2
10 anos ou mais	4
Total	37

Tabela 3 Caracterização da amostra: Números absolutos

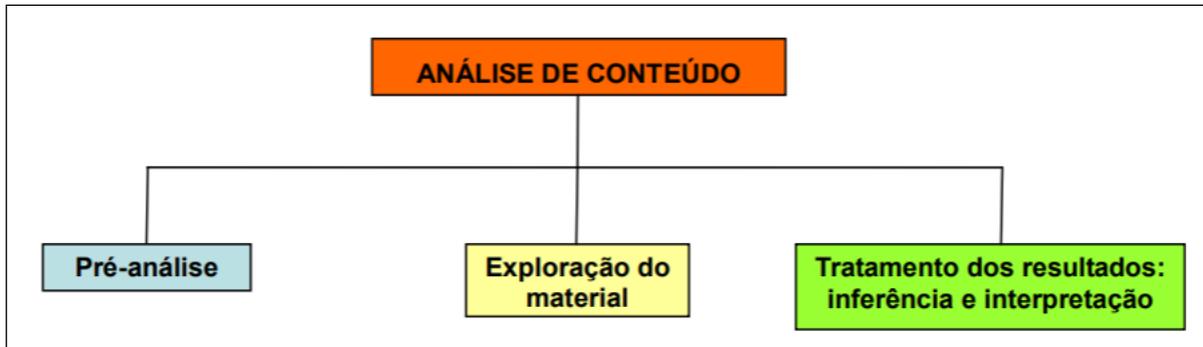
Variáveis	%
Vínculo	
Efetivo	26
Contrato	11
Curso Pós	
Sim	30
Não	7
Qual Curso?	
Especialização	20
Residência	5
Residência MFC	4
Residência MFC e Mestrado	1
Total	30
Curso Preceptor	
Sim	21
Não	16
Total	37

Para realizar o tratamento dos dados, o método qualitativo de análise de conteúdo foi aplicado ao material coletado, buscando conhecer as percepções dos profissionais de saúde quanto à prática da preceptoria na rede municipal de saúde.

Bardin (2011) explicita que o método da análise de conteúdo se organiza em três fases: pré-análise, exploração do material (a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase) (Figura 4) e, por fim, o tratamento dos resultados com condensação e o

destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Figura 4 Fases da análise de conteúdo



Fonte: Bardin (2011).

A utilização de procedimentos sistematizados e objetivos confere maior segurança e clareza ao pesquisador, que, de posse de todo o material textual coletado, precisa definir qual o tratamento mais adequado ao mesmo, de modo a desenvolver explicações para os fenômenos observados.

Bardin (2011, p.15) refere que “a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade [...]”. A autora complementa que “O método dá suporte ao investigador atraído pelo escondido, pelo latente, pelo não aparente, pelo potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem” (BARDIN, 2011, p.15).

O material coletado foi submetido à pré-análise com preparação do *corpus* a partir da leitura exaustiva do material transcrito. Numa tentativa de diminuir o subjetivismo da análise dos textos, conjugou-se a análise lexical a este *corpus*, que foi preparado de acordo com as exigências do *software* IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et Questionnaires), *licence* GNU GPL,³ versão 7,2 codificado de acordo com variáveis. Assim, cada entrevista foi considerada um texto e cada texto foi separado por linhas de comando. Com o conjunto dos vários textos preparou-se um *corpus*, sendo então disponibilizado para um bloco de notas a fim de ser submetido à análise lexical, conforme preconiza o programa.

³ Licença Pública Geral GNU, GNU GPL ou simplesmente GPL. As licenças GPL são utilizadas por projetos de *software* livre e de código aberto. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/GNU_General_Public_License. Acesso em: 05.05.2019

Na análise de conteúdo clássica, os dados são interpretados e categorizados pelo pesquisador e, na sequência, organizados, quantificados e sistematizados, fazendo-se a análise a partir do conteúdo semântico para que esses dados sejam organizados e identificados. Por sua vez, o procedimento na análise lexical parte do vocabulário dos textos, das palavras neles presentes, que são identificadas e quantificadas conforme a sua frequência. Após a organização do vocabulário, os dados são interpretados.

Para estar dentro dos requisitos exigidos pelo IRAMUTEQ, considerando a realização da análise categorial, cada texto foi caracterizado de acordo com as variáveis: profissionais médicos participantes da pesquisa (PM_1 até PM_37) conforme ordem de realização da entrevista do profissional médico e a respectiva região de saúde onde cada um deles está lotado (r_mar, r_cen, r_sp, r_san, r_cont, rfsj), para que a avaliação dos aspectos da preceptoria, dentre outros, possam correlacionar-se com as instituições de ensino que são vinculadas às respectivas regiões de saúde.

A dedução lógica ocorre na inferência, bem como a descrição e a análise das diferentes classes encontradas pelo programa, o que permite então a interpretação. Entretanto, a análise automática apresenta resultados genéricos, que indicam caminhos a serem explorados e interpretados (SALVIATI, 2017, p. 05).

A organização e o processamento dos dados decorrentes das entrevistas por meio do *software* viabilizam diferentes tipos de análises (Quadro 2), fornecendo um relatório de quantos foram os segmentos de texto em que este foi separado. Tais segmentos são criados automaticamente, exibindo, na maior parte das vezes, o tamanho de três linhas, que representam os ambientes das palavras.

Quadro 2 Tipos de análise de corpus textual IRAMUTEQ

Análises lexicográficas clássicas	Identifica e reformata as unidades de texto, transformando textos em ST, identifica a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência igual a um), pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), cria do dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares.
Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência	Associa textos com variáveis, ou seja, possibilita a análise da produção textual em função das variáveis de caracterização.
Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	É uma das análises mais importantes do IRAMUTEQ. Nela, os segmentos de textos e seus vocabulários são correlacionados, formando um esquema hierárquico de classes de vocabulário. A partir dessas análises pode-se inferir o conteúdo do corpus, nomear a classe e compreender grupos de discurso e ideias. O <i>software</i> organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes.
Análise de similitude	Possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual.
Nuvem de palavras	Agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente interessante.

Fonte: Camargo e Justo (2013).

Entretanto, os pesquisadores têm sido alertados pela literatura a não se restringirem unicamente à análise de dados das informações resultantes do *software*. Ressalta-se que o IRAMUTEQ não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta para processá-los. Portanto, não conclui essa análise, pois a interpretação é essencial e de responsabilidade do pesquisador. Por conseguinte, esse material deve ser compreendido como um *software* qualitativo de análise de dados – léxicos – para auxiliar e complementar a análise de conteúdo. Estes resultados devem passar por avaliação e interpretação minuciosa dos pesquisadores, sendo considerados inclusive se existem dados que não foram apresentados pelos processamentos originados por meio de tecnologia.

Segundo Freitas e Janissek (2000), as “vantagens em explorar estes recursos de análise é de que as duas técnicas sejam utilizadas de forma sequencial (uma após a outra), recorrente (deve-se mesmo ir e vir de uma a outra) e complementar (elas não são excludentes, ou seja, não se deve escolher uma ou outra)”.

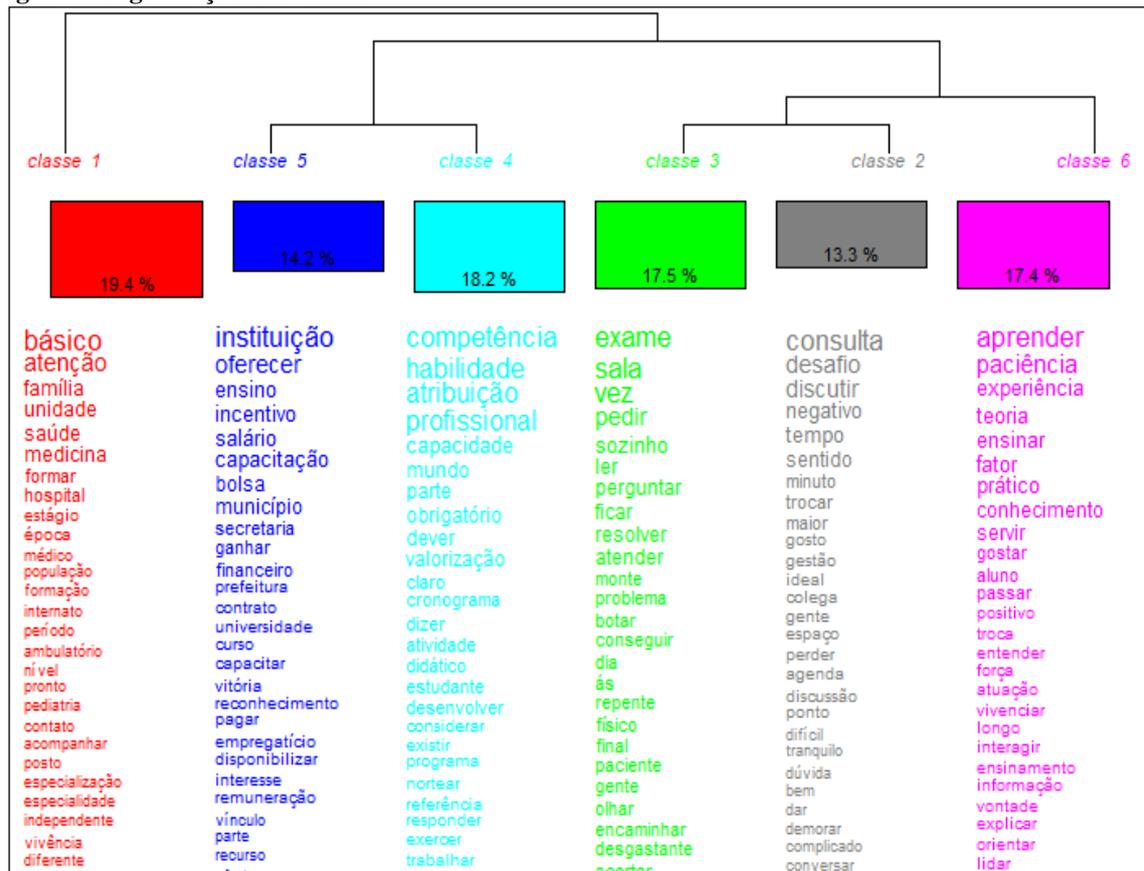
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *corpus* geral da pesquisa foi constituído por 37 textos, separados em 1.103 segmentos de texto (ST) e com aproveitamento de 1.073 segmentos de texto (97,28%). Emergiram 37.561 ocorrências (palavras ou vocábulos), sendo 3.229 palavras distintas e 1.605 palavras com única ocorrência (hápax).

Utilizando a Classificação Hierárquica descendente (CHD) ou o método de Reinert, o conteúdo analisado foi categorizado em seis classes, divididas em cores, que mostram quantas palavras estão presentes no *corpus* do texto, enquanto a percentagem indica a sua abrangência.

Da classe I, que emerge do conteúdo com 19,4% de segmentos de texto, surge uma segunda ramificação e esse segundo tema se subdivide em dois subtemas de onde aparecem as classes: classe IV, com 18,2%; classe V, com 14,2%; e a classe VI, com 17,4%. Desta última ainda emerge outra ramificação, surgindo as classes II, com 13,3%; classe III, com 17,5%. Essas classes estão identificadas no *corpus* total em análise, conforme pode ser observado abaixo (Figura 5):

Figura 5 Organização das classes



Fonte: Iramuteq (2014).

A classe I foi analisada como:

- unidades de saúde enquanto cenários integrativos de formação para o SUS.

As classes II, III e VI se referem a:

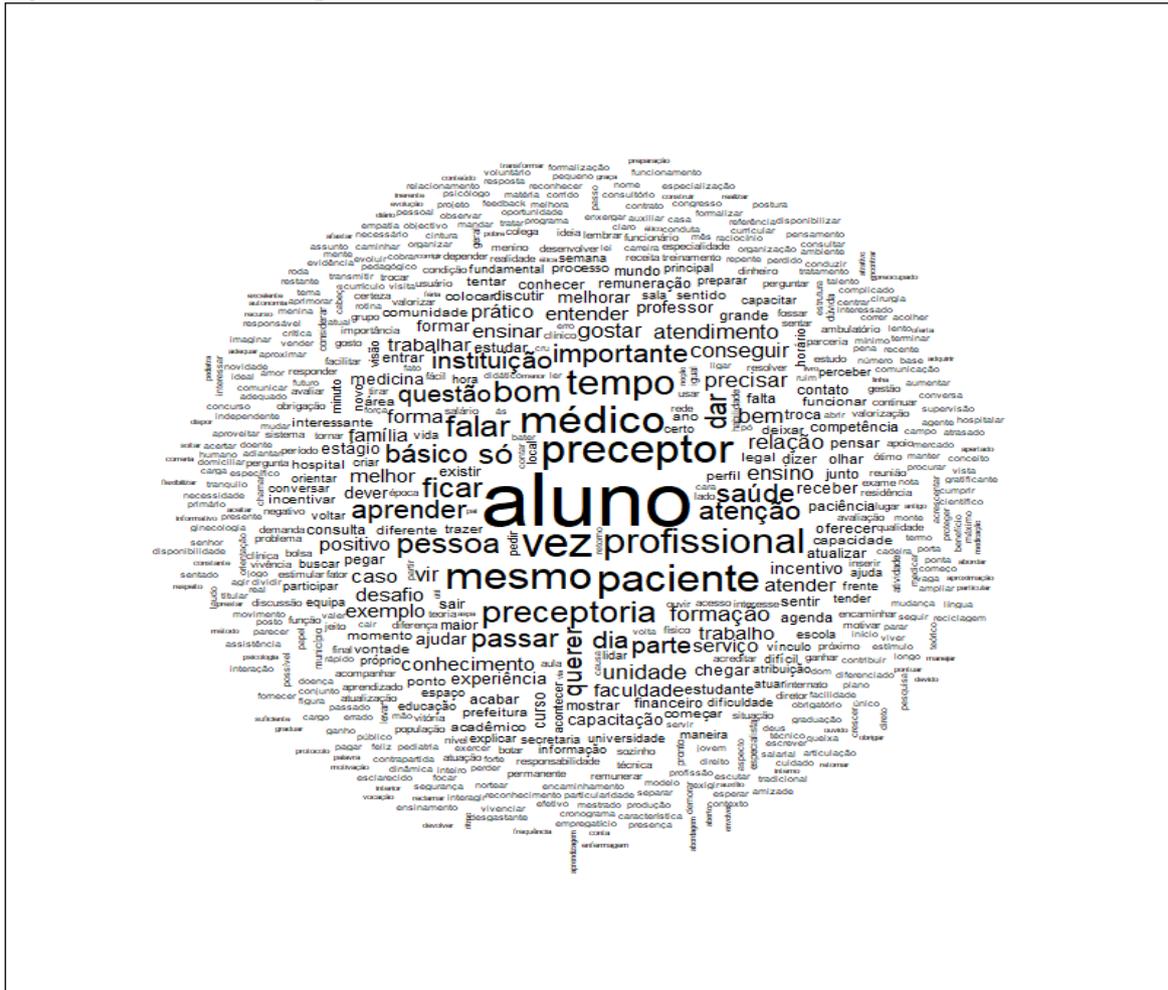
- formas identitárias do médico da atenção básica no contexto de assistência e formação.

Enquanto as classes IV e V contemplam:

- o incentivo e a valorização dos profissionais para a preceptoria.

A seguir (Figura 6) tem-se a representação gráfica do posicionamento das palavras no *corpus* textual e como se concentram e se relacionam, permitindo visualizar a tendência no agrupamento em três classes. Em vermelho, mais relacionado à classe 1, cenários integrativos; em azul e verde se relacionando mais com valorização do preceptor; e, nos ramos rosa, verde e cinza se aproximam dos processos de assistência e de formação dos médicos de família.

Figura 7 Análise nuvem de palavras



Fonte: Processamento IRAMUTEQ (2014).

5.1 APS/ESF ENQUANTO CENÁRIO INTEGRATIVO DE FORMAÇÃO PARA O SUS

As unidades de saúde da APS/AB ou de saúde da família conformam cenários dos mais recentes na formação dos profissionais da saúde, em especial para o ensino clínico do médico (BORGES et al., 2015 p. 255).

Os estágios curriculares na atenção básica aparecem na literatura como determinante importante na escolha de atuação nessa área, muito embora, nos discursos analisados, ainda apareça a questão da longitudinalidade como desafio, uma vez que a duração dessas experiências para o internato nem sempre segue as premissas que estão nas diretrizes curriculares.

A respeito do acompanhamento do paciente ao longo do tempo nos estágios no internato, o PM_09 aponta “[...] eles (os estágios) têm ainda uma característica muito informativa e de pouca experiência, até pelo tempo que fica [...] pelo tempo mesmo já expressa uma pouca valorização disso”.

Tal situação também é percebida na fala do PM_20: “[...] eu acho que devagarinho as instituições estão mudando, né? Atenção básica por muito tempo não foi valorizada pelas instituições e acho que, atualmente, com as mudanças curriculares, tem se prezado mais que o aluno esteja passando nesse local [...]”. Este profissional ainda manifesta: “acho que ainda falta muito, falta algumas instituições entenderem a importância desse nível de atenção, mas um pouquinho já melhorou. Falta ainda.”

5.1.1 Infraestrutura dos cenários de formação na APS/AB do município

A unidade de saúde da família, enquanto contexto de formação, tem-se deparado, não raro, com problemas na estrutura física/capacidade instalada e material compatível com a nova demanda de estudantes, principalmente após a publicação das DCN de 2014. Apesar de várias unidades do município de Vitória terem sido construídas – a partir do Pró-Saúde – seguindo o modelo docente-assistencial, mais amplas, com mais consultórios e mais espaços físicos que possibilitam encontros academia-serviço, os profissionais entrevistados expressaram dificuldades nesse sentido.

Esse problema pode ser observado no relato do PM_26 que revela “[...] uma coisa que eu acho que seria um pouco melhor para preceptoria de internato, mas principalmente de residências, era abrigar a preceptoria em unidades com estrutura física um pouco mais adequada”. Ele ainda continua com relação ao internato “[...] ficamos nós três dentro da sala, talvez, com duas salas, um ia atendendo, o outro atendendo, até para eles terem essa autonomia de atenderem sozinhos também”.

A capacidade instalada ainda é fator limitador considerável para o desenvolvimento das práticas de formação no município. O PM_14 faz alusão à questão da estrutura para a formação “[...] acho que a gente precisa de um espaço físico melhor, para acomodar esses alunos, como aqui, por exemplo, você vê que a gente tá tudo apertadinho aqui [...] como é que a gente se movimenta aqui dentro?”.

Campos (2007, p. 10) explica que um dos fatores importantes para operacionalizar as relações ensino-serviço diz respeito a fazer investimento de modo a assegurar a infraestrutura básica para o ensino em APS, pois os locais onde trabalham as equipes não necessariamente estão preparados para receber um grupo, ainda que pequeno, de alunos. O autor destaca a importância de a Universidade elaborar projetos para adaptação desses espaços em parceria com o Ministério e Secretarias de Estado.

5.1.2 Formação dos médicos que trabalham na APS/ESF

A maioria dos médicos da APS/AB de Vitória participantes da pesquisa referiu não ter sido formado em unidades de saúde durante a graduação. Dos 37 médicos da amostra, 65,1% têm mais de 40 anos e 70,2 % têm mais de 10 anos de formado, ou seja, a maioria desses médicos recebeu formação nos moldes biologicistas, que não considera a dimensão social e histórica dos sujeitos no exercício das práticas.

Comparando os estágios atuais com o modelo de formação de outrora, o PM_08 expressa “eu acho que melhorou bastante em relação ao que era quando eu me formei [...]”. Este preceptor complementa ainda “[...] quando me formei, eu cheguei crua numa unidade básica de saúde, eu não sabia preencher um simples formulário, eu tive que aprender com auxiliar de enfermagem”.

Esse depoimento corrobora a afirmação de Cunha (2011, p. 78) de que o preceptor precisa ser “formado para formar” novos profissionais nos moldes apontados pelas diretrizes; caso contrário, estes apenas vão reproduzir o que vem sendo executado – assistencialismo, demanda espontânea, manutenção do modelo biomédico. O autor ressalta que é preciso uma política institucional definida para isso.

O PM_21 também depõe que “[...] o recém-formado antigamente ia, às vezes, para o interior, sem experiência nenhuma com relação ao dia a dia [...]”. É preciso acrescentar que é fundamental o estabelecimento de processos formativos de continuidade para os preceptores, que os aproxime dos pares e que lhes permita compartilhar os processos do cotidiano, bem como desenvolver e alinhar práticas pedagógicas.

Alguns dos profissionais efetivos da pesquisa fizeram referência ao Programa de Educação Permanente (PEP) para o Programa de Saúde da Família (PSF) realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES) em 2003, quando o município estava implementando o PSF como estratégia de estruturação da atenção primária. Um dos eixos do PEP correspondia a encontros sistemáticos entre profissionais para revisão entre pares e teve duração de dois anos, conforme o relato de Cardoso, Murad e Bof (2005).

Posteriormente, a proposta foi reformulada pela gestão para se adaptar às publicações ministeriais relacionadas à educação permanente. Na época, o movimento da integração ensino-serviço no município estava incipiente. Algumas tentativas, por parte da Secretaria de Saúde, no sentido de realizar encontros sistemáticos com os preceptores foram experimentadas informalmente, mas este processo necessita de definição clara e ordenamento

político, precisa de adesão e comprometimento de todos os atores envolvidos de modo a ser efetivado e incorporado como diretriz para a preceptoria do município.

5.1.3 Comunicação nos cenários de prática

Nas entrevistas realizadas, foi possível verificar a preocupação dos profissionais no que concerne à comunicação nos serviços, relacionada ao processo integrativo com a formação. Quanto à presença dos estudantes durante as consultas médicas dos usuários, o PM_34 diz “[...] acho que tem que informar o usuário também né?”. Ele complementa “[...] tem que informar porque você não está dentro do hospital escola [...] então as pessoas têm que ser informadas, talvez antes mesmo de estar lá. Ser divulgado mais essas questões”.

A literatura aponta a relevância da comunicação como ferramenta para o trabalho na saúde, sendo preciso implementá-la, uma vez que a comunicação nas instituições de saúde ainda é verticalizada, necessitando favorecer a participação das pessoas, do controle social, dentre outros.

Araújo (2013) comenta que a comunicação pode equalizar os amplificadores dos discursos que circulam no espaço público e fazer ouvir os sentidos que estão negligenciados. Os profissionais ratificam a necessidade de mecanismos de divulgação nos serviços serem implementados em seus respectivos territórios no que concerne aos processos formativos existentes. Transparece a preocupação em informar sobre a presença de alunos nos serviços, principalmente para os usuários do sistema.

O PM_13 reflete: “[...] acho que isso é um desafio [...] difícil em relação ao paciente. Porque, quando você vai no hospital escola, você sabe que vai ser hospital escola e você vai ser manipulado pelo acadêmico. Aqui eles já não chegam com essa expectativa”. Os médicos preceptores percebem que fazer esta ponte comunicacional com os usuários tem ficado por conta deles mesmos. O PM_27 relata “[...] a maior dificuldade, na verdade, os desafios são mais em relação ao paciente, hoje mesmo tive uma paciente que falou [...] que ela está com vergonha de falar a queixa porque vai estar um monte de gente na sala”.⁴ Esse mesmo profissional continua:

PM_27: “Falei que a queixa dela era comum de vários pacientes e que eles (os estudantes) estão quase médicos e tal, que ela poderia se sentir à vontade. Ela entendeu e aceitou. A maioria dos pacientes eu faço isso, no final eu pergunto assim: tá tudo bem? Achou bom ou falta alguma coisa que quer falar comigo, que não deu para falar na frente deles? Eles (os pacientes) no geral não têm. Eles gostam muito mesmo.”

⁴ No município é permitido até dois internos de Medicina no acompanhamento das consultas dos preceptores.

Ressalta-se que este sentimento percebido atualmente, da necessidade de o serviço ser reconhecido pelo território como espaço de formação, é mais claramente observado como reflexo do próprio amadurecimento do processo de integração ensino-serviço no município, uma vez que a presença dos alunos nos últimos anos tem sido notada mais sistematicamente nos espaços de assistência, em número cada vez maior e por maior período.

Quanto à necessidade de comunicação nos serviços de saúde para que as práticas se desenvolvam de modo mais produtivo, o PM_17 diz: “[...] quando o local já está preparado para que isso aconteça, facilita bastante; o usuário sabe, os profissionais sabem, e o estudante é inserido nisso”.

Com relação à comunicação na comunidade, entende-se que as reuniões dos conselhos locais são espaços estratégicos para a divulgação dos processos formativos que estejam ocorrendo nos serviços. A ETSUS tem tentado fomentar a participação de atores da instituição de ensino e preceptores do serviço nas reuniões de conselhos locais, que ocorrem mensalmente em cada unidade de saúde, para compartilhar como estão sendo desenvolvidos os estágios, as residências, quais cursos, o modo como operam, dentre outros. Entretanto, devido ao fato de esse tema ser pontual nas pautas dos conselhos, não aparenta gerar um movimento importante de circulação da informação no território.

Outro espaço importante de divulgação, desta vez, para dentro do próprio serviço é o colegiado gestor existente em cada unidade. O gestor da unidade se reúne mensalmente com representantes dos profissionais das respectivas unidades. A ETSUS também orienta a apresentação das práticas formativas nesses espaços, entretanto isso acontece apenas eventualmente. As reuniões de equipe são espaços importantes para se discutir integração ensino-serviço, mas o alcance necessário de divulgação do processo é limitado.

Várias propostas estão sendo analisadas pela gestão para superar esse *gap*, desde a identificação visual das unidades docentes-assistenciais para os usuários como também disponibilizar essa identificação na página de internet para o usuário, ao realizar o agendamento *online* das consultas e procedimentos.

Uma vivência enriquecedora recente foi percebida em uma UBSESF, cenário para a Universidade Federal, durante o momento de construção do plano de atividades de integração ensino-serviço com a presença de funcionários do serviço (preceptores ou não), gestor e professores de sete cursos que desenvolvem práticas, como PET, Residência Multiprofissional, internato e demais estágios e aulas práticas, estando presentes também representantes da ETSUS. O tema comunicação impulsionou muitas discussões.

Além de integrar as ações que cada grupo estava fazendo, definiu-se a metodologia de planejamento local a ser realizada, sendo percebida a necessidade de potencializar a comunicação interna e externa tanto para a comunidade como também para a instituição de ensino (que desconhece o importante trabalho que é realizado nesse encontro academia-serviço) na divulgação dos processos formativos. Foram várias as proposições, desde educação permanente em “educação em saúde”, produção de revistas, mapas e infográficos, uso de arte cênica, trabalhos de imagem, dentre outros que serão produzidos colaborativamente nessa unidade de saúde, alavancadas pelos saberes dos professores da instituição de ensino.

Nogueira e Rodrigues (2015, p. 639) referem que no momento de “incorporação de novos canais de escuta cabe a reflexão do necessário empenho das organizações de saúde e seus gestores a fim de criar canal efetivo de comunicação com os níveis hierárquicos”. As autoras alegam que a comunicação efetiva é o ponto chave que possibilita a construção da confiança entre os envolvidos nos trabalhos de equipe em saúde.

Araújo (2013) ainda enfatiza que a comunicação é um processo social, estruturante dos demais processos, que pela comunicação se formam os sentidos da vida e do mundo, que se organizam as relações na sociedade, que se imprime sentido e se constroem as realidades. Neste caminho, o PM_32 comentou que, na unidade de saúde, durante a preceptoria:

PM_32: “Você amplia a sua capacidade de comunicação de uma forma enorme, porque você não tem que se comunicar só com o residente. Você tem que se comunicar com o gestor, você tem uma equipe para se comunicar, você tem toda uma rede com a qual você tem que se comunicar.”

A lacuna de comunicação existente, muitas vezes, entre as instituições e os preceptores foi mencionada também nas entrevistas. O PM_36 relata: “[...] eu acho que, na verdade, teve pouca... Eu aqui na ponta... Não foi muito conversado, faltou um pouco de *feedback* e de acertar muitas as coisas com a instituição”. Sistematizar momentos de encontros avaliativos das práticas formativas nos cenários aparece como condição imprescindível, conforme pode ser visto na continuação do relato do PM_36, no qual expressa que sentiu falta:

PV_36: “Essa fala assim de quem vem para a gente? Quanto tempo vai ficar? A forma de que a gente vai ter que cobrar o horário, né? Ter uma coisa mais certinha. Mais um protocolozinho mesmo, para a gente seguir: Olha! Tem uma folhinha de ponto para você assinar, para ele, para o residente ter a responsabilidade do serviço também né?”

A respeito das informações quanto ao estágio, uma das ações que a ETSUS implementou para melhorar a identificação das práticas formativas por serviços, foi a

informatização de todo o processo de integração ensino-serviço da SEMUS dentro do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar que interliga toda a rede básica. Anteriormente, o monitoramento era registrado em instrumento interno da própria ETSUS, que encaminhava planilhas para os diretores dos serviços com as informações do nome/número de alunos, duração dos estágios etc. Ocorria que nem sempre as informações chegavam ao preceptor. Com o novo modelo de informatização implementado, tanto o preceptor quanto os demais profissionais do serviço conseguem visualizar todas as informações dos processos formativos que estejam ocorrendo.

Também se fez referência à comunicação dos preceptores com a estrutura de gestão da SEMUS. Em suas entrevistas, alguns profissionais reconheceram a ETSUS como uma instituição de apoio para diálogos. O PM_06 comenta que “[...] tem que ter essa ponte né? Essa comunicação, essa parceria com a ETSUS já existem né?”. Entretanto existem profissionais que ainda não conseguiram estabelecer esse vínculo. O PM_25 alega que “[...] então tem alguns desafios ainda nessa coisa da gestão, do apoio da gestão, da secretaria para isso [...] eu sinto muita falta disso na gestão de Vitória, porque tem coisas que são abordadas e muitas coisas que não são e, às vezes, eu me sinto pouco ouvida”.

Nesse ponto, a ETSUS tem feito uma reflexão quanto a estreitar laços com os preceptores, planejando encontros sistemáticos continuados entre os preceptores com a participação de representantes da ETSUS e das instituições de ensino.

Um dispositivo que aparece para o município no momento bastante contextualizado com a temática comunicação, se refere ao COAPES, que traz como um de seus objetivos favorecer o desenvolvimento de diálogos locais e, por fim, fazer o elo de comunicação com as esferas públicas nos seus diversos níveis. A ETSUS tem se reunido mensalmente com o grupo gestor local para a organização do COAPES, a fim de que este coletivo construa, junto com o município, as bases em que os contratos serão formalizados, conformando um fator importante para que todos os representantes do quadrilátero de formação, ao vivenciar o processo, também se constituam disseminadores dos processos de integração ensino-serviço.

5.1.4 Desafio da agenda para assistência e formação nos cenários formativos

O termo agenda apareceu com extrema frequência nas entrevistas realizadas. O PM_15 alega que “os campos práticos são de dificuldade, agendas pesadas, trabalho intenso e, muitas vezes, articular isso com a preceptoria realmente não é fácil, tem que ter muita força de vontade mesmo”.

Muito embora na Portaria Nº 1.127 de 2015, que institui as diretrizes para o COAPES, apareça o estabelecimento da gestão da carga horária como competência das gestões estadual e municipal, como forma de estimular a preceptoría e valorizar os profissionais de saúde, não tem sido fácil implementar na prática, principalmente pela demanda intensa de consultas médicas.

O PM_06 acrescenta “[...] tem que ter tempo, a gente tem que ter nosso tempo para estudar, o preceptor sozinho, né? Não é somente curso, também tem que ter um tempinho... igual ao ‘Mais Médico’ que tem oito horas livres para estudar; acho que a gente devia ter um tempinho de estudo para nós”.

A ETSUS tem buscado medidas junto aos diretores dos serviços que possibilitem flexibilizar a agenda dos profissionais preceptores médicos quando no acolhimento inicial dos internos/residentes, para realizar avaliação com o supervisor das instituições de ensino, dentre outros; entretanto, as discussões precisam amadurecer até que se consiga formalizar como diretriz para toda a secretaria.

Quando a preceptoría é para residentes, como estes são inseridos nas equipes, no CNES, e há o compartilhamento da agenda médica, contabilizando-se a produção desse residente para a equipe, nesse caso consegue-se um tempo maior para as consultas, facilitando a discussão dos casos. Entretanto, se o preceptor não tem residente na equipe (acolhe somente internos) e, ainda, se a unidade não tiver disponibilidade de salas, pode haver comprometimento da formação dos alunos e, também, afetar o atendimento dos usuários, no que se refere ao cumprimento do horário.

O PM_08 descreve que “[...] nem sempre dá tempo de a gente discutir. Não temos tempo de consulta pra poder discutir as condutas, muitas vezes, né? Isso é discutido durante a consulta, a coisa se dá durante a consulta.”

Nas diretrizes para a configuração de agenda nas unidades de saúde da SEMUS, no item - parâmetros de atividades por categoria profissional -, as agendas dos médicos da ESF (40 h) são marcadas a cada 20 minutos,⁵ ocupando 34 horas semanais do total da carga horária. O PM_08 complementa “[...] pra gente discutir [...] a prefeitura não dá esse tempo. É dentro do tempo de consulta e vire-se. O outro paciente já está te esperando”.

⁵ Segundo as diretrizes para configuração da agenda do médico da ESF no município de Vitória, as consultas de pré-natal, consulta ginecológica com coleta de preventivo e consulta de saúde do idoso com avaliação funcional são agendadas a cada 30 minutos, enquanto a primeira consulta de recém-nascido tem agendamento a cada 40 minutos.

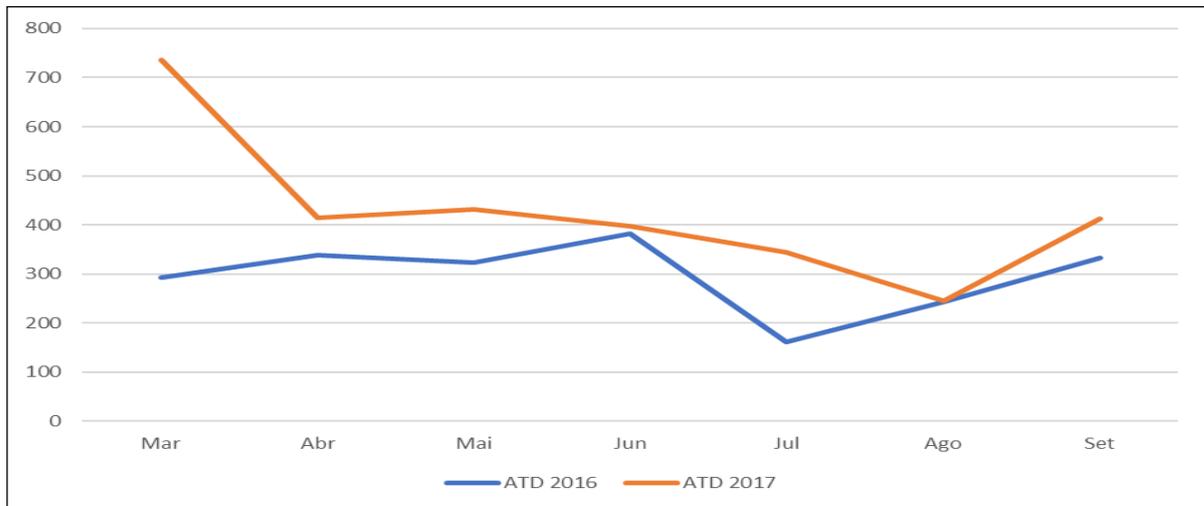
5.1.5 Contribuições advindas com as práticas formativas

O reconhecimento, por parte dos profissionais médicos, de que os processos formativos trazem diversas vantagens para os serviços foi relatado nas entrevistas. A literatura apresenta que as residências têm trazido mais qualidade e fixação dos quadros próprios. O PM_25 fala que “[...] quando a gente tem ali um aluno, te observando, perguntando para você - por que você está fazendo isso - não só do profissional médico, mas de toda a unidade, eles querem saber o motivo das coisas, então a coisa começa a funcionar melhor [...]”.

Lucena, Sarti e Farias (2017),⁶ ao realizar levantamento interno em 2017, comparando a produção de atendimentos (ATD) em uma equipe de UBSESF antes e após a inserção da RMMFC da Universidade Federal do Espírito Santo nos cenários do município, encontraram que a inserção de um R1 na equipe do preceptor já aumenta consideravelmente o número de atendimentos gerais (consultas clínicas, de demanda, pré-natal, visitas domiciliares, puericultura e puerpério), quando se compara o mesmo período de atendimento no ano anterior à inserção da residência. A análise revelou que o aumento no tempo de consulta do médico, para que possa realizar a preceptoria, sempre que o residente é inserido na equipe, não impacta em diminuição da produtividade da equipe. Ao contrário, é possível manter o padrão de consultas aumentadas.

⁶ Levantamento interno Residência de Medicina de Família e Comunidade - UFES, Vitória, 2017 (não publicado).

Gráfico 1 Comparação do número de atendimentos antes e após inserção RMFC em uma UBSESF 2016/2017



Fonte: Lucena et al. (2017).

Vale lembrar que, do mesmo modo que a academia não deve utilizar o serviço apenas como local de estágio para cumprir as Diretrizes Curriculares Nacionais, também o serviço não pode ver o estudante/residente apenas como “mão-de-obra”. Amoretti (2005) pontua a necessidade de incorporação de práticas que representem a humanização da formação como um dos modos de formar o novo profissional médico. É necessário que o serviço de saúde compreenda que os residentes, naquele espaço formativo da atenção básica, têm como meta desenvolver uma prática médica diferenciada, que os tornem, como denominam Anderson, Gusso e Castro Filho (2005, p.61), “especialistas em integralidade”.

Com relação à presença dos residentes de MFC nos serviços, O PM_18 referiu que “[...] os pacientes gostam muito deles (residentes), que eles têm mais paciência, as consultas eu acho que duram mais, discutem com o preceptor em volta, acho que deu um impacto positivo”. Este relato também é corroborado pelo PM_35:

PM_35: “Eu acho que os alunos, na unidade, eles davam um dinamismo no trabalho, eles abraçavam várias coisas ao mesmo tempo, a gente via que as coisas aconteciam, grupos, essa coisa toda existia mais, era mais pessoas, gente jovem tem mais energia para isso”.

Vetis e Dalla (2015) realizaram levantamento interno⁷ quanto aos encaminhamentos feitos por profissionais de uma equipe vinculada a um programa de residência médica no cenário de uma USBESF da SEMUS. Analisaram um período de seis meses de atuação da RMFC de uma instituição filantrópica (que mantém formalização de práticas de integração

⁷ Levantamento interno de encaminhamentos por um período de seis meses de atuação na USF Praia do Suá – RMFC EMESCAM, Vitória ES. dez. 2015 (não publicado).

ensino-serviço com o município de Vitória). O total de encaminhamentos foi de 111 (tanto para médicos especialistas como para não médicos) em seis meses. Considerando-se apenas os encaminhamentos médicos, representou em torno de 9% do total dos atendimentos no período.

Anderson, Gusso e Castro Filho (2005) assinalam que proporcionar resolutividade de cerca de 85% dos problemas de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde está entre os objetivos da MFC. Sendo assim, o levantamento demonstrou que tal processo formativo contribui para a melhoria e resolutividade nos atendimentos aos usuários assistidos naquele serviço de saúde. É preciso apontar a contribuição na intensificação da educação permanente que as residências têm fomentado nos serviços de atenção básica com relação à organização do processo de trabalho e à gestão da clínica.

5.2 CONCEPÇÕES DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO COTIDIANO DE TRABALHO

Ao serem realizadas as entrevistas com os 37 médicos foram sendo reveladas algumas formas identitárias que permitem delinear quem são esses médicos: a identidade considerada como essência, também entendida como possibilidade de igualdade ou como critério convencional. Observa-se que a identidade do médico da atenção básica, ao atuar como preceptor, enquanto função assistencial e de ensino, é uma construção. Dubar (1997) ensina que a construção da identidade profissional é um processo, o qual considera a constituição que o formou, bem como as instituições com as quais este interage.

5.2.1 Identidade do médico da APS/AB por ele mesmo

Percebe-se que a maioria dos profissionais das USF que foram entrevistados se identifica com o trabalho médico da ESF. O PM 22 explicita que “[...] o médico de família é diferente do clínico geral, o médico de família, ele lida com o grupo da família [...] Eu meio que me misturo na família, então eu tenho que ser um pouco diferente”. Na mesma linha, o PM_11 manifesta que “[...] eu acho que o legal da unidade básica, da medicina de família, é você conhecer a família como um todo [...]”. E, ainda complementa com relação à saúde da família: “[...] é tratar o paciente não como uma doença, mas como uma pessoa, que faz parte dessa comunidade, que tem família, e que no momento pode estar precisando de uma ajuda de especialista, mas não só”.

Romano (2018) explica que a identidade profissional do médico generalista está em construção, talvez em crise, uma vez que convive com modelos tradicionais dentro de um contexto que lhe solicita uma postura essencialmente criativa. Seguindo a tendência das equipes de Saúde da Família no Brasil, que, em sua maioria, são formadas por médicos sem especialização ou residência médica, no município de Vitória, no contexto atual, não se exige formação específica para contratação de médico para atuar na ESF.

A Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) define o médico de família como “aquele responsável por proporcionar atenção integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, no contexto da família e da comunidade de que faz parte, podendo mobilizar para isto outros profissionais da saúde” (ALLEN, 2005, p. 15).

Na prática da integração ensino-serviço do município, entende-se como médico de família o especialista que tem residência em MFC ou possui título de especialista em MFC. Na amostra avaliada encontrou-se que cerca de 24% dos médicos são especialistas⁸ em saúde da família (9/37 médicos). Destaca-se que mais de 80% dos profissionais têm algum tipo de especialização, sendo que mais da metade destas, é em medicina de família e comunidade, saúde pública ou saúde coletiva. Apesar de a maioria não ser especialista, os médicos que atuam na APS/ESF do município se reconhecem como tal.

5.2.2 Identidade do médico da atenção básica com relação aos pares

No campo da prática profissional revela-se, ao fazer a análise das entrevistas, um sentimento de desvalorização do trabalho do médico da atenção básica, em sua maioria generalista, tanto pela corporação médica, quanto por parte por parte da instituição de ensino, bem como pela Secretaria de Saúde.

O preceptor 22 revela o sentimento de desprestígio em relação aos pares quanto à escolha da carreira “[...] quando a gente entra no CRM, se sente um estranho... Somos médicos como todos que estão ali, mas se falamos que somos médicos de família é como se você não fosse um nada, é um preconceito, é como se fosse nada.”

Ao se comparar o trabalho do médico da atenção básica com os de outras especialidades, a literatura tem corroborado a tendência de se considerar aquele como algo de menor valor socioprofissional: “[...] não consideram esse caminho uma via de opção, mas, na verdade, um caminho de quem não tem condições de fazer outra escolha” (FRANCO de SÁ,

⁸ O número de médicos de família e comunidade no Brasil ainda é pequeno, menos de 2% do total de médicos (AUGUSTO et al., 2018, p. 4.)

2005, p. 05). Nesse aspecto, a autora também faz referência às instituições de ensino que, em virtude dos professores renomados, ou em virtude dos valores veiculados, privilegiava o prestígio profissional, a meritocracia, o conservadorismo e o pragmatismo, o individualismo e os desafios intelectuais (FRANCO de SÁ, 2005, p. 244).

Sobre este apontamento, o PM 17 manifesta “[...] as instituições de ensino deviam se aproximar dos profissionais” (das unidades de saúde). O que também vai ao encontro do que expressa o PM 14:

PM 14: “A instituição de ensino ela tem que valorizar o profissional médico, tem que saber a importância do profissional, porque, às vezes, a instituição de ensino ela pensa que o que o médico colega que tá lá na atenção básica, ele não tem a mesma capacidade que o professor. A gente não é professor, mas está exercendo uma função importante. Então tem que valorizar o profissional médico que atua na ponta como alguém importante...Tem que enxergar esse profissional como fazendo parte importante desse ensino”.

Franco de Sá (2015) discorre sobre o papel desempenhado pelas escolas médicas, pois, além de serem transmissoras do saber técnico, são socialmente definidas como “guardiãs” de valores e normas fundamentais na consolidação da identidade profissional, bem como na escolha da carreira, ratificando a importante missão das instituições de ensino na socialização profissional médica, ao promover escolhas de acordo com o perfil de médico necessário ao país.

Não se pode desconsiderar, entretanto, na constituição deste espaço social, as pressões e as ideologias do mundo corporativo e profissional, que fluem para dentro da instituição formativa e, desse modo, a construção do paradigma da transformação do ensino médico não se mostra tão simples (ROCHA, 2018, p. 153).

Bursztyn (2015) enfatiza que as IES moldam as possibilidades de desenvolvimento do estudante com vistas à formação profissional, enquanto os sistemas e serviços de saúde moldam o modelo da prática médica.

Encontrou-se também, da parte dos profissionais entrevistados, o sentimento de pouco reconhecimento por parte da secretaria. Quanto à percepção de falta de iniciativas de retorno da SEMUS, que considere os méritos dos profissionais médicos atuantes como preceptores, o PM_13 refere que “[...] poucas coisas que se oferecessem para os médicos que estão aí de já muito tempo que, querendo ou não, fazemos com que a saúde de Vitória também seja boa, nós não temos quase retorno nenhum, nem reconhecimento”. O PM_05 revela que “[...] o profissional que está aqui há muitos anos, que tá como preceptor, tentando fazer outras coisas, eu acho que a prefeitura tinha que ter uma porta de voz mais exclusiva [...] a gente fica muito ao deus dará”.

5.2.3 Identidade do médico da APS/AB em relação à área de abrangência

Outrossim, os médicos de família atribuem sentido ao seu trabalho, tomando em conta o desenvolvimento de vínculos com a comunidade e o sentimento de reconhecimento e de valorização pelos seus pacientes. O PM_22 traduz essa relação como:

PM_22: “[...] Eu não só passei a ser referência para aquela família como ... ‘vai lá que a Doutora sabe e que ela vai te dar pelo menos uma orientação’, passei a ser referência. Talvez não para resolver o problema em si, mas para dar um guia, um norte. [...] Eu percebi isso, me orgulho muito disso, eu me emociono, porque eu consigo perceber que eu faço diferença na vida de alguém e daquelas pessoas.”

Os profissionais médicos consideram que, para ser preceptor, é indispensável o estabelecimento de relações de confiança com os usuários do serviço e a comunidade. O PM_05 demonstra compreender a importância desse vínculo, ao refletir que:

PM_05: “Se ele (o profissional médico) começar a ser preceptor de um aluno num território que ainda não conhece direito, que ele não tem ainda uma convivência com a comunidade, não tem uma aceitação ainda boa ... eu acho que ainda não seria o ideal, ele teria que ter um mínimo ainda de tempo de atuação ali.”

No material analisado também foi possível perceber o desvelo do profissional médico quanto ao papel do usuário da atenção básica no processo de formação do aluno/residente. O PM_13 aponta “[...] o paciente também tá se expondo e não tem nenhum tipo de retorno para comunidade em relação a isso, então eu acho que isso também é relevante”.

Sobre esse reconhecimento da legitimidade do usuário no processo de integração ensino-serviço percebido nos discursos analisados, compreende-se, como diz Rego (2011, p.45), que “o afeto é o motor e a energia inseparável da estrutura cognitiva” e a integração de ambos resulta na concepção da competência moral tão importante para contribuir com a formação ética e moral dos estudantes. O autor explicita que há uma potência transformadora nos ambientes formativos, oriunda desse movimento de desenvolver o reconhecimento da legitimidade também para com os demais parceiros durante o processo educativo.

O PM_13 pontua a importância da equipe nos processos educativos: “[...] então o que eu posso oferecer para ter mais o apoio deles e fazer alguma coisa que traga essa equipe ... e que eles reconheçam que também têm algum benefício [...]. Acho que isso é um desafio”. Estabelecer diálogos nos colegiados locais, bem como momentos de educação permanente, tem sido algumas das ferramentas que têm favorecido para que toda a equipe se identifique como coparticipante e contribua com os processos formativos.

5.2.4 Identidade do profissional médico enquanto ensina: sou professor ou sou médico da assistência

Para o médico da atenção básica, a preceptoria é novidade; é uma coisa a mais, por fora da construção do itinerário da carreira (FEUERWERKER, 2011, p.31). Pode-se notar um dilema na fala dos preceptores quanto ao exercício simultâneo da função assistencial e da preceptoria, principalmente para a graduação, no cotidiano de trabalho desses profissionais; percebe-se a dualidade quando assume o compromisso com a formação dos estudantes. O PM_02 revela:

PM_02: “[...] Então o preceptor ele atua ali como professor, como uma pessoa que tá ensinando, mas num ambiente no local, não dentro de uma instituição de ensino, no local de atuação. É um desafio eu tentar entender se eu estou sendo uma boa profissional e uma boa professora, se o que eu estou passando, o que eu estou transmitindo tá chegando a esse aluno.”

Já o PM_22 considera que “não é bem o professor, mas também é alguém que tá ensinando mais a parte prática, o dia a dia, o lidar com o paciente, o delicado, o dia a dia daquela profissão”.

Os entrevistados manifestaram algumas tensões em suas reflexões quanto ao impacto que essa atuação dual pode reverberar em prejuízo para a assistência aos pacientes, bem como para a formação dos estudantes, como pode ser observado no relato do PM_09 “[...] a gente se afasta um pouco, porque, se a gente ficar perto, o paciente não se reporta ao aluno ele, se reporta a você [...] não é fácil, nem para a gente nem para o paciente”. O profissional ainda acrescenta:

PM_09: “[...] Eu não tenho, por exemplo, um tempo protegido para sentar com meus alunos e fazer uma discussão de caso, fazer uma educação permanente com eles, eu não tenho tempo protegido para essas questões, porque eu sou funcionária da Secretaria, então eu respondo por minha produção né? Compromisso com números, com cumprimento de metas, com controle numérico de tudo né? Porque passa pelo controle numérico. Eu tenho x grávidas, eu tenho que cumprir aquilo ali. É uma questão de qualidade na assistência, não só pelo número.”

A afirmação dessa angústia em como dar conta da formação enquanto faz assistência com a mesma previsão de tempo constituiu fator muito relatado pelos profissionais entrevistados. O PM_16 também retrata essa apreensão “[...] temos que respeitar o horário do paciente, também tentar resolver o problema do paciente, quer ensinar pro aluno fica muito sufocante assim”. Esse preceptor ainda desabafa “[...] ficam muitos assuntos pendentes eu tenho uma listinha lá de coisas já para conversar com eles que não dá tempo, porque o

paciente tá ali na porta, a gente tá atrasado já 20 minutos, 30 minutos, 40 minutos e isso complica”.

Um dos desafios da integração diz respeito a como as práticas de ensino podem acontecer sem prejudicar o acesso à população aos serviços. Garcia et al. (2018) propõem redução das metas assistenciais e do tamanho da população das equipes da ESF para viabilizar períodos dedicados a atividades de educação permanente e pós-graduação para os preceptores dos residentes nas equipes de ESF. Os autores recomendam a previsão das atividades de ensino na jornada de trabalho, bem como flexibilidade na agenda de trabalho para que possa ser compatível com as atividades assistenciais e de ensino. Outro desafio que não se pode desconsiderar é a persistência ainda do modelo baseado na assistência. O PM_10 justifica que não buscou a preceptoria, porque:

PM_10: “[...] Eu tenho agenda lotada, porta lotada, os pacientes eu sempre tenho que atender a mais, tenho que fazer alguma coisa, os pacientes que entram, muitas vezes, têm inúmeras demandas, é uma coisa infinita [...]. Eu não sei como faria isso (a preceptoria)”.

Identifica-se também no discurso dos participantes, que essa relação com a educação, entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, proporciona reconfiguração no processo de trabalho, trazendo novos sentidos às experiências do cotidiano no contexto produtivo das unidades de saúde.

Neste sentido, Coutinho et al. (2007) pontuam que se busca reconfigurar os processos identitários advindos das experiências laborais, de modo que se articule alguma continuidade na mudança. Os autores levam a compreender que “[...] é a continuidade da busca pela construção de uma biografia que tenha e faça sentido, para o próprio sujeito e para o mundo em seu entorno” (COUTINHO et al., p. 19).

A preceptoria aparece nas falas dos preceptores como um modo de lidar com os conflitos e as pressões do sistema. O PM_31 revela que “[...] acabamos criando um vínculo com os pacientes que é um vínculo que extrapola e isso na saúde da família é desgastante. Com aluno conseguimos dar mais fluidez nisso, então esse é um fator que é muito positivo”. Já o PM_12 expõe que “[...] eu não me vejo mais viver sem o processo da preceptoria, eu não consigo não.” O profissional completa ainda que “[...] essa vivência de estar sempre com jovens, a gente tem outro ritmo de vida, a gente conhece coisa todo dia, todo dia uma novidade, cada um é diferente [...]”.

Castells (2014), analisando a preceptoria na MFC, referiu que a tensão entre as atividades de preceptoria e a do especialista traz consequências na construção da identidade

do profissional médico-preceptor. A autora encontrou um sentimento de perda de referência quando o preceptor transita entre ambas identidades.

5.2.5 Influência do médico da APS/AB na identidade do aluno

Ainda com relação processos identitários construídos, o ensino no cotidiano da relação ensino-serviço em cenários reais de prática é atividade essencial à formação da identidade e à capacitação profissional.

Norman (2013) refere que o contato do aluno de graduação com profissionais da área ou especialidade de MFC durante seu processo de formação (tanto no ambiente universitário como na prática das unidades de saúde da família) favoreceria a criação de uma identidade profissional vinculada à APS/ESF e à MFC. Nas falas dos profissionais entrevistados destaca-se o reconhecimento da importância do preceptor no processo de formação da identidade profissional dos aprendizes enquanto estes se apropriam e reproduzem as experiências vivenciadas, tendo como modelo o preceptor da atenção básica.

Segundo Dubar (1998, p. 108) “a construção da identidade se faz na articulação entre os processos biográficos com os processos relacionais ou identidade herdada e identidade visada”. O autor ressalta ainda que os acontecimentos mais importantes para a identidade social são a saída do sistema escolar e o confronto com o mercado; enfatiza que estes constituem, atualmente, um momento essencial na construção da identidade profissional de base. Neste sentido, o PM 09 manifesta: “[...] enche o coração você ver o aluno falando assim: eu acho que até quero fazer medicina de família de tanto que gostei. Isso é muito gostoso; eu acho que só o professor tem acesso a esse tipo sentimento”.

Dubar (2011, p. 26) explica que os pontos fortes na formação da identidade médica durante o estágio teriam como base a reflexividade a partir dos pacientes considerados em sua dimensão humana, o reconhecimento do estagiário pelo tutor e a identificação ou admiração do tutor pelo estagiário. Na mesma linha, o PM 12 externaliza “[...] tem que continuar plantando a sementinha. Eles têm que ver o lado bom nosso, da Medicina, do gostar da Medicina, de amar a ciência, de gostar do paciente, de fazer tudo bem feito, para eles poderem também se sentir estimulados a fazer bem feito”.

Nestes encontros de aprendizagem entre o preceptor e o residente (e que também pode ser aplicado ao preceptor/interno), segundo Dallegrave e Ceccim (2018), existe algo que se poderia chamar de ética do acompanhamento, onde ocorre uma relação permeada pela ética da amizade, muitas vezes mediada por conflitos, outras, por admiração mútua ou, ainda, uma

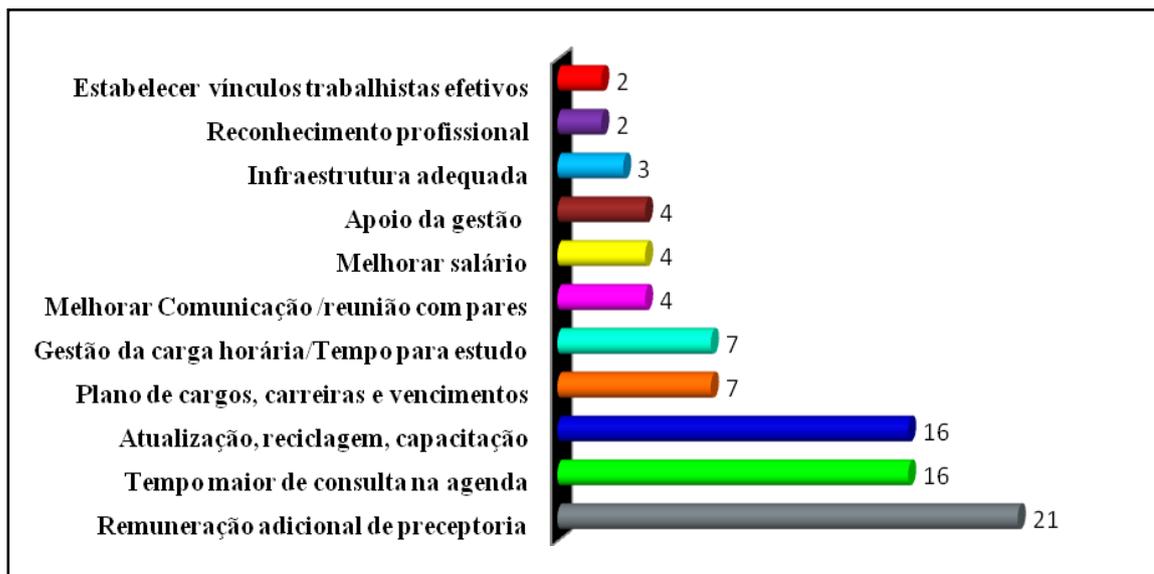
relação apaixonada, de amizade, com possibilidades de produzir novos sentidos para o cotidiano de saúde.

Rocha (2017, p.151) alerta que a construção social se dá a partir do mercado e do individualismo como modelo de inserção no processo de ensino-aprendizagem. O autor aponta para a lógica de organização mercantilista das práticas de saúde, que são caminhos apontados como “mais atrativos” para a futura vida profissional dos estudantes. Os entrevistados identificam que a interação preceptor e estudante no contexto da unidade de saúde contribui para a construção da identidade do aprendiz na medida em que formas de ação e de relações com os outros vão sendo incorporadas por este.

5.3 POTENCIAIS MOTIVAÇÕES PARA A PRECEPTORIA MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Considerando que o maior desafio do ensino clínico nas unidades de saúde da atenção básica ou de saúde da família é a garantia de preceptores (BORGES, 2015), foi perguntado aos profissionais médicos participantes o que sugeriam como fatores de incentivo tanto por parte da secretaria de saúde quanto pelas IES para que houvesse interesse de profissionais médicos das USF em participar da preceptoria. Nas tabelas abaixo, verifica-se a ordem de frequência em que os fatores são apontados.

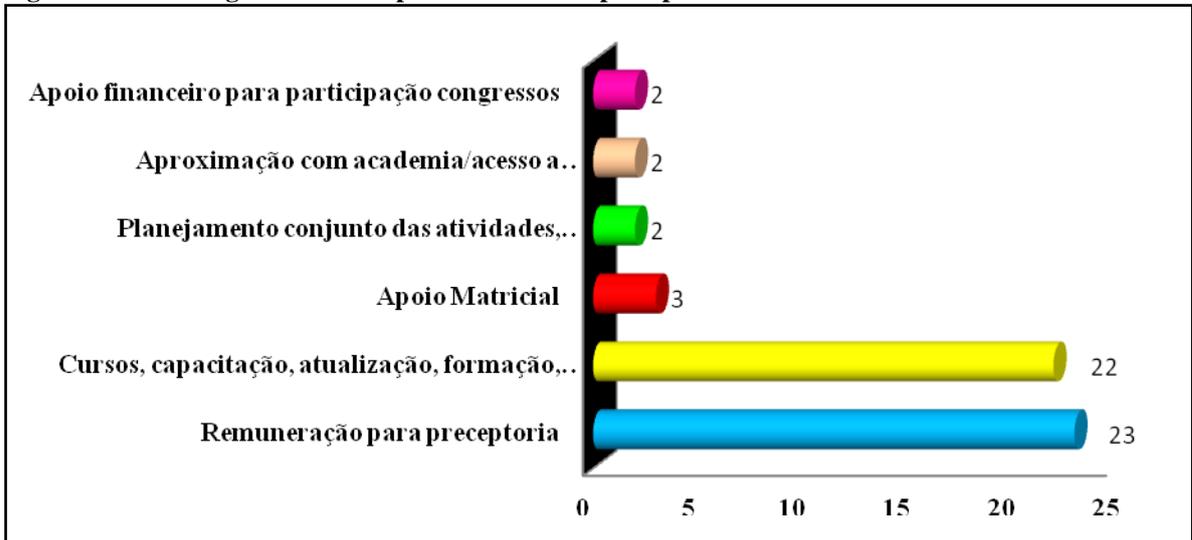
Figura 8 Fatores sugeridos à Secretaria de Saúde de Vitória para incentivar a preceptoria médica



Fonte: Elaboração própria.

A remuneração para a atividade e a formação profissional aparecem como os mais citados, sendo que o fator “tempo maior para consulta” se equiparou em segundo lugar com o fator “formação” no que se refere à recomendação para a Secretaria de Saúde.

Figura 9 Fatores sugeridos às IES para incentivar a preceptoría médica



Fonte: Elaboração própria.

A despeito de comparecerem motivos, tais como: disposição para transmitir conhecimento, gostar de ensinar, manter laços com o meio acadêmico, manter-se atualizado, a remuneração se destaca nos discursos dos entrevistados como o maior fator a motivar o profissional a aderir à preceptoría tanto por parte da secretaria como por parte das IES.

Aguiar et al. (2017) encontraram que a ausência de remuneração, de plano de cargos, precariedade de vínculo são fatores dificultadores para recrutamento de novos preceptores e de permanência daqueles que têm perfil e experiência nos estudos sobre preceptoría em programas de residência no Brasil e na Espanha.

O PM_20 indica com relação ao que poderia motivar os profissionais: “[...] acho que deveria ter algum incentivo, não só financeiro, que eu acho que tem que existir. Entender que talvez as consultas elas vão ser mais longas, então não ter essa pressão de número de atendimento”. Esse discurso também é corroborado pelo PM_18, que confessa: “[...] eu acho que tem que ter alguma coisa para motivar. Porque não é só vontade de ser (preceptor). Alguma coisa a mais e o financeiro é o que todo mundo precisa. Ninguém trabalha só porque gosta. A parte financeira ajudaria muito.”.

A questão do recebimento de bolsa pelo exercício da preceptoría já teve muitos questionamentos administrativos por parte dos entes públicos. No entanto, desde o Programa PET Saúde, que formalizou o recebimento de bolsa por preceptores atrelada ao

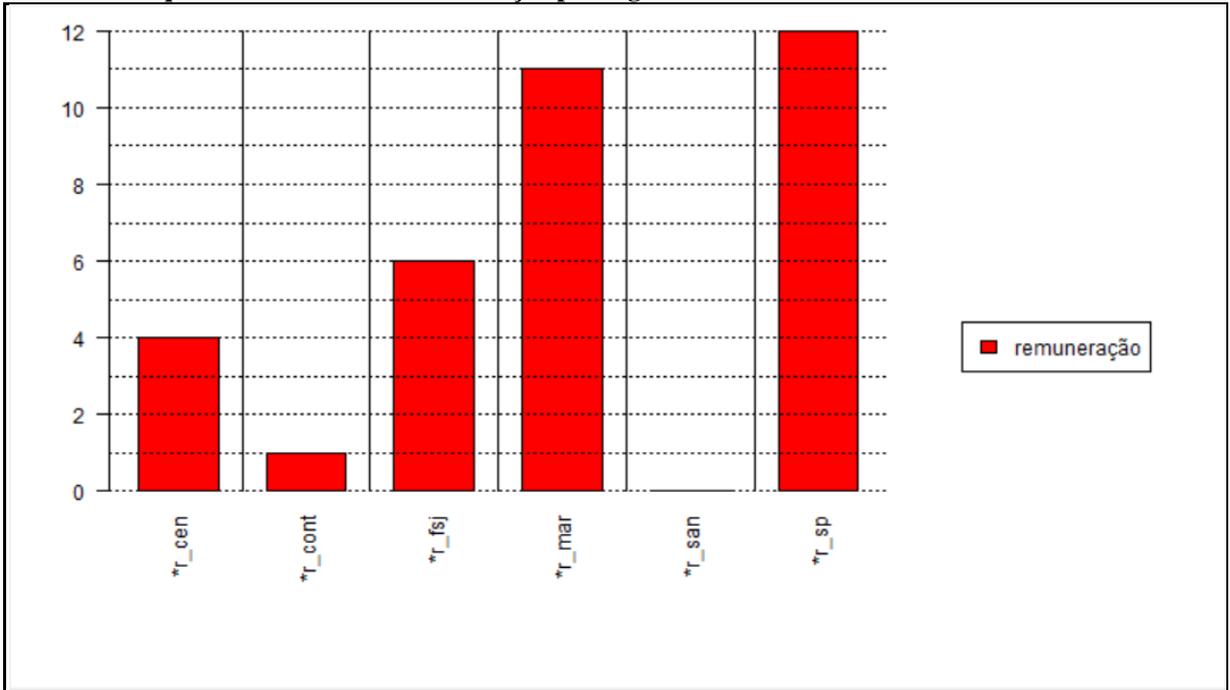
desenvolvimento de projetos de integração ensino-serviço, a questão ficou aparentemente mais clara e com mais subsídio. Inclusive, a Lei 12.871 (Lei do Mais Médico), em seu artigo 27, trata da concessão de bolsa para atividades de preceptoría, reforçando a legalidade de tal instrumento.

A Portaria Nº 1.127 de 2015 (COAPES), com relação à valorização da preceptoría, aponta que deve fazer parte da formalização do contrato (entre os entes) a definição como sendo de competência das IES e dos programas de residência o fomento de ações de valorização e formação voltada para os preceptores, tais como a inclusão em pesquisas (como pesquisadores), a certificação da atividade de preceptoría, o apoio à participação em atividades como cursos, congressos etc. Também deve estar descrito como sendo de competência das secretarias de saúde que façam parte do contrato: estimular a atividade de preceptoría mediante sua inclusão nas políticas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de medidas como gestão de carga horária.

Vitória caminha na direção da formalização desse contrato e no desafio de definição das contrapartidas, buscando, dentre outros, previsões legais e mecanismos de sustentabilidade que possibilitem repasses de bolsas preceptoría equanimente para preceptores das regiões de IES privadas, filantrópicas e públicas. Tensões têm ocorrido para se fazer a lotação de potenciais preceptores nas USF de regiões que atendam a IES pública, por não haver previsão de bolsas, ou existirem apenas bolsas relacionadas à participação nos projetos PET, cujos valores são bem aquém dos oferecidos pelas demais instituições de ensino privadas e filantrópicas. Estas repassam diretamente bolsas para preceptores médicos, o que contribui para perdurar o conflito.

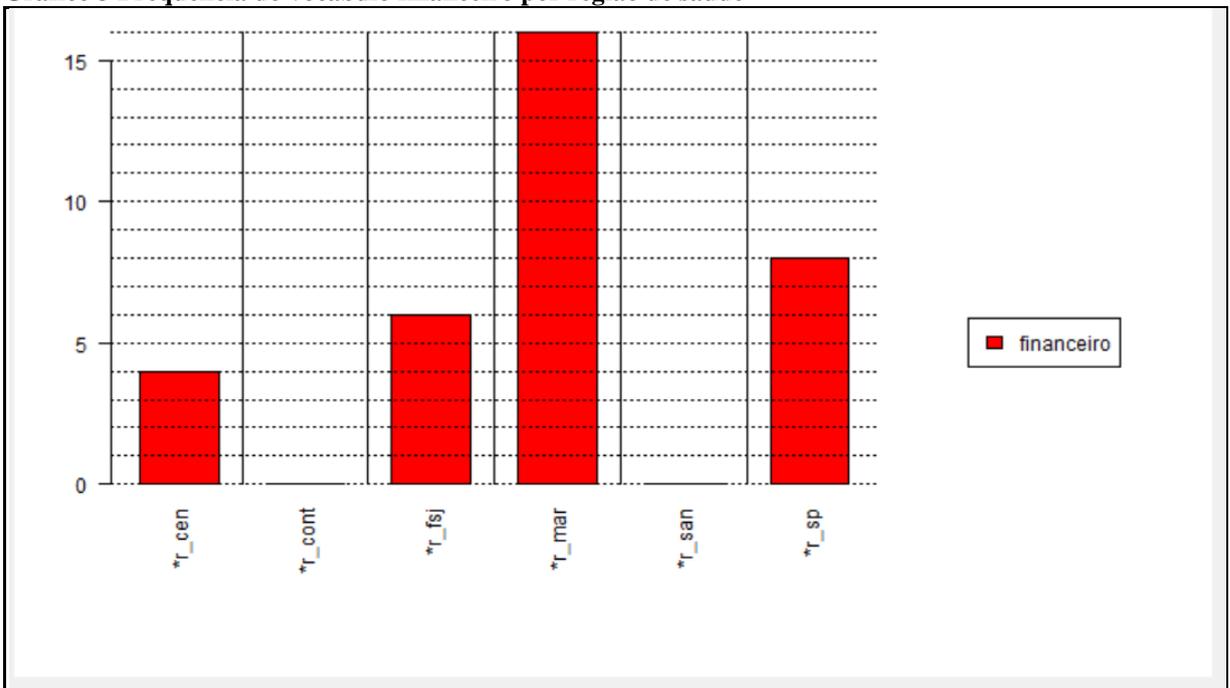
Foram analisadas a frequência das formas (vocábulos) relacionados aos fatores de incentivo mais citados nas entrevistas por regiões. Observou-se que a região de Maruípe, cenário de prática da universidade federal, teve destaque com relação à financeiro, salário, valorização, formação e tempo; enquanto a região de São Pedro se sobressaiu na frequência de remuneração, capacitação e agenda, como pode ser observado nos gráficos abaixo, em que *r_cen se refere a região central, *r_cont à região continental, *r_fsj – à região forte, *r_mar à região maruípe, *r_san à região santo Antônio, *r_sp à região são pedro:

Gráfico 2 Frequência do vocábulo remuneração por região de saúde



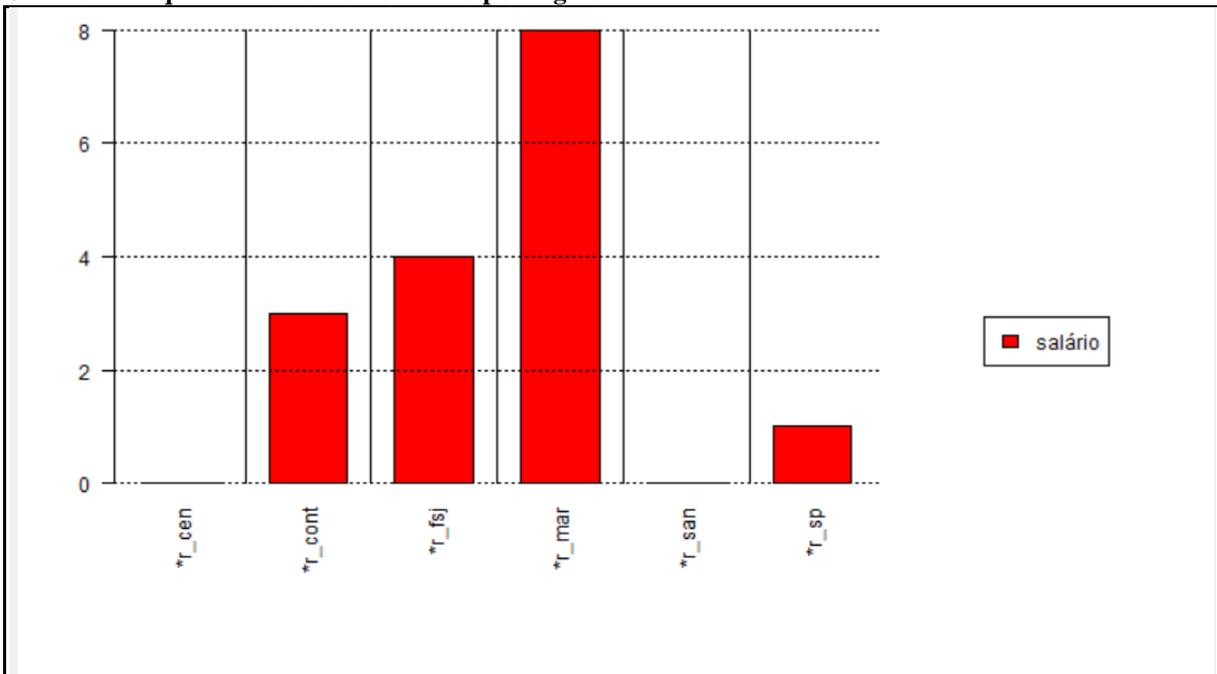
Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 3 Frequência do vocábulo financeiro por região de saúde



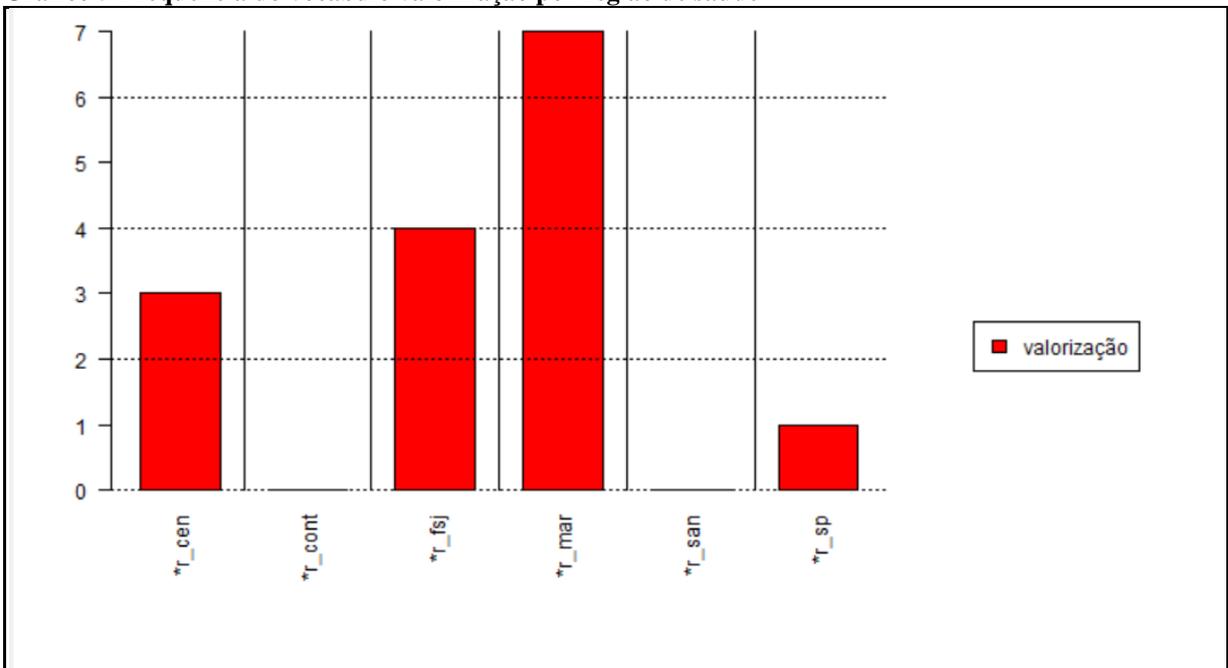
Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 4 Frequência do vocábulo salário por região de saúde



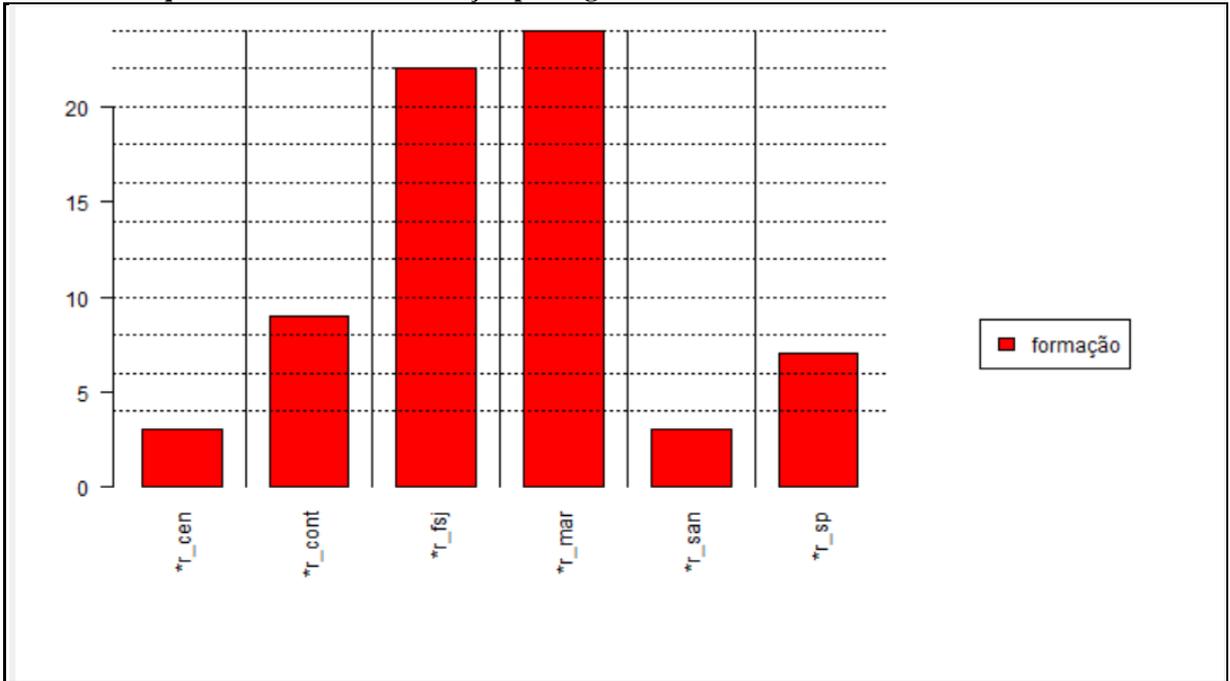
Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 5 Frequência do vocábulo valorização por região de saúde



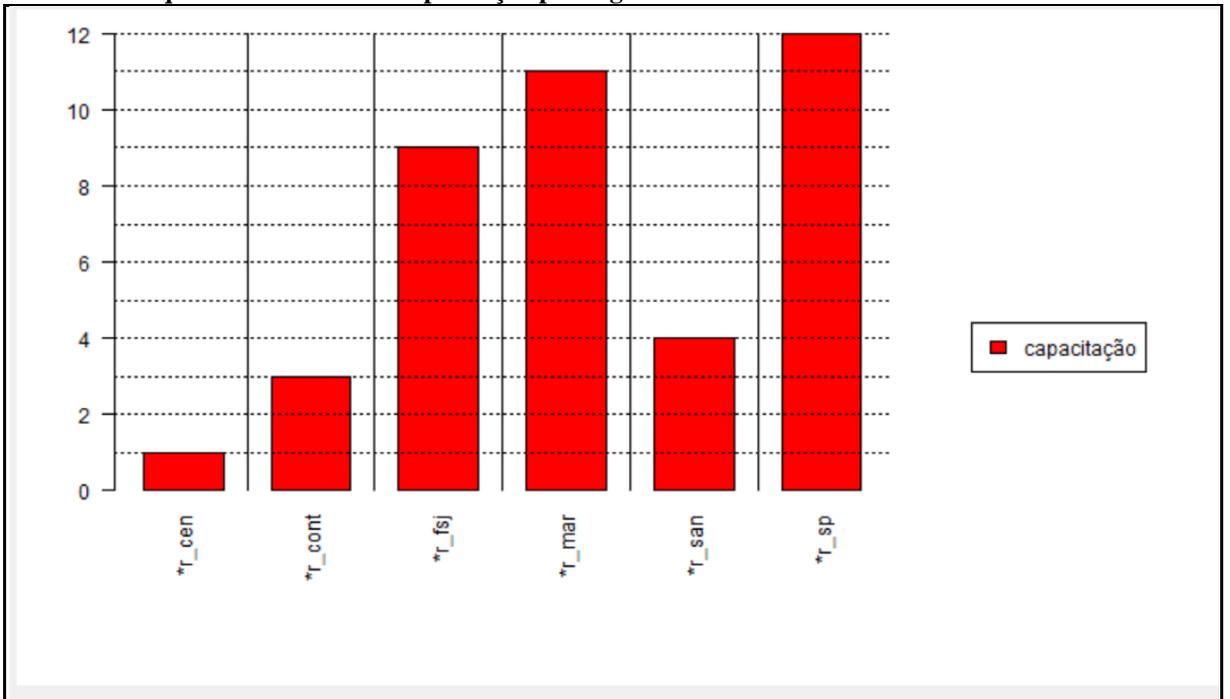
Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 6 Frequência do vocábulo formação por região de saúde



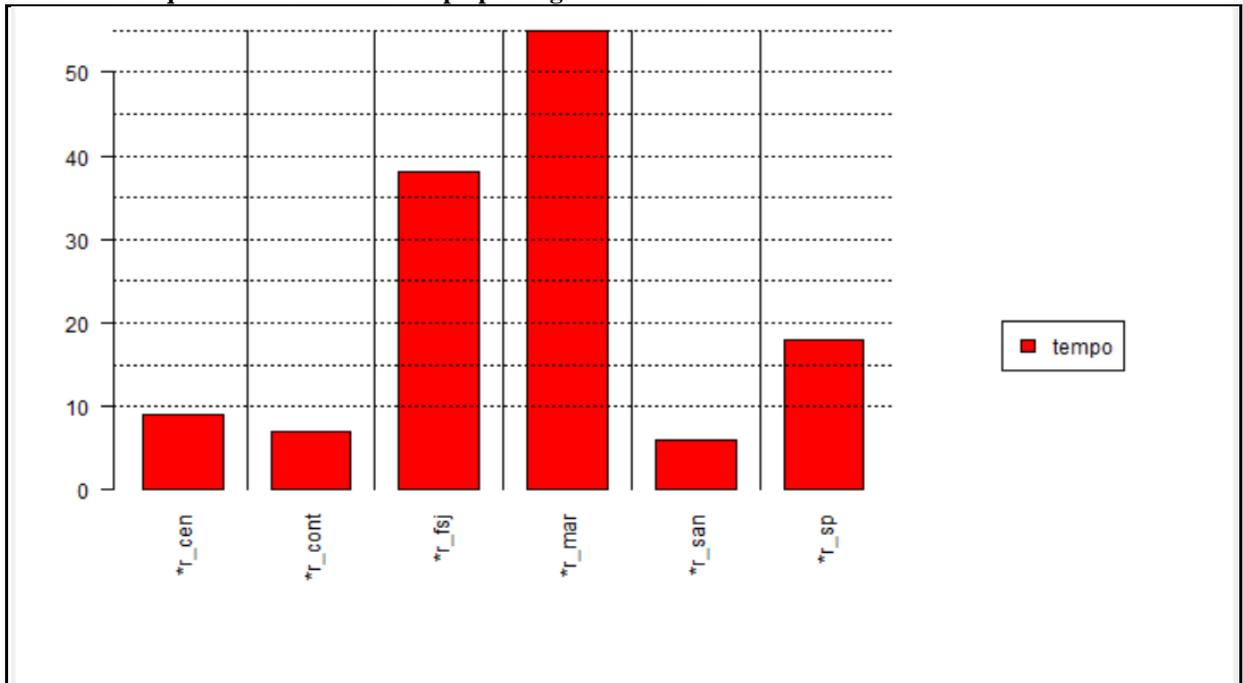
Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 7 Frequência do vocábulo capacitação por região de saúde



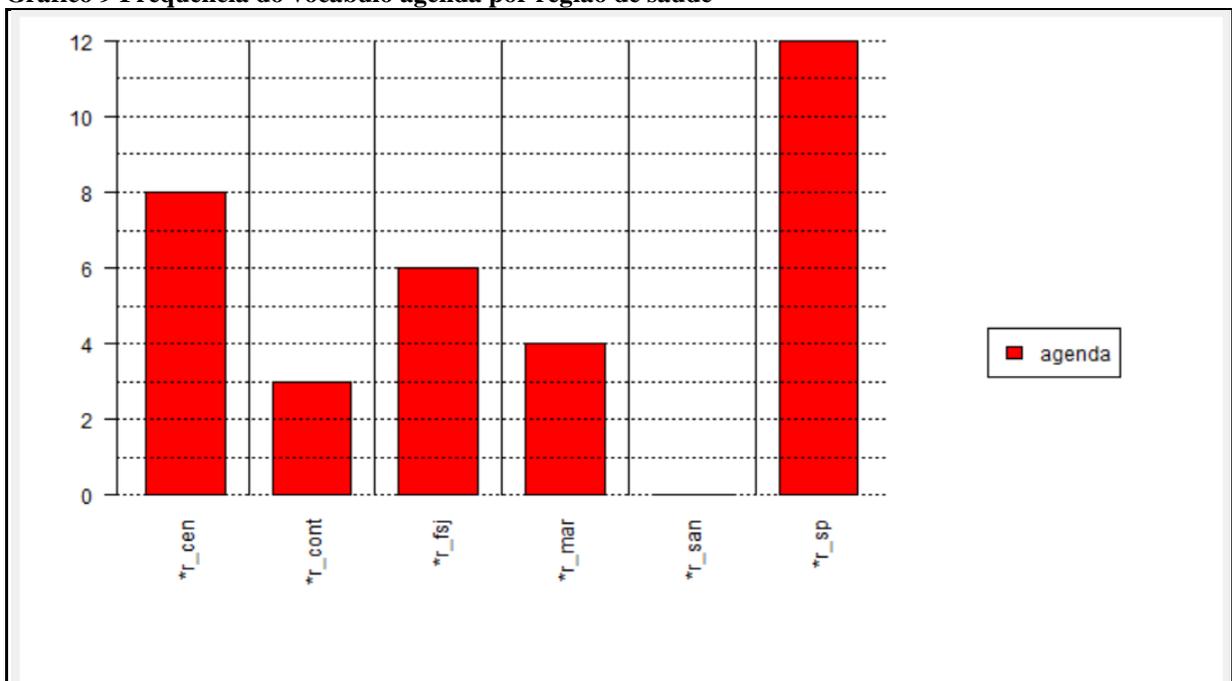
Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 8 Frequência do vocábulo tempo por região de saúde



Fonte: Software Iramuteq (2014).

Gráfico 9 Frequência do vocábulo agenda por região de saúde



Fonte: Software Iramuteq (2014).

Não se pode deixar de ressaltar que, dentre os fatores encontrados e/ou alegados pelos 10 profissionais médicos da amostra, que não fazem preceptoria na APS/AB, estão: recém-formados, unidade de saúde não ter capacidade instalada para receber estudantes/residentes, percepção de falta de tempo compatível para a função de preceptoria na agenda de

atendimento, falta de formação/capacitação para preceptoria, carga horária incompatível com a necessária para acolher internos/residente.

6 CONCLUSÕES

As análises realizadas buscaram identificar quais fatores promovem adesão ou não à preceptoria, considerando-se as respostas dos profissionais médicos vinculados às Unidades de Saúde da Família do município de Vitória, a fim de que o processo de integração ensino-serviço para graduação e pós-graduação possa ser efetivado na rede básica.

Na percepção dos entrevistados, a remuneração adicional por preceptoria, as capacitações e o tempo maior para atendimento na agenda dos profissionais foram os três fatores mais importantes, capazes de incentivar médicos a aderirem ao processo da preceptoria.

Conforme já discutido, ao apontar para um ensino centrado na APS, documentos mais recentes indicam a formação de preceptores como fundamental para constituir redes SUS-escola. Esses textos orientam também para a valorização da atividade de preceptoria por meio de medidas, como, por exemplo, incentivos para a qualificação profissional, a progressão funcional ou na carreira, a inclusão em pesquisas (como pesquisadores), a certificação da atividade de preceptoria e a gestão de carga horária que permita ao profissional realizar uma clínica ressignificada com abordagem integral do processo de saúde-doença.

A Lei dos Mais Médicos pontua que será concedida bolsa para atividades de preceptoria, ao passo que o Programa PET já tem efetivado o pagamento de bolsas-preceptoria por meio de editais desde 2010. Sendo assim, para que haja transformação na prática do município quanto ao modo como vem sendo operado este processo (preceptores com pouca ou nenhuma formação, agenda não compatível com as práticas de assistência e de formação, recebimento de remuneração de forma desigual ou não recebimento), resta sair do plano de acordos e relações apenas entre atores sociais para o plano das relações políticas.

Mostra-se essencial que, dentro das políticas de integração ensino-serviço na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, seja explicitado como se dará a preceptoria. É possível que o momento oportuno esteja no estabelecimento do COAPES, uma vez que há demanda de maior número de preceptores na rede para a inserção dos estudantes de graduação e de pós-graduação.

Por parte dos preceptores, é preciso que haja organização mediante a formação de comissões, pois é vital que se saia do isolamento e construa alianças, de modo que as suas reivindicações sejam avaliadas, evidenciando as dificuldades e as necessidades identificadas no exercício diário das práticas de integração. Em suma, as reflexões precisam sair do plano

individual para se tornarem articulações coletivas dos preceptores, as quais possam dar visibilidade às demandas, que não se referem somente à preceptoria, mas têm como objetivo final a melhoria da formação, o fortalecimento do SUS e, conseqüentemente, o cuidado prestado à população, como foi registrado nas falas dos entrevistados.

Percebeu-se que, para além das entrevistas individuais, teria sido importante trazer um coletivo de preceptores para entrevistas grupais e/ou grupos de discussão, pois estes poderiam contribuir para o surgimento de outras questões e questionamentos na medida em que fossem compartilhados opiniões e pontos de vista. Isso, porque alguns profissionais entrevistados individualmente referiram que não haviam refletido a respeito de algumas perguntas do questionário aplicado.

Com relação à formação dos preceptores, a Secretaria também precisa deixar contratualizado e sistematizado com as instituições de ensino durante a formalização do COAPES como vai se dar a contrapartida dentro deste quesito, uma vez que a formação é elemento estruturante no processo da preceptoria.

Outro ponto fundamental que precisa ser definido é a remuneração adicional para a preceptoria. A Lei do Mais Médico traz em seu bojo que é preciso estar bem regulamentada a relação dos preceptores com as instituições responsáveis pelos cursos de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica e, nesse aspecto, entende-se que os profissionais médicos precisam ter clareza sobre quem faz a gestão da preceptoria, principalmente em relação a possíveis repasses de valores de remuneração diretamente aos preceptores via instituição de ensino. Desse modo, pode implicar o entendimento de que o profissional da SEMUS deveria obrigações a esta instituição, quando, na verdade, todo o processo da integração precisa ser alinhado junto à instância gestora da integração ensino-serviço, a qual, na SEMUS Vitória, é a ETSUS.

Repasse direto de remuneração das IES aos profissionais para o exercício das atividades de preceptoria podem igualmente ficar sujeitos a questionamentos administrativos por entes públicos. Sendo assim, no caso de haver algum repasse financeiro para os preceptores, entende-se que o órgão responsável pela regulação de cenários das práticas de estágio/residência no município é quem deve intermediar os recursos, inclusive para gratificação de preceptores por meio de bolsa.

Há que se estabelecer modos de operar estes recursos pactuados, a fim de que, existindo repasses de valores como bolsa-preceptoria, estes sejam similares para os preceptores e também façam jus ao recebimento aqueles médicos que realizam preceptoria

para as instituições públicas, em que não há previsão de repasses financeiros como contrapartida.

Aqui precisam ser ressaltados os fatores menos citados pelos profissionais, porém importantes para que o município possa dispor de profissionais médicos preceptores, conforme orienta o COAPES. Um destes refere-se à questão do vínculo empregatício. Ao final da coleta das entrevistas para esta dissertação, três profissionais médicos preceptores com vínculo de contrato temporário já estavam desligados da Secretaria: todos os três com residência em MFC.

Desse modo, para formar profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, fica evidente a importância da realização de concursos públicos com salários atrativos a fim de fomentar a permanência dos profissionais na rede. Existindo potencialmente 80 equipes de ESF na SEMUS, pensa-se que o município pode avançar ainda mais na direção do fortalecimento do SUS, contribuindo para o movimento de formação de cidadãos médicos e ampliando o número de generalistas e especialistas em MFC, ao estabelecer e implementar políticas sólidas de integração ensino-serviço no município com a realização de concursos públicos, tendo como instrumento fundamental o COAPES. Se é este o profissional que precisa ser formado para atender as demandas de saúde da sociedade atual, é necessário estabelecer tal prioridade nas decisões gestoras.

Para finalizar é preciso trazer à tona que atender às complexas necessidades e melhorar o cuidado em saúde de nossa sociedade não se faz apenas com médicos. Não há como ter melhores resultados ao se fortalecer a fragmentação do trabalho em saúde. É vital que se formem profissionais aptos para o trabalho colaborativo, integrando o desenvolvimento de competências profissionais e interprofissionais. Nos cenários de aprendizagem da atenção básica é fundamental que se promova o aprendizado compartilhado, estimulando a interação entre colegas estudantes de outras categorias profissionais em ambientes de apoio e oportunidade de colaboração.

O foco na preceptoria médica deveu-se à extensa demanda de preceptores médicos e ao grande número de estudantes de Medicina na rede básica de saúde de Vitória. Acredita-se que, ao avançar nas questões relativas à preceptoria médica, aproveitando o momento oportuno de movimentos políticos e orientações das legislações federais já referidas, pode-se propiciar possibilidades de caminhar também para a preceptoria das demais categorias profissionais.

O presente trabalho aplicou-se ao contexto do município de Vitória, que possui a rede básica de saúde bem avaliada, assim como uma ferramenta potente de informação de gestão

interligada com prontuários eletrônicos (Rede Bem-Estar). Seu percurso é de quase quinze anos de aprendizagem na integração ensino-serviço, trabalhando com a mesma equipe responsável, que acredita muito na formação em saúde.

Nesse âmbito, outros olhares para a preceptoria médica podem ser acrescentados, além de pesquisas inovadoras, incluindo-se aí os diretores dos serviços de saúde, os usuários do sistema, os estudantes, os representantes das demais categorias profissionais, a gestão central etc., o que poderá agregar novas contribuições.

Fica o desafio para aqueles que apostam igualmente na formação em saúde como possibilidade de contribuir para projetos de melhoria da sociedade.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Denise Herdy; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Rev. do Hosp. Univ. Pedro Ernesto (HUPE)** – UERJ, v. 11, n. 1, p. 82-86, 2012.
- AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Preceptoría em programas de residência no Brasil e na Espanha: ensino, pesquisa e gestão. Disponível em: https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/6_sires/sires_grupo_laranja_acavalcante.pdf
- AGUIAR, Adriana Cavalcanti de (org.). **Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2017.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GOMES, Andréia Patrícia; REZENDE, Carlos Henrique Alves de; SAMPAIO, Marcelo Xavier; DIAS, Orlene Veloso; LUGARINHO, Regina Maria. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008.
- ALESSIO Maria Martins. **Análise da Implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 89f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2015.
- ALLEN, Justin; GAY, Bernard; CREBOLDER, Harry; HEYRMAN, Jan; SVAB, Igor; RAM, Paul; EVANS, Philip. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 21, n. 5, p. 511-516, 2005.
- AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. Educ. méd.**, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; CASTRO Filho, Eno Dias de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Family and Community Medicine: specialists in wholeness*. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. A percepção da comunicação como parte do processo de determinação social da saúde. Entrevista concedida a Jaqueline Pimentel [internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 28.11.2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/a-comunicacao-como-ciencia/>. Acesso em: 10.04.2018
- AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária, 1998**. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 17.06.2019.
- AUGUSTO, Daniel Knupp; DAVID, Leandro; OLIVEIRA, Denize Ornelas Pereira Salvador de; TRINDADE, Thiago Gomes da; LERMEN, Nulvio Junior; NETO, Paulo Poli. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018.
- BAHIA, Ligia. O SUS. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Verbetes ESJV, p. 357-363. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>. Acesso em: 20.11.2018

BAHIA, Ligia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13, p. 1.385-1.397, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. reimp. Lisboa: Edições 70, 2011.

BONDIA, LARROSA Jorge. Notas sobre a experiência eo saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002. Disponível em :

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=revista+brasileira+de+educa%C3%A7%C3%A3o+bondia&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AbS-6Q82UNOIJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dpt-BR. Acesso em: 10.2018.

BORGES, Marcos C.; FREZZA, Gustavo; SOUZA, Cacilda da Silva; BOLLELA, Valdes Roberto. Ensino clínico em cenários reais de prática. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 48, n. 3, p. 249-256, 2015.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 104f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 65-85, 2011.

BRANT, Victoria. O porquê e o para quê de um seminário sobre formação pedagógica de preceptores. **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde, 2011**. Disponível em:

http://www.ufjf.br/editora/files/2018/02/formacao_pedagogica_de_preceptores_do_ensino_e_m_saude.pdf. Acesso em: 01.08.2018.

BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de junho de 2011.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde. **Nota Técnica nº 708/2017**, de 22 de junho de 2017. Impossibilidade fática e vedação normativa de exercício da função de preceptoria nos Programas de Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade por médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 22 jun. 2017. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/NOTA-TECNICA-708.2017.pdf>. Acesso em: 05.05.2019.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde) e MEC (Ministério da Educação). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e

desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde) e MEC (Ministério da Educação). Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. **Diário Oficial da União**, 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. **Diário Oficial União**, 2007.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, 2017.

BRASIL. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina. Resolução nº 3 MEC/CNE/CES, de 20 de junho de 2014. Poder Executivo, Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, 2013.

BURSZTYN, Ivany. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva. **Cad. ABEM**, v. 11, p. 7-19, 2015.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 15.11.2018.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013a.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. **Universidade Federal de Santa Catarina**. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 05.01.2018.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. (rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/CEBES, 2012. p. 885-910

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. Editorial **Interface**, v. 22, n. 64, jan.-mar., 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Rev. Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 47-55, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica-diretrizes. **Cadernos ABEM**, v. 3, p. 6-10, 2007. Disponível em:

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=PAPEL+DA+REDE+DE+ATEN%C3%87%C3%83O+B%C3%81SI+CA+EM+SA%C3%9ADE+NA+FORMA%C3%87%C3%83O+M%C3%89DICA+%E2%80%93+DIRETRIZES+&btnG=. Acesso em: 19.04.2019.

CARDOSO, Ivana Macedo; MURAD, Ana Luiza Gualandi; BOF, Sandra Mara Soeiro. A institucionalização da educação permanente no programa de saúde da família: uma experiência municipal inovadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 429-439, 2005.

CARVALHO, Yara M. de; CECCIM, Ricardo B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Júnior, M.; CARVALHO, Y.M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 149-182, 2006.

CASTELLS, M. A. **Estudo dos programas de residência médica em medicina da família e comunidade**: a questão da preceptoria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 161-80, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; DALLEGRAVE, Daniela; AMORIM, Alexandre Sobral Loureiro; PORTES, Virgínia de Menezes; AMARAL, Belchior Puziol. EnSiQlopédia das residências em saúde: um projeto em verbetes à interlocução com um projeto de ensino na saúde. Apresentação. **EnSiQlopédia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 6-11

CHIORO, Arthur. 30 anos de SUS universalidade e sustentabilidade. 2018. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/congresso/wp-content/uploads/2018/05/ARTHUR-CHIORO.ppth>. Acesso em: 08.08.2018.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; RUIZ-MORENO, Lidia; LIMA, Luciane Soares de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1.356-1.369, 2014.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da. O lugar da preceptoria no processo de trabalho e gestão institucional em saúde: parênteses, premissas e desafios. **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**, v. 36.015, p. 77, 2011.

DALLEGRAVE, Daniela; CECCIM, Ricardo Burg. Encontros de aprendizagem. In: **EnSiQlopédia das residências em saúde** [recurso eletrônico]: um projeto em verbetes à interlocução com um projeto de ensino na saúde. Apresentação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 84

DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): *. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud>. Acesso em: 22.06.2017.

DUBAR, Claude. Formação dos médicos generalistas: transmissão e construção dos saberes profissionais. **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**, v. 36.015, p. 23, 2011.

DUBAR, Claude. **Socialização e construção de identidades**. Título original: *L'identité, l'individu, le groupe, la société*. Tradução-livre: Adir Luiz Ferreira; Jean-Claude Ruano-Borbalan. Auxerre: Ed. Sciences Humaines, 1998.

DUBAR, Claude. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. Tradução: Anette Pierrette R. Botelho; Estela Pinto R. Lamas. Portugal: Porto Editora, 1997.

ESPÍRITO SANTO. Prefeitura de Vitória. **Plano Municipal de Saúde de Vitória: 2018-2021**. Vitória, 2018. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf. Acesso em: 05.02.2018.

FAJARDO, Ananyr Porto; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Função preceptória. EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico]. CECCIM, Ricardo Burg [org.]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p.: il. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em: 24.05.2019.

FRANCO de SÁ, Ronice. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

FEUERWERKER, Laura C.M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: RIBEIRO, V.M.B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. p. 29-36

FREITAS, Henrique; JANISSEK, Raquel. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

FRENK, Julio; BHUTTA, Zulfiqar A.; COHEN, Jordan; CRISP, Nigel; EVANS, Timothy; FINEBERG, Harvey; GARCIA, Patricia; KE, Yang; KELLEY, Patrick; KISTNASAMY, Barry; MELEIS, Afaf; NAYLOR, David; PABLOS-MENDEZ, Ariel; REDDY, Srinath; SCRIMSHAW, Susan; SEPULVEDA, Jaime; SERWADDA, David; ZURAYK, Huda. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. **The Lancet**, v. 376, n. 9.756, p. 1.923-1.958, 2010.

GARCIA, Ana Paiva; CADIOLI, Magalhães; LOPES Júnior, Ademir; GUSTAVO, Gusso; VALLADÃO, José. Preceptor na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1610>. Acesso em: 20.05.2016.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MAEDA, Sayuri Tanaka. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. (Orgs.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole, 2013.

GIRARDI, Sabato; CARVALHO, Cristiana Leite; MAAS, Lucas Wan Der; FARAH, Jacqueline; FREIRE, Jackson Araújo. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, n. 11-23, p. 7, 2010.

GIROTTI, Leticia Cabrini. **Preceptores do Sistema Único de Saúde**: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de**

- julho de 2018.** Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018_2018_1019.pdf. Acesso em: 17.06.2019.
- IRAMUTEQ. Laboratoire Lerass Repere. Version 0.7 alpha 2. Licence GNU GPL. Pierre Rafinaud, (c) 2008-2014. Disponível em: www.iramuteq.org.
- IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira; TEIXEIRA JUNIOR, Jorge Esteves; STELET, Bruno Pereira; JANTSCH, Adelson Guaraci. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 737-746, 2017.
- JUSTO, Ana Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. **Anais do X SIAT & II SERPRO**, 2014.
- LALONDE, Marc. A new perspective on the health of Canadians, 1974. Disponível em: www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf. Acesso em: 17.01.2019.
- LANDER, Edgardo. La ciencia neoliberal. **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, v. 11, n. 2, p. 35-69, 2005.
- LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, 2001.
- LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. (rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/CEBES, 2012. p. 89-120
- LUCENA, Olivia Ferreira; SARTI, Thiago Dias; FARIAS, Maria Cleuza. **Atendimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família após Inserção de Residência Médica em Saúde da Família - 2017**. Levantamento interno (Residência de Medicina de Família e Comunidade - UFES), Vitória, 2017. [n.p]
- MARINS, João José Neves. Formação de preceptores para área de saúde. In: BRANT, Victoria (org.). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, p. 47-52, 2011.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Sistema Nacional de Saúde no Brasil – SUS e Sistema Complementar. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.
- NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 2, p. 262-70, 2009.
- NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.
- NORMAN, Armando Henrique. A RBMFC e o desafio da educação médica continuada. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 3-5, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)719](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)719). Acesso em: 20.05.2019.
- NUNES, Maria do Patrocínio Tenório; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene; HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luís; OLIVEIRA, Ricardo Alexandre Batista. A residência, a

preceptoria, a supervisão e a coordenação. Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v. 7, p. 35-40, 2011. Disponível em: http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM_Vol07.pdf. Acesso em: 05.10.2018.

OTTAWA, Carta de. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – 1986. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-1-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>. Acesso em: 20.11.2018.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro dos sistemas universais de saúde em pauta no CONASS Debate. **Revista Consensus**, ano VIII, n. 27, abr., maio e jun. 2018 www.conass.org.br/consensus ISSN 2594-939X. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-27-abril-maio-e-junho-de-2018/>. Acesso em: 19.11.2018.

PEREIRA, Malviluci Campos; DALLEGRAVE, Daniela. Formação de preceptores. In: CECCIM, Ricardo Burg [et al.] (orgs.). EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p.: il. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em: 15.05.2019.

PINTO, Hêider Aurélio; ANDREAZZA, Rosemarie; RIBEIRO, Renato Janine; LOULA, Maria Rosa; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Introdução: como abordamos a promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 21-38. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books.

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. EPSJV, 2010.

REGO, Sergio. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**, v. 36.015, p. 37, 2011.

REZENDE, Mônica de et al. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. 2013. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=+rezende+A+articula%C3%A7%C3%A3o+educa%C3%A7%C3%A3o+sa%C3%BAde+%28AES%29+no+processo+de+formula%C3%A7%C3%A3o+das+pol%C3%ADticas+nacionais+voltadas+para+a+forma%C3%A7%C3%A3o+de+n%C3%ADvel+superior+dos+profissionais+de+sa%C3%BAde&btnG=. Acesso em: 03.05.2019.

RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **Rev. do Hosp. Univ. Pedro Ernesto UERJ**, v. 11, n. 1, p. 77-81, 2012. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=312#. Acesso em: 17.06.2019.

ROCHA, Vinícius Ximenes Muricy da. **Reformas na educação médica no Brasil**: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina

de 2001 e 2014. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2018.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; NEY, Márcia Silveira; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1.147-1.166, 2013.

ROMANO, Valéria Ferreira. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 13-25, 2008. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=A+Busca+de+uma+Identidade+para+o+M%C3%A9dico+de+Fam%C3%ADlia&btnG=. Acesso em: 15.11.2018.

SALVIATI, Maria Elisabeth. **Manual do Aplicativo Iramuteq**, 2017. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 19.06.2019.

SARTI, Thiago D.; DALLA, Marcello Dala Bernardina; MACHADO, Tania Mara; OLIVEIRA, Fonseca de; FRANÇA, Mary Cristina; BOF, Sandra Mara Soeiro; CASTRO FILHO, José de Almeida; CRUZ, Sheila Cristina de Souza. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; GUILLOUX, Aline Gil Alves. Demografia médica no Brasil 2018. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <http://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 18.06.2019.

SKARE, Thelma L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, v. 14, n. 2, 2012.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TRAJMAN, Anete; ASSUNÇÃO, Naima; VENTURI, Monique; TOBIAS, Diogo; TOSCHI, Walria; BRANT, Victoria. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa qualitativa. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, p. 116-173, 1987. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=trivinos+1987+introdu%C3%A7%C3%A3o+a+pesquisa+em+ciencias+sociais&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AXzs4aYhxw3IJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dpt-BR. Acesso em: 05.05.2019

VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Moraes; VIEIRA, Sâmia Barros. Aprender em serviço. In: EnSiQlopédia das residências em saúde. 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/179870>. Acesso em: 24.05.2019.

VETIS, Marcelo Santana; DALLA, Marcello Dala Bernardina. **Levantamento de encaminhamentos por um período de 6 meses de atuação na USF Praia do Suá - Vitória ES**. [n. p], 1 dez. 2015.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 28, 2016.

VIEIRA, Mônica. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 343-347, 2009.

VITÓRIA ES. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Manual de orientação das práticas de integração ensino serviço no município de Vitória - ES**. Vitória: ETSUS; 2013.

Disponível em: http://m.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100222_manual_praticas.pdf. Acesso em: 05.01.2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde em Vitória -ES

Você está sendo convidado a participar do Projeto de Pesquisa “**Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde em Vitória -ES**”. Essa pesquisa objetiva conhecer quais fatores podem influenciar profissionais médicos da Prefeitura Municipal de Vitória a aderir ou não ao programa de preceptoría na Rede de Atenção Primária de Saúde de Vitória ES, bem como conhecer o perfil dos médicos que já vêm fazendo parte desse processo. A escolha do tema de pesquisa deve-se a sua atualidade e significado no contexto da formação em saúde no âmbito do SUS. Caso aceite participar da pesquisa, é importante que esteja ciente de que participará voluntariamente. Sua participação será para responder a um questionário com perguntas abertas e fechadas, individualmente, para fins de mapear o perfil da população da pesquisa e para coleta de informações sobre sua prática como preceptor, questões referentes a sua formação e ao seu contexto de trabalho. O encontro para a coleta dos dados, por meio da entrevista, será realizado presencialmente no seu local de trabalho, mediante agendamento prévio, conforme sua disponibilidade. Para maior confiabilidade e registro dos dados a entrevista será gravada em áudio. Os dados coletados (respostas do questionário, anotações, áudio e transcrição da entrevista individual) posteriormente serão utilizados somente para fins deste estudo e arquivados por um período de cinco anos.

Os riscos relacionados com sua participação são decorrentes da observação de um universo bem restrito e poderiam se constituir numa eventual identificação dos participantes. Mas o trabalho não identificará, em qualquer momento, os participantes nem a unidade de saúde. Resumiremos dizendo que se trata de uma Unidade de Saúde da Família. Todos os dados serão guardados sob sigilo, resguardando seu anonimato, assim como a ética profissional exige. Você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que possa lhe trazer constrangimento ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter começado, e isso não vai lhe trazer nenhum prejuízo. Não haverá despesas pessoais para você, assim como não haverá compensação financeira relacionada a sua participação na pesquisa.

A presente pesquisa poderá beneficiar no conhecimento das ações de preceptoria na Atenção Primária à Saúde, identificando como ocorrem os processos de integração ensino – serviço; bem como subsidiar a elaboração e o repensar de currículos por parte de instituições formadoras. Espera-se, diante dos resultados, fomentar o apoio à prática das atividades de preceptoria no município.

A responsabilidade do estudo fica a cargo da pesquisadora Sandra Mara Soeiro Bof. Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa você poderá contatá-la a qualquer momento no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica Joaquim Venâncio no endereço Avenida Brasil, nº 4.365, bairro Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ ou pelo telefone (21) 38659710, diariamente entre 9 e 17h.

Eu, _____,

declaro que fui devidamente esclarecido (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, sobre o objetivo, procedimentos, justificativa, benefícios e riscos deste estudo.

Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, nos termos propostos.

Vitória, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora
Responsável

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ****ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE****ROTEIRO DE ENTREVISTA****IDENTIFICAÇÃO**

1- Idade _____

2- Sexo: _____

3- Em qual ano você concluiu o curso de medicina? _____

4- Em qual instituição formadora você fez seu curso de medicina? _____

5- Há quanto tempo você trabalha na instituição? _____

6- Há quanto tempo você atua na preceptoria? _____

7- Qual o seu vínculo trabalhista com SEMUS?

- a) () Efetivo
- b) () Contratado
- c) () Municipalizado

d) () outros

8-Você possuiu algum curso pós-graduação (Especialização, Residência, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado), finalizado ou em andamento?

- a) () Sim
- b) () Não

10- Em caso afirmativo, qual?

11-Você já realizou cursos/ capacitações que tiveram como tema a área de ensino (formação pedagógica/ preceptoria)?

- a) () Sim
- b) () Não

12- Você está satisfeito em desempenhar as atividades de preceptoria?

- a) () Muito Satisfeito
- b) () Satisfeito
- c) () Pouco satisfeito
- d) () Não estou satisfeito
- e) () Não sou preceptor

QUESTIONÁRIO (responder mesmo que você não seja preceptor)

1-Como você avalia a formação médica atualmente com relação aos estágios na atenção básica?

2-O que você entende como preceptoria?

3-Você considera a preceptoria como parte da atribuição do profissional médico? Por que?

4-Quais são as competências que você entende que o profissional preceptor precisa ter ou desenvolver para desempenhar esse papel?

5-O que você acha que seria necessário **por parte da Secretaria de Saúde** para que houvesse interesse do profissional médico em participar da preceptoria no município de Vitória?

6-O que você sugere como incentivo **por parte das instituições de ensino** para que os profissionais médicos se motivem a participar do processo da preceptoria?

7-Caso você receba/recebeu graduandos ou residentes, como você percebe a sua experiência na preceptoria? Quais são os fatores positivos e quais são os desafios desse trabalho?

8-Gostaria de acrescentar alguma questão que considera importante?