



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Elaine Kotani Shimizu

**A preceptoria na formação de enfermeiros em cursos e programas de residência em
Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2020

Elaine Kotani Shimizu

**A preceptoria na formação de enfermeiros em cursos e programas de residência em
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Adriana Coser Gutiérrez
Coorientadora: Célia Maria Sivalli Campos

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S556p

Shimizu, Elaine Kotani.

A preceptoria na formação de enfermeiros em cursos e programas de residência em saúde da família / Elaine Kotani Shimizu. -- 2020. 95 f.

Orientadora: Adriana Coser Gutiérrez.

Coorientadora: Célia Maria Sivalli Campos.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Preceptoria. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Enfermeiras de Saúde da Família. 5. Educação em Enfermagem. 6. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7

Elaine Kotani Shimizu

**A preceptoria na formação de enfermeiros em cursos e programas de residência em
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Sonia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^o Dr^a Eduardo Alves Melo
Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a Dr^a Célia Maria Sivalli Campos (Coorientadora)
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Adriana Coser Gutiérrez (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar diretrizes para a atuação do preceptor na formação de enfermeiros em cursos/programas de residência em Saúde da Família. Trata-se de análise documental, organizada em três grupos de documentos: 1) Portarias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dos anos de 2006, 2011 e 2017; 2) Projetos Político-Pedagógicos (PPP) de três cursos/programas de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro; e 3) Projetos dos cursos de qualificação da preceptoria em área profissional do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). Identificaram-se direcionamentos, por parte das PNABs, quanto à atuação das equipes e dos enfermeiros que reforçam a focalização da atenção à saúde, contrapondo-se à universalidade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), além do enfoque no modelo biomédico e na precarização do trabalho. Também foi descrita a ideia de preceptor como “condutor da aprendizagem” e trabalhador polivalente, com múltiplas atribuições e responsabilidades, o que teria a capacidade de gerar potenciais de desgaste nesses trabalhadores. Por fim, a transferência da responsabilidade pelo aprimoramento dos preceptores do SUS para hospitais privados filantrópicos, por meio de cursos do PROADI-SUS, e a centralidade destes nos métodos de ensino, carregam a ideia de preparar os preceptores para resolver os problemas do cotidiano e reproduzem uma ideia de formação com características adaptativas, voltadas à formação pragmática e de desempenho, dirigidas aos interesses de mercado. O trabalho dos enfermeiros e preceptores são o resultado dessas diferentes concepções e disputas por modelos de atenção. Apesar de a educação não carregar sozinha a responsabilidade por resposta emancipatória, ela também pode exercer papel de disputa de modelos de atenção à saúde e à educação, no sentido de questionar os valores hegemônicos em busca de outras perspectivas.

Palavras-chave: Preceptoria, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Enfermeira de Saúde da Família.

ABSTRACT

This research aims to analyze guidelines for Nursing preceptor's performance in Family Health residency courses / programs. It is a document analysis, organized in three groups of documents: 1) Ordinances from the National Primary Care Policy (PNAB) for the years 2006, 2011 and 2017; 2) Political-Pedagogical Projects (PPP) of three nursing residency courses / programs with training for Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro; and 3) Projects from the preceptorship qualification courses in professional areas of the Unified Health System (SUS) Institutional Development Support Program (PROADI-SUS). Performance guidelines for teams and nurses, identified within the PNAB, reinforce the segmentation of health care, which contradicts the universality of access to SUS and, moreover, focuses on the biomedical model. With multiple attributions and responsibilities, the idea of preceptor as a "learning conductor" and a multipurpose worker was also discussed. This condition can lead to strain amongst these workers. Finally, the fact that responsibility for the professional improvement of SUS's preceptors has been transferred to private philanthropic hospitals was also addressed. This process takes place through PROADI-SUS courses and their emphasis in teaching methods which convey the idea that preceptors should be prepared to solve everyday problems and, furthermore, reproduce an idea of adaptative training, aimed at pragmatic and performance preparation, which is concerned with market interests. The work of nurses and preceptors is the result of these different conceptions and disputes over models of care. Although education does not bear sole responsibility for emancipatory response, it can play a role in disputing health care models and education so to question hegemonic values in search of other perspectives.

Keywords: Preceptorship, Primary Health Care, Family Health Strategy, Family Nurse Practitioners.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Terezinha** e **Sérgio**, que me permitiram chegar até aqui com seu apoio em todos os momentos da minha vida.

Às minhas irmãs, com todo o meu amor. À **Carina**, que, em especial, contribuiu na revisão deste texto, e à **Viviane**, pelo apoio e acolhimento em minha mudança para o Rio de Janeiro, quando iniciei a trajetória na Residência em Saúde da Família. Ao meu sobrinho **Tiago**, que enche nossos corações de alegria.

Ao **Vitor**, que caminhou durante todo esse processo ao meu lado e por sempre acreditar que seria possível.

À **Adriana**, que me acolheu e não me permitiu desistir, apoiando esse processo do mestrado. Obrigada por tudo.

À **Célia**, que me apresentou a Saúde Coletiva no primeiro ano da graduação em enfermagem e me acompanha até os dias de hoje. Minha admiração e eterno agradecimento.

Às **coordenadoras** e **equipes** dos cursos e programas de residência que disponibilizaram os materiais para este estudo.

Às amigas enfermeiras **Leoana, Lais, Edinéia, Juliana, Renata, Marina, Eliane, Aline, Iara, Bianca, Carina** e **Jaqueline**.

Aos amigos enfermeiros **Leandro** e **Renato**.

Amigxs de luta e de boas risadas: **Leda, Camila, Stephany, Gabriella, Emanuely, Rebeca** e **Eduardo**.

Às amigas com quem compartilho mais da metade da vida: **Leticia, Ligia** e **Mariana**.

Aos amigos e colegas **preceptores**.

Sinceros agradecimentos aos residentes que compartilharam essa caminhada ao meu lado: **Antonio, Lais, Marianne, Amanda, Gisele, Liliane, Thayanne, Fabiana, Fernanda, Isabelle, Maria Beatriz, Emiliana, Larissa, Priscila, Thais, Kariane, Katia, Leilane** e **Lucas**.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Oferta de vagas para enfermeiros de acordo com o ano e Curso/Programa de Residência com Formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.....	18
Quadro 2 – Portarias da Política Nacional de Atenção Básica com relação a autor, ano e pontos analisados.....	23
Quadro 3 – Projeto Político-Pedagógico dos cursos e programas de residência em Saúde da Família, com formação de enfermeiros no município do Rio de Janeiro, com relação a autor, ano e pontos analisados.....	25
Quadro 4 – Projetos do Programa de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) voltados à qualificação da preceptoría em área profissional, com relação a autor, triênio do projeto e pontos analisados.....	26
Quadro 5 – Curso ou programa de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família, de acordo com a instituição formadora, instituição executora, público-alvo, parceiros e cenários de prática dos Projetos Político-Pedagógicos analisados.....	35
Quadro 6 – Projetos do Programa de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) voltados à preceptoría em área profissional, por hospital responsável, triênio do projeto, objetivos e público-alvo.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde ()
CPD	<i>Continuous Professional Development</i>
DGPSUS	Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptorial no SUS
EAD	ensino à distância
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EE	Escola de Enfermagem
ENEENF	Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP - RS	Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul
EURACT	Academia Europeia de Professores em Medicina de Família
FASE	Faculdade Arthur Sá Earp Neto
FECS	Faculdade de Educação em Ciências da Saúde
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HCOR	Hospital do Coração
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
HMV	Hospital Moinho de Vento

HSL	Hospital Sírio-Libanês
IES	Instituições de ensino superior
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
ILP	Instituições de Longa Permanência
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NERJ	Núcleo Estadual no Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PRESF	Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família
PRMFC	Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIS	Programa de Residência Integrada em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESO	Centro Universitário Serra dos Órgãos
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

USP	Universidade de São Paulo
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde do Município de Mesquita
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	21
3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	26
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	26
4 RESULTADOS	27
4.1 ATRIBUIÇÕES PARA A EQUIPE DE SAÚDE E NA ESPECIFICIDADE DE ENFERMEIROS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)	27
4.1.1 Atribuições das equipes na Atenção Básica.....	27
4.1.2 Atribuições do enfermeiro na Atenção Básica	31
4.2 CURSOS E PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA COM FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	33
4.2.1 A preceptoria nos cursos e programas de residência	36
4.2.2 Formação ou preparo para a preceptoria	47
4.3 ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DE PRECEPTORES PELO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS).....	49
4.3.1 PROADI SUS: capacitação de recursos humanos	49
4.3.2 Capacitação de preceptores em área profissional pelo PROADI-SUS	53
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
5.1 ATRIBUIÇÕES COMUNS À EQUIPE E AOS ENFERMEIROS: FOCALIZAÇÃO DA ATENÇÃO, MODELO BIOMÉDICO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO?	59
5.2 PRECEPTOR: CONDUTOR DA APRENDIZAGEM E TRABALHADOR POLIVALENTE	67
5.3 PROADI-SUS E OS CURSOS VOLTADOS À PRECEPTORIA: TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE DO SETOR PÚBLICO NA FORMAÇÃO/APRIMORAMENTO DE PRECEPTORES PARA HOSPITAIS PRIVADOS E A VALORIZAÇÃO DOS MÉTODOS DE ENSINO	74
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE.....	95

MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Durante a graduação, o meu envolvimento com a área da Saúde Coletiva ocorreu de maneira processual, não estando restrito às salas de aula ou aos momentos teórico-práticos, que correspondem ao espaço formal de ensino. Esse processo foi vivido também nas discussões dentro do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), no movimento estudantil de saúde e geral da USP, bem como nos espaços e na construção dentro da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEENF).

O aprendizado teórico-prático da Saúde Coletiva nos espaços formais da universidade, somado à vivência e à construção nos movimentos sociais, assim como à participação em projeto de iniciação científica na área, me permitiu maior compreensão do objeto de cuidado à saúde, das necessidades em saúde dos grupos sociais e da defesa de uma educação crítica.

Mobilizada pela necessidade de maior qualificação para atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), área em que via a possibilidade e tinha o desejo de trabalhar como enfermeira, iniciei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), onde o trabalho em equipe multiprofissional me permitiu um olhar ampliado sobre os saberes e as ferramentas para o trabalho em saúde, atingindo a compreensão de que este não é exclusivo da enfermagem.

Como enfermeira de família e comunidade, trabalhei no Vidigal, favela localizada na zona sul do município do Rio de Janeiro. Tive igualmente a experiência de trabalhar como responsável técnica de Enfermagem em uma unidade na zona norte do Rio de Janeiro, marcada pela pobreza e pela violência armada no território. Nessa mesma unidade, exerci a atividade como gerente temporária, aproximando-me da gestão do processo de trabalho de uma unidade de Saúde da Família.

Atuei como preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família do município do Rio de Janeiro (PRESF), em unidade localizada na Rocinha, que me mobilizou a estudar a temática da preceptoria e formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família, assim como me animou para a pesquisa em questão.

Essas múltiplas inserções – seja dentro dos movimentos sociais em defesa da saúde e educação como direito, como na experiência de ter sido residente, enfermeira de família e comunidade, além de atuar como preceptora – me mobilizam e provocam a estudar a formação de enfermeiras para o Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Primária à Saúde (APS).

Assim, é desse lugar que escrevo, marcado por anseios, descobertas, dúvidas e dificuldades, mas igualmente por prazer e com a reafirmação da importância de pensar sobre a

formação dos trabalhadores em saúde. Neste caso, especificamente, pesquiso o trabalho dos preceptores na formação de enfermeiros para a Saúde da Família com o intuito de contribuir com os demais atores envolvidos nos processos relacionados à formação e residências em saúde, sejam eles residentes, preceptores, tutores, docentes, gestores etc.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, na Seção II, Art. 200, estabelece que compete à Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) inicia o processo de reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde, o qual faria parte da estratégia de transição para o posterior Programa de Saúde da Família, este iniciado em 1994. Quatro anos depois, no ano de 1998, a Estratégia Saúde da Família torna-se o modelo prioritário para a reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2001; JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

Nesse mesmo período, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Atenção Básica, cria os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, como estratégia operacional para o desenvolvimento de recursos humanos voltado à Estratégia Saúde da Família. Esta iniciativa traz como um dos objetivos reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde, em um esforço para cumprir uma das metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, por meio da “descentralização e disseminação da capacidade pedagógica” entre trabalhadores, gestores, serviços de saúde, comunidade, movimentos sociais, docentes, pesquisadores etc. (CECCIM, 2005; GIL, 2005).

Nos anos de 2000, passa a ser estimulada a inserção de temas referentes à Estratégia Saúde da Família na pós-graduação *lato sensu* mediante incentivos financeiros às universidades e a escolas de saúde pública (GIL, 2005).

Apesar de os primeiros programas de residência uniprofissional, sobretudo na enfermagem, terem sido criados na década de 1960, sendo a primeira residência de enfermagem em serviço de saúde privado no ano de 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo (BARROS; MICHEL, 2000; SILVA, 2017) e, em 1977, criando-se o primeiro Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), reconhecida como a primeira Residência Multiprofissional em Saúde na Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul (ESP - RS) (ARAUJO *et al.*, 2017), somente em 2005 é que a residência em área profissional torna-se regulamentada, contemplando as Residências Multiprofissionais.

Na Medicina, por exemplo, a residência foi regulamentada a partir do Decreto nº 80.281, em 1977, quase três décadas antes da enfermagem e demais profissões. Apesar de institucionalizados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, Feuerweker (1998)

coloca que os rumos dos programas de residência de Medicina eram definidos pelas instituições que os mantinham e pelo mercado de trabalho, mediatizadas pelos interesses da corporação médica. Estabelece-se, assim, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o residente como trabalhador autônomo, sem vínculo empregatício com a instituição; determina-se um piso salarial através de bolsa de estudos; fixam-se requisitos mínimos para o processo pedagógico; e, com o tempo, asseguram-se outros direitos trabalhistas, como férias e licença-maternidade.

Dessa forma, por meio da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, institui-se a Residência em Área Profissional como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, com exceção de Medicina, e cria-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), no âmbito do Ministério da Educação (BRASIL, 2005).

A Lei 11.129/2005 trazia a definição de residência como:

[...] programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. [...] será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2005).

Em 2007, com a Portaria Interministerial Nº 45, institui-se a CNRMS, que contava com representantes de diversas frentes: Ministério da Educação (MEC); Ministério da Saúde (MS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); coordenadores dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde; e o representante dos preceptores ou tutores, Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde; entidades que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS); associações que integram o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS); Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; e instituições de ensino superior (BRASIL, 2007).

A composição da CNRMS é modificada em 2009 pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009. Uma das alterações diz respeito à retirada do representante dos preceptores e tutores. Também institui-se o financiamento direto de bolsas para residentes, por meio do Programa Nacional de Bolsas para residências em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009b).

A Resolução nº 2/2012 apresenta as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, nas quais reafirma a orientação a partir dos

princípios e diretrizes do SUS; define a residência como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às profissões da saúde, com exceção da categoria médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva; orienta os programas a utilizarem estratégias pedagógicas com metodologias de “integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde”; defende a concepção ampliada de saúde; sustenta a interação ensino-serviço-comunidade; incentiva a construção de competências; e institui o sistema de avaliação (BRASIL, 2012a). Também são definidas as atribuições e papéis de tutores e preceptores da Residência em Área Profissional em Saúde.

Conforme preconizam a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 e a Resolução nº2/2012 da CNRMS, os Programas devem estar orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e pelas necessidades e realidades locais e regionais.

Em 2014, por meio da Portaria Interministerial entre MEC/MS nº 16/2014, a composição da CNRMS foi alterada e introduz novamente o perfil de preceptor, tutor e coordenadores, com a inclusão de um representante de tutor/preceptor de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e um representante de tutor/preceptor de Programa de Residência em Área Profissional de Saúde (BRASIL, 2014a). No entanto, apesar da retomada da inclusão destes atores, no texto da portaria não consta o representante dos residentes na composição da CNRMS.

Somente em 2014, com a Resolução nº 7/2014 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, é que são regulamentados os processos de avaliação, supervisão e regulação dos programas, estabelecendo a certificação específica da residência (não apenas como especialização) (BRASIL, 2014b).

No ano de 2015, são instituídas as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino - Saúde (COAPES) pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124/2015, a qual aponta para a ordenação da relação entre ensino e serviços, com a aposta no diálogo entre instituições de ensino superior (IES) e outras instituições responsáveis pela oferta dos cursos em determinado território com as instâncias da gestão (BRASIL, 2015). Para Araujo *et al.* (2017), operar a formatação do COAPES implica a capacidade de planejamento, a fim de equilibrar oferta e demanda de profissionais de saúde.

A Portaria do COAPES aponta para o fortalecimento da preceptoria, cabendo ao Ministério da Saúde promover a formação dos preceptores e apoiar ações de valorização

profissional junto à gestão municipal/estadual de saúde e instituições de ensino. Às instituições de ensino e aos programas de residência compete realizar ações de valorização e de formação de preceptores, tais como a participação em atividades de pesquisa, a certificação da atividade de preceptoria e o apoio à participação em cursos e congressos. Por sua vez, à gestão estadual e municipal compete estimular a preceptoria com a inclusão nas políticas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio da gestão de carga horária, de incentivos à qualificação profissional e de progressão funcional na carreira (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A trajetória de políticas públicas citada acima reforça os esforços e investimentos para a formação de trabalhadores para o SUS, Estratégia Saúde da Família e residências.

Residências com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Apesar da adoção da ESF como modelo prioritário em âmbito nacional no ano de 1998, somente na última década ocorre a expansão da cobertura na cidade do Rio de Janeiro, que passou de 3,5%, em 2009, para 39%, no final de 2012, e 57,86%, em 2019 (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2019).

Para além das ações de âmbito nacional, as de nível municipal também devem ser consideradas. Um dos investimentos da gestão municipal para a rápida expansão da APS no Rio de Janeiro esteve relacionado à formação de recursos humanos, sendo uma das grandes apostas a formação por meio dos programas de residência.

Atualmente, na cidade do Rio de Janeiro, são cinco os cursos/programas em Saúde da Família com formação de enfermeiros: a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, que hoje conta com trinta e quatro (34) vagas por ano, das quais cinco (5) são para enfermeiros; a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), com a oferta de dez (10) vagas anuais, sendo duas (2) para a enfermagem; e o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família (PRESF), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), desde 2015, e com a Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), de 2015 a 2016, que oferece sessenta (60) vagas para enfermeiros por ano.

Assim, o município do Rio de Janeiro passa a ofertar cinco cursos/programas de residência em Saúde da Família, com formação de enfermeiros, entre os sete no Estado do Rio de Janeiro. A saber, os outros dois programas ofertados no Estado do Rio de Janeiro são a

Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

Em relação à oferta de vagas para enfermeiros nos cursos/programas de residência em Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, observa-se que, de 2005 a 2010, contava-se com cinco (5) vagas por ano, vinculadas a RMSF ENSP/Fiocruz; de 2011 a 2013, com a criação da RMSFC HESFA/UFRJ e a oferta de três (3) vagas por esse programa, o município passou a contar com oito (8) vagas ao ano para enfermeiros; e de 2015 a 2019 somaram-se sessenta (60) vagas pelo PRESF/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS RJ).

Considerando que nos últimos anos a RMSFC do HESFA passou a ofertar duas (2) vagas para enfermeiros por ano, totalizaram-se sessenta e sete (67) vagas anuais ofertadas para a formação de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em cursos/programas de residência no município do Rio de Janeiro.

No caso do PRESF, nota-se que, em 2017, não são ofertadas vagas no convênio com a UNIGRANRIO, sendo remanejadas para a UFRJ e, apesar de no edital constar disponibilidade de trinta (30) vagas por este convênio, foram convocados trinta e seis (36) (*) residentes pela UFRJ e vinte e quatro (24) pela UERJ, totalizando as sessenta (60) vagas por ano ofertadas pelo PRESF desde 2015.

No Quadro 1, observa-se o número de vagas para enfermeiros, por curso/programa de residência em Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, por ano.

Quadro 1 – Oferta de vagas para enfermeiros de acordo com o ano e Curso/Programa de Residência com Formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Ano	RMSF ENSP	RMSFC HESFA UFRJ	PRESF SMS RJ			Total
			UERJ	UFRJ	Unigranrio	
2005	5	-	-	-	-	5
2006	5	-	-	-	-	5
2007	5	-	-	-	-	5
2008	5	-	-	-	-	5
2009	5	-	-	-	-	5
2010	5	-	-	-	-	5
2011	5	3	-	-	-	8
2012	5	3	-	-	-	8
2013	5	2	-	-	-	7
2014	5	2	-	-	-	7
2015	5	2	24	12	24	67
2016	5	2	24	12	24	67
2017	5	2	24	36 (*)	-	67
2018	5	2	24	36 (*)	-	67
2019	5	2	24	36 (*)	-	67
Total	75	20	120	132	48	395

Fonte: Editais RMSF ENSP / Fiocruz (2005 a 2019); RMSFC HESFA UFRJ (2011 a 2019); PRESF UERJ (2014 a 2019); PRESF UFRJ / UNIGRANRIO (2014 a 2016); e PRESF UFRJ (2017 a 2019).

Diante deste cenário, cabem alguns questionamentos:

- Quais os direcionamentos para formação dos enfermeiros em Saúde da Família e, conseqüentemente, para a atuação do preceptor nas Portarias da Política Nacional da Atenção Básica, no que diz respeito às atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família e dos enfermeiros?

- Como descrevem a preceptoria nos Projetos Político Pedagógicos dos cursos e programas de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro e como se dá o preparo e capacitação destes preceptores?
- Por fim, quais os projetos de qualificação de preceptores no âmbito nacional por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)?

O tema desta pesquisa é a preceptoria na formação de enfermeiros em Saúde da Família, tendo como objeto de estudo os documentos institucionais e de acesso público relacionados a diretrizes para o trabalho do enfermeiro, à preceptoria nas residências em Saúde da Família com formação de enfermeiros no Rio de Janeiro e à capacitação de preceptores.

A seguir, serão apresentados os objetivos desta pesquisa e o percurso teórico-metodológico adotado. Em seguida, os resultados, a discussão dos resultados e a conclusão final e considerações.

Os resultados foram organizados em três blocos: “Atribuições para a equipe de Saúde da Família e na especificidade de enfermeiros na Política Nacional de Atenção Básica”, “Cursos e programas de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro” e, o último, “Estratégias de capacitação de preceptores pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)”.

A discussão dos resultados também está disposta em três partes: “Atribuições comuns à equipe e aos enfermeiros: focalização da atenção, modelo biomédico e precarização do trabalho?”, “Preceptor: condutor da aprendizagem e trabalhador polivalente” e “PROADI-SUS e os cursos voltados a preceptoria: transferência de responsabilidade do setor público na formação/aprimoramento de preceptores para hospitais privados e a valorização dos métodos de ensino”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar diretrizes para a atuação do preceptor na formação de enfermeiros em cursos/programas de residência em Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar as atribuições comuns aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os específicos da enfermagem, na Política Nacional de Atenção Básica.
- Descrever e analisar as diretrizes para a preceptoria e para formação/aprimoramento de preceptores nos cursos/programas de residência em Saúde da Família com formação de enfermeiros do município do Rio de Janeiro.
- Descrever e analisar as estratégias de formação/aprimoramento da preceptoria nos projetos voltados a preceptores em área profissional do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Os estudos sobre formação e educação não podem ser pensados de modo desatrelado ao momento histórico e à sociedade em que se vive ou, em outras palavras, do modo de produção.

Compreende-se que o sistema escolar se estrutura de maneira fragmentada, reproduzindo a divisão social do trabalho e a lógica do mercado, estando os objetivos educacionais subordinados à lógica de esforços individuais para uma adaptação às mudanças constantes de vida e de trabalho, geralmente no sentido da precarização (SAVIANI; DUARTE, 2012).

Neste trabalho, entende-se que a formação humana é analisada na relação entre processo histórico de objetivação do gênero humano e a vida do indivíduo como ser social, que se dá por meio do trabalho, atividade vital do homem. Este, diferentemente de outras espécies vivas, faz do trabalho uma atividade consciente, que se objetiva em produtos, os quais passam a ter funções definidas pela prática social, sendo nesse processo que as necessidades humanas se ampliam, da sobrevivência às necessidades sociais (MARX, 1985 *apud* SAVIANI; DUARTE 2012, p. 21).

Esse processo de objetivação, marcado pelo processo histórico de divisão das sociedades em classes antagônicas, caracterizadas pela divisão social do trabalho, acarreta uma apropriação dos resultados dessa objetivação de forma a impedir “que a totalidade da riqueza material e não material fosse posta a serviço da realização e desenvolvimento da totalidade dos seres humanos” (SAVIANI; DUARTE, 2012, p. 21).

Nas relações sociais capitalistas, a objetivação torna-se alienante, transformando a realização do trabalho em desafetização do trabalhador, uma vez que resulta na própria perda do objeto pelo trabalhador e em uma relação de servidão do trabalhador a este objeto. Isso porque, na sociedade capitalista, o trabalho produz riquezas (materiais e imateriais), mas nenhuma delas pode ser plenamente apropriada por aqueles que trabalham. A superação não significaria a extinção do trabalho nem o abandono das riquezas produzidas no trabalho alienado, mas, sim, a superação dessa forma histórica da atividade humana, que é o trabalho alienado (MARX, 1985 *apud* SAVIANI; DUARTE, 2012, p. 24).

Desta forma, a educação tornou-se instrumento da sociedade capitalista, seguindo a lógica de fornecer os conhecimentos e o pessoal necessários para a manutenção da máquina produtiva em expansão do sistema do capital, de maneira a permitir a sua reprodução e impedir a emancipação humana, bem como para gerar e transmitir valores que legitimam os interesses

da classe dominante, seja através da "internalização" ou da dominação estrutural e da subordinação (MÉSZÁROS, 2008).

Nesse sentido, a educação formal é incapaz de oferecer uma resposta emancipatória e radical frente ao sistema do capital, uma vez tendo sido institucionalizada dentro dos limites desse sistema e de modo a produzir consenso e conformidades para que cada indivíduo "adote como suas as metas de reprodução objetivamente possíveis do sistema" (MÉSZÁROS, 2008, p. 44).

No entanto, se elementos progressistas da educação forem bem sucedidos em direção à perspectiva de alternativa hegemônica à ordem existente, eles poderão contribuir para romper com a lógica do capital (MÉSZÁROS, 2008).

De maneira coerente às características do objeto de pesquisa, do campo das ciências sociais, trata-se de estudo qualitativo com abordagem do materialismo histórico.

Compreende-se que os objetos das ciências sociais possuem especificidades: são históricos, localizados no tempo e podem ser transformados; possuem consciência histórica, ou seja, o pesquisador e a sociedade conferem significados e intencionalidades a suas ações e construções teóricas; apresentam identidade com o sujeito que pesquisa; são ideológicos e possuem imbricações com a prática (DEMO, 1985).

A abordagem qualitativa se conforma melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, assim como para a análise de discursos e documentos, sendo capaz de "incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais" (MINAYO, 2006, p.22).

O método utilizado é a análise documental, por meio de estudo descritivo-exploratório. Compreende-se que os documentos permitem acrescentar a dimensão do tempo à questão social, favorecendo a observação do processo de maturação ou evolução de pessoas, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas (CELLARD, 2008).

A fonte de dados são documentos públicos. Realizou-se uma análise preliminar composta por etapas descritas por Cellard (2008): contexto; autor ou autores; autenticidade e confiabilidade do documento; natureza do texto; conceitos-chave e lógica interna do texto.

Os documentos institucionais de âmbito público selecionados para a análise foram divididos em grupos e organizados em quadros. Cada grupo dispõe de informações sobre os documentos selecionados, autor, ano e pontos explorados. São três os grupos:

- Portarias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

- Projetos Político-Pedagógicos dos cursos e programas de residência em Saúde da Família, com formação de enfermeiros no município do Rio de Janeiro; e
- Projetos voltados à qualificação de preceptores em área profissional do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

O autor ou autores dos documentos são identificados a seguir e estão sinalizados nos quadros com o conjunto de documentos que compõem esta pesquisa.

Todos os documentos são autênticos e confiáveis. As portarias da PNAB foram publicadas no Diário Oficial da União; os Projeto Político-Pedagógico foram enviados por *e-mail* pelos representantes ou coordenadores dos cursos/programas de residência analisados; e os projetos do PROADI-SUS foram obtidos nos *sites* dos hospitais do programa.

Sobre o primeiro grupo, com as portarias da Política Nacional de Atenção Básica, apresentados no Quadro 2, buscou-se analisar os direcionamentos para a atuação dos trabalhadores e, especificamente, o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica.

Quadro 2 – Portarias da Política Nacional de Atenção Básica com relação a autor, ano e pontos analisados

Documento	Autor	Ano	Pontos analisados
Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006 ⁽¹⁾	Ministério da Saúde	2006	Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica e atribuições específicas dos enfermeiros
Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 ⁽²⁾	Ministério da Saúde	2011	
Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 ⁽³⁾	Ministério da Saúde	2017	

Fonte: ⁽¹⁾ BRASIL, 2006; ⁽²⁾ BRASIL, 2011a; ⁽³⁾ BRASIL, 2017a.

O segundo grupo é composto pelos Projetos Político-Pedagógicos dos programas de residência em Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, nos quais foram analisadas as diretrizes e tanto a organização dos programas quanto a preceptoria na formação de enfermeiros em Saúde da Família.

Ainda que os documentos sejam públicos, o acesso a eles se deu por meio de apresentação do projeto de pesquisa pela pesquisadora às coordenações dos cursos/programas e os próprios programas forneceram o documento. Cabe dizer que nem todos são de acesso público, ou seja, seu acesso é restrito, e muitos não estão disponíveis nos *sites* das residências.

Entre os anos de 2005 a março de 2019 foram identificados cinco cursos ou programas, com as características citadas acima, na cidade do Rio de Janeiro:

- Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) - Início em 2005;
- Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ) - Início em 2011;
- Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família (PRESF):
 - Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Início em 2015;
 - Residência em Enfermagem em Saúde da Família, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Início em 2015;
 - Residência em Enfermagem em Saúde da Família, da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO) - De 2015 a março de 2016.

Cabe sinalizar que o Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família (PRESF) possui convênios com diferentes instituições de ensino e, diante disso, este trabalho considera o PRESF com três cursos diferentes, tomando em conta, por exemplo, que cada convênio apresenta um PPP e possui instituições formadoras diferentes.

Os dois primeiros programas de residência são na modalidade multiprofissional (RMSF da ENSP/FIOCRUZ e a RMSFC do HESFA/UFRJ) e os três últimos cursos (vinculados à PRESF), uniprofissionais em enfermagem. Dos cinco cursos/programas, três enviaram os Projetos Político-Pedagógicos após contatos por meio de *e-mails* enviados aos coordenadores dos programas. No caso da Residência em Enfermagem em Saúde da Família, da UNIGRANRIO, que teve sua última turma iniciada em 2016, o contato foi realizado por meio de *e-mail* à coordenadora do programa do período de vigência do curso.

Desta forma, contou-se com os PPP enviados pelos coordenadores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da ENSP/Fiocruz; Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), do HESFA/UFRJ; e Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência, da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Não compuseram esta pesquisa os Projetos Político Pedagógicos da Residência em Enfermagem em Saúde da Família, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade

Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pois não se obteve retorno aos *e-mails* enviados à coordenação do curso, e da Residência em Enfermagem em Saúde da Família, da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), também sem sucesso na tentativa de contato por *e-mail* à coordenadora do período de vigência do curso, que teve edital aberto nos anos 2015 e 2016. Soma-se que não se identificou a disponibilidade dos citados documentos nas plataformas digitais dessas instituições, inviabilizando a sua inclusão na pesquisa.

No Quadro 3, abaixo, constam os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) dos cursos / programas analisados de acordo com o ano e os pontos explorados:

Quadro 3 – Projeto Político-Pedagógico dos cursos e programas de residência em Saúde da Família, com formação de enfermeiros no município do Rio de Janeiro, com relação a autor, ano e pontos analisados

Documento	Autor	Ano	Pontos analisados
PPP da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	FIOCRUZ/ENSP ⁽¹⁾	2008 e 2019	Instituição formadora; instituição executora; público-alvo; parcerias; cenários de prática; descrição da preceptoria; proposta pedagógica do curso ou programa; e estratégias de qualificação dos preceptores.
PPP da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC)	UFRJ/HESFA ⁽²⁾	2010	
PPP do Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade residência	UERJ/Centro Biomédico/Faculdade de Enfermagem ⁽³⁾	2014	

Fonte: ⁽¹⁾FIOCRUZ, 2008; FIOCRUZ, 2019; ⁽²⁾UFRJ, 2010; ⁽³⁾UERJ, RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014³.

Por fim, o terceiro grupo é composto pelos projetos voltados à qualificação da preceptoria em área profissional do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), descritos nos *sites* de iniciativa dos hospitais participantes, conforme apresentado no Quadro 4, abaixo.

Quadro 4 – Projetos do Programa de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) voltados à qualificação da preceptoria em área profissional, com relação a autor, triênio do projeto e pontos analisados

Projeto	Autor	Triênio do projeto	Pontos analisados
Educação na Saúde para Preceptores do SUS ⁽¹⁾	Hospital Sírio-Libanês	2015-2017	Objetivos; público-alvo; compreensão de preceptoria; e proposta pedagógica do projeto.
Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS (DGPSUS) ⁽²⁾ Subprojeto: Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS (PSUS).	Hospital Sírio-Libanês	2018-2020	
Programa de formação didático-pedagógica para a Preceptoria de Residência Multiprofissional e Saúde – RMS ⁽³⁾	Hospital do Coração	2018-2020	

Fonte: ⁽¹⁾Hospital Sírio-Libanês, 2015; ⁽²⁾Hospitais PROADI-SUS, 2018a; ⁽³⁾Hospitais PROADI-SUS, 2018b.

3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações desta pesquisa estão relacionadas ao método de coleta de dados, por meio de acesso exclusivamente a documentos disponibilizados em domínio público. Esta opção possibilitou o cumprimento dos prazos do programa de pós-graduação, mas limitou a análise.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Uma vez que esta pesquisa trata de análise documental a partir do uso de dados e de arquivos de domínio público, bem como sem envolvimento de seres humanos, não necessita de apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou, ainda, que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (BRASIL, 2013; 2016).

4 RESULTADOS

4.1 ATRIBUIÇÕES PARA A EQUIPE DE SAÚDE E NA ESPECIFICIDADE DE ENFERMEIROS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Com o intuito de compreender e analisar as diretrizes para a formação dos enfermeiros em Saúde da Família e, conseqüentemente, para a atuação do preceptor, buscou-se a descrição de atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família e dos enfermeiros nas Portarias da Política Nacional da Atenção Básica dos anos de 2006, 2011 e 2017.

Neste estudo pressupõe-se que as diretrizes das políticas de Estado para a saúde norteiam não só as práticas dos trabalhadores de saúde, mas também influenciam em larga medida a formação desses trabalhadores. Logo, no período e no nível de atenção à saúde em que o estudo se debruça, o campo de ação da Atenção Básica (AB), é a PNAB que fundamenta as diretrizes no âmbito da atuação dos trabalhadores da ESF. Pode-se pressupor que as práticas dos enfermeiros são, em larga medida, norteadas por aquelas diretrizes, bem como a formação destes profissionais e o aprimoramento da formação para a atuação na AB são orientadas pela especificidade dos cursos e programas de residência na AB.

Cabe ressaltar que não será realizada análise em profundidade das três Portarias e, sim, a análise dos pontos destacados.

Nas três versões da PNAB há a descrição das atribuições dos profissionais da Atenção Básica, onde se pode ler que os profissionais deverão seguir as normativas específicas do Ministério da Saúde, assim como as definições do escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual e municipal.

Partindo dessas considerações iniciais, serão apresentados dois blocos de análise: o primeiro, analisa as atribuições comuns a todos os membros da equipe na AB e o segundo, as atribuições do enfermeiro.

4.1.1 Atribuições das equipes na Atenção Básica

Nesta seção serão apresentadas as atribuições comuns a todos os integrantes das equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a) e a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

Em todas as portarias da PNAB constam atribuições relacionadas à participação da equipe no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação.

Uma vez que o primeiro princípio do SUS é a universalidade, seria de supor que a área de atuação fosse delimitada a partir da consideração de espaços geossociais, ou seja, espaços geográficos e características dos grupos sociais que os habitam, apenas para caracterizar as heterogeneidades das necessidades em saúde desses grupos.

No entanto, observa-se que, na PNAB de 2006, o critério para o mapeamento das famílias é a exposição a riscos. Em 2011 e 2017 foi incorporado o termo vulnerabilidade, mantendo o foco da atenção à saúde aos grupos sociais que não acessam os serviços de saúde privados e na mesma lógica de não universalização da atenção à saúde.

A partir da Portaria 2.488 de 2011 é prevista a atualização de cadastramento e de dados das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como atribuição de todos os trabalhadores da equipe da ESF (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017a).

A focalização, que nunca foi superada em direção à universalização, é reiterada nas diretrizes das políticas para a AB, como mostra parte do texto da PNAB, em que afirma a “atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida sócio-educativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial etc.)” (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017a).

De igual modo, a focalização estende-se também ao tipo de atendimento à saúde proposto, que é expresso nos programas prioritários da ESF.

Note-se que, se na Portaria de 2006 constava que o cuidado em saúde deveria ser realizado prioritariamente na unidade de saúde, no domicílio e em outros espaços comunitários (BRASIL, 2006), a partir da PNAB de 2011 o cuidado passa a ser priorizado no espaço interno das unidades de saúde (BRASIL, 2011a).

Embora em texto da PNAB haja consideração sobre a atenção à saúde em resposta a necessidades de saúde da população, como descrito abaixo, não existe a definição do conceito de necessidade de saúde, nem do que é considerado necessidade de saúde. Essa ausência de definição, aliada à priorização da atenção por programas, coloca em dúvida qual(is) necessidades, e de quem, estão sendo priorizadas.

Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB (BRASIL, 2017a).

Ao declarar a atuação de acordo com as prioridades, relacionadas a características sociais e biológicas (“grupos de risco”, “população vulnerável”), reforça-se a ideia de atenção focalizada a grupos sociais e a quadros clínicos, estes focados nos programas prioritários.

Pressupondo-se que a PNAB traz direcionamentos para a formação e o aprimoramento da formação de trabalhadores de saúde, a atuação dos preceptores estará guiada por essas diretrizes. Na medida em que a formação acontece nas práticas dos serviços e estes realizam atenção à saúde focalizada, esta marcará a atuação do preceptor; logo, a formação de residentes se dará possivelmente tendo as diretrizes clínicas e terapêuticas como aquilo que existe de direcionamento mais claro e seguro para a atuação destes trabalhadores.

Apesar de serem considerados estes direcionamentos emitidos pela PNAB, vale ressaltar que essa diretriz receberá influências da instituição a que estiver atrelado o curso, podendo ampliar esta perspectiva em outra direção, a depender das instituições de ensino dos cursos/programas de residência.

A busca pela integralidade da atenção e do atendimento às demandas espontâneas, às ações programáticas e de vigilância em saúde, é apontada desde a primeira versão da PNAB por meio de promoção da saúde, da prevenção de agravos e curativas. Na portaria de 2011, são acrescentados os conceitos de proteção e de recuperação e, em 2017, aponta-se para a incorporação de diversas racionalidades em saúde, inclusive as Práticas Integrativas e Complementares:

Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017a).

No entanto, ao mesmo tempo em que a política sugere considerar as necessidades de saúde e a atenção pautadas na integralidade, contraditoriamente se foca nos riscos, nas vulnerabilidades; no atendimento prioritário dentro das unidades de saúde; e em ações programáticas, que tendem a compartimentar a atenção em ações voltadas à saúde da criança, da mulher, do homem, do idoso, da saúde mental, da pessoa com deficiência ou a portadores de doenças específicas, tais como: hipertensão, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis etc.

A realização de acolhimento e a classificação de risco são agregadas à portaria de 2011 junto às noções de continuidade da atenção e vínculo (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017a).

Também estão descritas, para todos os trabalhadores, a busca ativa e a notificação de doenças e agravos de natureza compulsória, bem como as de importância local, conforme

consta na portaria de 2006 (BRASIL, 2006). No ano de 2017, amplia-se para “doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território” (BRASIL, 2017a). É na PNAB 2017 que se inclui a realização de “busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB”.

A coordenação do cuidado e a responsabilização por este; a garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da AB; a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais são incumbências comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família e estão presentes nas três Portarias da PNAB (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017a).

Se, na Portaria de 2006, a atribuição comum a todos os membros da equipe de Saúde da Família era a de participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, em 2011 a responsabilidade passa a ser acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas com vistas à readequação ao processo de trabalho (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a).

A partir da PNAB de 2011 são sugeridas atribuições que requerem formação específica, como, por exemplo, as práticas de cuidado familiar, as práticas interdisciplinares, embora não sejam especificadas quais seriam as disciplinas a serem incorporadas ao trabalho interprofissional na realização de reuniões de equipe e de ações de educação em saúde (BRASIL, 2011a).

É esperado que os trabalhadores das equipes da ESF realizem ações de estímulo a conselhos/colegiados de gestores locais, profissionais de saúde e usuários para a participação e controle social, que constam desde a primeira portaria da PNAB.

Na versão de 2017, as diretrizes da atenção – logo, diretrizes à formação e à preceptoria – sugerem mais atribuições aos trabalhadores:

[...] incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população) (BRASIL, 2017a).

Ao longo da PNAB de 2017 foram incorporados conceitos e terminologias, sem a definição dos mesmos, a exemplo da sugestão de que as práticas de cuidados se pautem na

clínica ampliada, no matriciamento e na construção de Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2017a).

Também são definidas como atribuições de trabalhadores da AB as atividades de educação permanente (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL 2017a).

Uma diversidade de atribuições a membros das equipes da ESF foi incorporada na PNAB 2017, incluídas até mesmo ações que não são específicas da saúde, reiterando, no sistema de saúde, a lógica da multifuncionalidade de tarefas que marca a reestruturação produtiva.

Foram incorporadas atribuições decorrentes de diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), associadas a processo de regulação do acesso – desde a definição de fluxos na RAS, a elaboração e a implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos, até a gestão de filas de espera. Além destas, passaram a ser atribuições de trabalhadores da equipe as ações associadas à segurança do paciente e à redução dos riscos e de eventos adversos, bem como atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia no território (BRASIL, 2017a).

Além destas, introduziu-se no setor saúde, na AB, o acompanhamento e registro das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no SIAB e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família e/ou outros programas sociais equivalentes (BRASIL, 2017a).

Ou seja, para além de responder a todas as metas quantitativas da ESF, ao longo das três PNAB, atribuições foram sendo continuamente incorporadas ao escopo dos profissionais, com maior responsabilização das equipes e trabalhadores.

4.1.2 Atribuições do enfermeiro na Atenção Básica

Além das atribuições comuns, expostas anteriormente, a PNAB apresenta o escopo de atribuições mínimas específicas do enfermeiro da Atenção Básica.

Uma das responsabilidades apresentadas para o enfermeiro é a realização de assistência aos indivíduos e famílias na unidade de Saúde da Família. Desde o início do Programa Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família anunciavam-se diretrizes para a superação de atenção médico centrada e em atendimento focada nas unidades de saúde, levantando-se a ideia de articulação e atuação no território. No entanto, assim como exposto nas atribuições a todos os membros da equipe, o foco apresentado na nova portaria da PNAB 2017 está nos atendimentos dentro das unidades de saúde – espaço privilegiado de desenvolvimento de atenção individual e na lógica da clínica médica.

Retomando o pressuposto de que a PNAB traz direcionamentos para a formação de enfermeiros para a AB, pode-se inferir também que parte da formação estará organizada por ciclos de vida – como, por exemplo, saúde da criança, adolescente, mulher, homem, idoso –, o que reforça a ideia de fragmentação das ações em saúde de maneira antagônica à integralidade.

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2017a)

A consulta de enfermagem, a solicitação de exames e a prescrição de medicações constam nas três versões da PNAB, mas é na versão de 2011 que são incorporadas a realização de procedimentos no âmbito individual, de grupos e de encaminhamentos a outros serviços (BRASIL, 2011a).

No trecho a seguir pode-se verificar o direcionamento para a atuação centrada em protocolos e normativas técnicas estabelecidas pelos gestores e que estejam de acordo com as observações legais da profissão:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, a partir de tais diretrizes, pode-se supor que a tendência é a de que a formação/aprimoramento e atuação do preceptor estarão mais impactadas por esses direcionamentos pautados em protocolos, em diretrizes e em normativas técnicas, que favorecem a lógica de trabalho fragmentado e a padronização de intervenções, preponderantemente no âmbito biopsíquico expresso no corpo individual.

Apesar de reconhecer que a formação e a proposta de atuação diferente e com perspectiva mais ampliada está em disputa, entende-se que fica a cargo de possíveis iniciativas locais, dos cursos/programas de residência ou do próprio preceptor, já que as diretrizes da PNAB caminham para outro lado.

Seguindo a mesma direção, a de um trabalho com ênfase nos protocolos, o enfermeiro também deverá “implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS [unidade básica de saúde]” (BRASIL, 2017a).

Em 2011, é apontada a função de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2011a); por sua vez, no ano de 2017, a responsabilidade descrita acima é retirada, com a inclusão de:

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe (BRASIL, 2017a).

Assim como levantado no bloco sobre as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, novamente é possível observar a escolha para um trabalho focalizado nos riscos e nas doenças, e em instrumentos do trabalho limitados a protocolos como alicerces na formação ou aprimoramento de enfermeiros para a ESF.

Outra parte da atuação do enfermeiro corresponde a atividades de supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem, sejam estas relacionadas às ações desenvolvidas por esses trabalhadores, como as de educação permanente, conforme se observa a seguir.

Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS são responsabilidades apontadas na PNAB de 2006 e 2011, ao passo que, na PNAB de 2017, amplia-se com a inclusão dos técnicos e auxiliares de enfermagem e Agente de Combate às Endemias (ACE). Em 2017, aponta-se para a noção de que estas atribuições não são exclusivas dos enfermeiros, mas que devem ser realizadas em conjunto com outros membros da equipe, guardando coerência com um trabalho mais integrado, com as práticas interprofissionais e a contribuição de diferentes olhares.

Em 2006, consta a função de “contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD” (BRASIL, 2006). Em 2011, o texto muda para “contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe” (BRASIL, 2011a). Ou seja, esperava-se que o enfermeiro realizasse atividades de educação permanente para os membros da equipe, sem distinção, o que coaduna com a ideia de aumento de responsabilidades e atribuições ao trabalhador enfermeiro.

4.2 CURSOS E PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA COM FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo, serão apresentados os Projetos Político - Pedagógicos dos Cursos e Programas de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, no que diz respeito à organização e à preceptoria.

A proposta não é a de comparar os cursos/programas e, sim, descrevê-los, a fim de compreender a preceptoria na formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família.

Os PPP que fazem parte desta pesquisa foram os da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da ENSP/Fiocruz; Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), do HESFA/UFRJ; e o Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência, da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Ressalta-se que todos os cursos e programas de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família analisados são oferecidos por instituições públicas de ensino.

De acordo com o levantamento realizado juntos aos coordenadores dos cursos e programas sobre os Projetos Político Pedagógicos, tem-se: a RMSF ENSP/Fiocruz com duas versões de Projetos Político Pedagógicos, uma primeira de outubro de 2008 com vigência até 2018 e outra de maio de 2019; a RMSFC HESFA UFRJ com uma versão, vigente desde 2011; e o PRESF UERJ com uma versão de agosto de 2014, vigente até os dias atuais. Observa-se que não se teve acesso ao PPP da RMSF/Fiocruz entre o ano de 2005 e 2009.

No Quadro 5 constam as informações de nome do curso ou programa de residência de acordo com a instituição formadora, a instituição executora, o público-alvo, os parceiros e os cenários de prática dos Projetos Político-Pedagógicos analisados.

Quadro 5 – Curso ou programa de residência com formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família, de acordo com a instituição formadora, instituição executora, público-alvo, parceiros e cenários de prática dos Projetos Político-Pedagógicos analisados

Nome do Curso / Programa	Ano do PPP	Instituição Formadora	Instituição Executora	Público Alvo	Parceiros	Cenários de Prática
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2008	Fiocruz	Prefeitura do Rio de Janeiro	Enfermagem Odontologia Nutrição Psicologia Serviço social	SMS RJ NERJ	Município do Rio de Janeiro
	2019	Fiocruz	ENSP	Educação Física Enfermagem Farmácia Odontologia Nutrição Psicologia Serviço social	SMS RJ SEMUS NERJ	Município do Rio de Janeiro Município de Mesquita
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	2010	UFRJ	HESFA	Enfermagem Farmácia Odontologia Nutrição Psicologia Serviço social	Escola de Enfermagem Anna Nery Faculdade de Medicina (Cursos de Fonoaudiologia e Fisioterapia) Faculdade de Farmácia; Instituto de Nutrição Josué de Castro Escola de Serviço Social Instituto de Psicologia Faculdade de Odontologia Instituto de Ginecologia Instituto de Neurologia Deolindo Couto da UFRJ Subsecretaria Municipal de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro Hospital Estadual Adão Pereira Nunes Unidades Básicas e Hospitalares de Saúde da Rede Municipal do Rio de Janeiro Maternidade Escola da UFRJ e Maternidades da rede municipal	
Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência	2014	Faculdade de Enfermagem UERJ	SMS RJ	Enfermagem	SMS RJ	Município do Rio de Janeiro

Fonte: ⁽¹⁾FIOCRUZ, 2008; ⁽²⁾FIOCRUZ, 2019; ⁽³⁾UFRJ, 2010; ⁽⁴⁾UERJ, RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014.

Em relação ao público-alvo, a primeira versão do PPP da RMSF da ENSP/Fiocruz contava com cinco categorias de residentes (Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social), mas na última versão foram incluídas outras duas categorias profissionais (Educação Física e Farmácia). A RMSFC do HESFA, também multiprofissional, destina vagas para seis categorias profissionais de residentes: Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Já no Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência da Faculdade de Enfermagem da UERJ, a modalidade é uniprofissional para a enfermagem.

Sobre as parcerias que constam nos PPP, todos os três cursos/programas analisados possuem parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS RJ). No caso da RMSF da ENSP/Fiocruz, soma-se a parceria do Núcleo Estadual no Rio de Janeiro (NERJ) e a partir do PPP do ano de 2019 é incorporada a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Mesquita (SEMUS). Os parceiros da RMSFC do HESFA constam no quadro 5, e fazem parte as Escolas/Faculdades das referidas categorias profissionais, além de serviços de saúde.

Quanto à carga horária dos cursos e programas analisados, todos apresentam no PPP a carga horária definida para a formação nos moldes de residência: 5.760 horas, das quais 80% são de prática (4.608 horas) e 20% teórica (1.152h), conforme recomendação legal sugerida.

4.2.1 A preceptoría nos cursos e programas de residência

Com o intuito de compreender a preceptoría na formação de enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família, foram identificados os objetivos gerais; a descrição de preceptoría; a orientação didático-pedagógica; e a formação e /ou preparo para a preceptoría nos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos e programas analisados.

A respeito dos objetivos, observou-se que, dos três cursos/programas analisados, dois citam no objetivo geral a ideia de desenvolvimento de competências para o desempenho descrito como de excelência no que diz respeito à gestão, cuidado e formação sócio-política (FIOCRUZ, 2019) e gestão, atenção à saúde e organização do trabalho (UFRJ, 2010).

Promover o desenvolvimento de competências e atributos à equipe multiprofissional de saúde de nível superior para atuarem junto às equipes da ESF com desempenhos de excelência nas áreas de competência da gestão do processo de trabalho, cuidado na perspectiva da clínica ampliada (individual, familiar e comunitário) e formação Sócio-política, educação e saúde visando à melhoria da saúde e o bem estar de pessoas individuais, suas famílias e da comunidade (FIOCRUZ, 2019).

Promover o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais [...] para o exercício profissional com excelência na atenção à saúde da população,

gestão e organização do trabalho, fundamentadas nas diretrizes do SUS na perspectiva da integralidade e do modelo de vigilância à saúde (UFRJ, 2010).

Apesar de os Projetos Político-Pedagógicos acima citarem o exercício profissional com excelência como algo esperado pelo residente ao cursar o programa de residência, não foi descrito o que seria tal excelência.

O outro projeto anuncia como objetivo geral do curso: “Qualificar o profissional enfermeiro com enfoque na Estratégia Saúde da Família por meio de treinamento em serviço” e, também, faz referência ao desenvolvimento de competências no decorrer do PPP. Os eixos adotados por esse curso são “tecnologia do cuidado e da vigilância em saúde, com enfoque clínico e epidemiológico” (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

Nos três cursos e programas, os preceptores são profissionais da rede municipal de serviços que atuam na Estratégia Saúde da Família, responsáveis pela supervisão direta dos residentes no serviço de saúde. Conforme pode ser verificado nos trechos abaixo, a descrição dos preceptores e de sua função é bastante sucinta:

[...] profissionais da rede municipal de serviços que atuam na Estratégia de Saúde (UFRJ, 2010)

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o curso (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

Um dos PPP descreve as funções do preceptor citando a Resolução da CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012:

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

- VIII. Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- IX. Participar da avaliação da implementação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- X. Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU e no regimento do curso, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (BRASIL, 2012a).

Dentre as funções acima, nota-se que o papel do preceptor é vinculado à pessoa que orienta, acompanha, facilita. O programa abaixo também descreve desta maneira, como um “condutor da aprendizagem”, responsável por estimular e gerar dúvidas nos residentes, estimular a reflexão crítica e lançar questões norteadoras sobre problemas a partir do conhecimento prévio dos residentes. O trecho abaixo identifica o preceptor, assim como outros profissionais envolvidos no acompanhamento pedagógico do curso, como:

[...] professores, orientadores, facilitadores e condutores da aprendizagem, cabendo a eles a responsabilidade de gerar dúvidas, estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades, e a identificação de exercícios de reflexão da prática. [...] Precisam conhecer e considerar o conhecimento prévio do estudante e estar permanentemente lançando questões norteadoras sobre os problemas apresentados, tendo como ponto de partida o que o estudante conhece sobre o conteúdo que se pretende ensinar. (FIOCRUZ, 2019).

No entanto, ao se adotar esta perspectiva, desloca-se a função de ensino pelo professor e preceptores por meio de conhecimentos já sistematizados e das teorias para uma concepção de educação mais pragmática e voltada à resolução de problemas do cotidiano.

Em um dos cursos, faz-se a distinção entre preceptor de equipe e preceptor de território, estabelecendo uma fragmentação da atividade de preceptoria. Assim, um deles seria o profissional responsável por acompanhar, planejar e desenvolver as atividades no campo, ao passo que o outro estaria responsável por oferecer suporte técnico assistencial e pedagógico mediante atividades de educação permanente e como equipe de referência matricial, em especial, às categorias de nutrição, assistência social e psicologia, que, em geral, compõem atualmente o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB).

1- Preceptor de Equipe: [...] profissional de saúde que integra a equipe do módulo de atuação de uma equipe de residentes, que acompanha e se responsabiliza pelo planejamento e desenvolvimento das atividades no campo, acompanhando a singularidade das situações e a complexidade das interações entre sujeitos diferentes. Desenvolve função de supervisão docente assistencial em campo.

2- Preceptor de Território: [...] profissional de saúde que integra a equipe de supervisão local. Na SMS-RJ, denominado Grupo de Apoio Técnico (GAT), tem por função principal oferecer suporte técnico assistencial e pedagógico,

desenvolvendo atividades de educação permanente as equipes daquela área programática e funcionando como equipe de referência matricial. Acompanha equipe de quatro a cinco alunos/residentes e possibilita a experiência de acompanhamento matricial principalmente aos profissionais das categorias de nutrição, assistente social e psicologia (FIOCRUZ, 2008).

Esta distinção nos remete, por um lado, a um processo de trabalho que pensa a atuação do profissional articulada à realidade local e com um olhar de valorização do território, mas, por outro, parece fragmentar a preceptoria de maneira contraditória à formação para a Saúde da Família.

Sobre os pré-requisitos ou condições para a preceptoria, somente o PPP do Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência da UERJ determina que este profissional tenha a titulação de especialista e esta seleção é de responsabilidade da instituição executora (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro):

Os preceptores serão selecionados pela Instituição Executora em parceria com a Instituição Formadora de acordo com o perfil e número de residentes. O preceptor deverá ser enfermeiro com o título mínimo de especialista e deverá estar presente no cenário de prática (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

Já outro programa de residência traz a ideia de uma equipe com perfil para a preceptoria, sendo que a escolha parece não centrar-se em um único indivíduo, mas na unidade de saúde e equipe, que deve estar completa, possuir perfil para a preceptoria, ter experiência de trabalho na ESF, ter prática com grupos, docência ou processos educativos, além de dispor de tempo para acompanhar os residentes, conforme trecho abaixo:

As Unidades da ESF no SMS - Rio (módulos) foram selecionadas a partir de características definidas como indispensáveis para a prática: equipe completa; todos os seus membros possuem perfil de preceptoria; história de exercício na Estratégia Saúde da Família; experiência em condução de grupos; atividades de docência ou processos educativos informais e disponibilidade de tempo para acompanhamento de residentes (FIOCRUZ, 2008).

Apesar de o trecho acima se referir a um perfil de preceptoria, não há esta descrição no Projeto Político - Pedagógico. Também verifica-se que, apesar de trabalhar com a ideia de equipe preceptora, somente o nome de um profissional consta oficialmente no PPP, sem a exigência de que este tenha especialização na área da Saúde da Família.

Se for considerado que 80% da carga horária dos cursos e dos programas de residência ocorrem no campo prático, junto aos preceptores, parece arriscado deslocar a responsabilidade desse acompanhamento por profissional que não tenha formação compatível com a especialidade na qual se pretende formar. Essa ausência de exigência coincide com a ideia de que o preceptor acaba por assumir uma função de supervisor do residente e de pessoa que

incentiva e estimula que os residentes aprendam, sem que o preceptor detenha os conhecimentos teóricos referentes ao campo de conhecimento da especialidade.

Existe a menção quanto à contribuição dos preceptores em ministrar aulas teóricas: “Profissionais de seu quadro realizam atividades de preceptoria de território e preceptoria de equipe e contribuem, também, com aulas teóricas ministradas” (FIOCRUZ, 2008).

Ou seja, além da atividade de preceptoria e as responsabilidades enquanto profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família, espera-se que estes contribuam com aulas teóricas. Apesar de haver concordância sobre a importância dos preceptores nas salas de aula, inclusive para a articulação teórico-prática, parece que se espera um profissional com muitas funções e obrigações, o que se mostra temerário ao se pensar na sobrecarga de trabalho destes trabalhadores. No entanto, esse conjunto de atribuições da preceptoria evidencia-se coerente com o que se espera de um profissional multitarefa definido na reestruturação produtiva.

No PPP da RMSFC do HESFA, há referência de carga horária do preceptor para a atividade de preceptoria e planejamento e de proporção por residente:

[...] destinarão 20 horas da sua carga horária de trabalho para a Preceptoria nas Unidades de Saúde e áreas de planejamento, na relação de um Preceptor para até três alunos da mesma categoria profissional [...] (UFRJ, 2010).

Se, por um lado, parece ser positiva a menção da quantidade de horas dedicadas à preceptoria e o resguardo da atividade de planejamento por este profissional, por outro, parece indicar que nas outras 20 horas, ao se ter em conta que o trabalhador foi contratado para uma jornada de 40 horas semanais, vê-se que o profissional deverá cumprir todas as outras responsabilidades na equipe, o que seria praticamente o anúncio de sua sobrecarga de trabalho e de atividades que não seriam realizadas.

Em todos os documentos de Projeto Político-Pedagógicos analisados, parte da avaliação do residente é apontada como uma das atribuições do preceptor. De maneira condizente aos objetivos dos projetos, a avaliação está ancorada na análise dos desempenhos por competências e avaliação teórica/desempenho acadêmico dos residentes.

No trecho abaixo, anuncia-se avaliação por meio de análise dos desempenhos, que inclui:

[...] os seguintes indicadores: relação com a comunidade, interesse científico, aprendizado dos conceitos éticos e profissionais, responsabilidade e pontualidade/assiduidade e avaliada, também, a participação discente nessas atividades. Para as atividades teóricas serão realizados Seminários de Síntese ao final de cada Unidade (mapas conceituais) (FIOCRUZ, 2008).

A sistematização do processo avaliativo escrito levará em consideração as ações realizadas pelo residente durante os dois meses anteriores com enfoque no desempenho acadêmico e de competências [...] Essa forma de avaliação não exclui a percepção e avaliação do preceptor no decorrer das atividades do residente, devendo o preceptor notificar verbalmente ou por escrito à Coordenação quaisquer atitudes que não estejam de acordo com as exigências do curso, como por exemplo, faltas, atrasos, condutas não condizentes (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

Em um dos cursos, o conjunto da avaliação dos residentes conta com: conhecimentos teóricos, participação em atividades científicas, o trabalho de conclusão de curso (monografia) e a avaliação dos residentes pelos preceptores. Esta última avaliação se dá por meio de um formulário de “Avaliação por Escala de Atitudes”, com os seguintes pontos: assiduidade, pontualidade, interesse pelo trabalho, desempenho profissional e relacionamento com usuários(as), famílias, comunidade, equipe multiprofissional parceiros intersetoriais (UFRJ, 2010).

Nota-se que parte do que se espera que o preceptor avalie corresponde a atividades de supervisão, como o controle de frequência e de horário da entrada dos residentes, além de avaliação de comportamentos, como o relacionamento com a equipe, usuários e famílias, interesse no trabalho, participação nas atividades e, também, o desempenho ou aprendizado ético e profissional do residente.

Os três cursos estudados anunciam a autoavaliação pelos residentes como parte do processo avaliativo:

O processo de avaliação do desempenho do residente será realizado pelos preceptores com participação dos docentes orientador/tutor e com a auto-avaliação dos próprios residentes (FIOCRUZ, 2019).

No trecho a seguir, anuncia-se a autoavaliação do residente como parte deste processo de aprendizagem. Nota-se que a apreensão de conhecimentos não é citada, mas, em contrapartida, elege-se, como critérios, o envolvimento deste com a equipe e com o trabalho, “papel interdisciplinar” e, inclusive, características pessoais que favoreçam o desempenho profissional, sem deixar claro a que características se referem.

A avaliação será considerada uma estratégia de aprendizagem e terá caráter formativo, oferecendo retorno constante dos tutores e preceptores para o residente, a auto-avaliação do residente quanto ao seu envolvimento com a equipe multiprofissional, seu papel interdisciplinar, o envolvimento com os trabalhos, características pessoais que favoreçam o bom desempenho profissional, entre outros aspectos, possibilitando assim o seu crescimento e desenvolvimento ao longo do processo (UFRJ, 2010).

Neste último trecho sobre a autoavaliação do residente, referente ao PPP do Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade residência, a autoavaliação é anunciada como oportunidade de avaliação do suporte teórico e prático oferecido pelo curso.

O residente será estimulado a ser um agente participativo deste processo ao realizar a sua autoavaliação de desempenho acadêmico e de competências [...]. Esta autoavaliação pretende avaliar o grau de necessidade do residente e ser um material instrutivo para o desenvolvimento das habilidades de enfermeiro de ESF, além de ter a oportunidade de avaliar também o suporte teórico-prático para aprendizagem (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

O trecho a seguir demonstra que o curso prevê a avaliação dos preceptores e do docente/orientador pelo residente: O preceptor e o docente/orientador serão igualmente avaliados pelos residentes a cada dois meses por meio de um instrumento de avaliação, objetivando manter padrão de qualidade pactuado entre os sujeitos do programa (FIOCRUZ, 2019). No entanto, os critérios e os instrumentos utilizados para a avaliação dos preceptores não estão disponíveis no PPP analisado.

A seguir, foram identificadas as orientações didático-pedagógica dos cursos e dos programas de residência analisados por compreender que estas ancoram a atuação dos preceptores.

A concepção construtivista de educação está presente em dois dos PPP analisados.

O Programa tem como referência de aprendizagem a concepção construtivista que identifica o aluno como construtor de conhecimento (FIOCRUZ, 2008). A prática pedagógica proposta contempla a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, tendo como referência a concepção construtivista que identifica o aluno como construtor de conhecimento (COLL, 1998 *apud* UFRJ, 2010, p.18).

Nestes programas, adota-se a orientação pedagógica da problematização e do desenvolvimento de competências. Nos trechos abaixo, explica-se que a metodologia da problematização está voltada para o estudo voltado à resolução de problemas. Além da expectativa de que estas respostas sejam adequadas à realidade na qual trabalham os residentes, também se espera as soluções sejam “originais” e “criativas”.

Lança mão da problematização como metodologia orientadora. Nesta metodologia, o aluno/residente deve ter a capacidade de detectar os problemas reais e buscar soluções adequadas, originais criativas, bem como apropriadas à realidade onde estão sendo empregadas. A referida metodologia considera o estudo um ato intencional, consciente, metódico, organizado e dirigido no sentido de resolver problemas. O conhecimento, por sua vez, não é um conjunto de verdades prontas e escolhidas pelo professor, mas sim construído significativamente a partir da intervenção na realidade concreta (FIOCRUZ, 2008; FIOCRUZ, 2019).

Neste sentido, a metodologia problematizadora orienta o processo. Nesta proposição o aluno/residente deve ter a capacidade de detectar os problemas reais e buscar as soluções a partir do coletivo de forma cidadã, criativa e original. Busca-se a capacitação do aluno/residente numa programação coerente com o desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais e a respectiva relação interdisciplinar (UFRJ, 2010).

O Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência da UERJ adota a proposta da problematização, conforme exposto no trecho abaixo.

A proposta curricular parte de uma concepção educacional baseada na metodologia da problematização, que busca resgatar o conceito e a prática da cidadania e permitir a reflexão, a crítica e o conhecimento indispensáveis a reformulação da prática profissional (UERJ, 2014).

Nessa metodologia, entende-se que o processo de aprendizagem é construído a partir da visão do aluno sobre o assunto, por meio de reflexões, construção de sínteses e respostas aplicadas à realidade:

Os alunos são sujeitos ativos de conhecimento e o processo de aprendizagem é construído a partir da visão que tem sobre o assunto estudado, por meio de ações de reflexão e busca ativa na construção de sínteses e métodos para aplicação na realidade (FIOCRUZ, 2008; FIOCRUZ, 2019).

É almejado que o residente construa seu próprio conhecimento e, para isso, argumenta-se que o conhecimento prévio do residente seja resgatado no processo de ensino e assimilado à realidade vivida no campo prático, conforme exposto no trecho abaixo:

Visando as condições fundamentais para um adequado processo de aprendizagem profissional, o programa trabalha com o resgate do conhecimento prévio (aprendizagem significativa) durante o processo de ensino, com a similitude entre o contexto no aprendizado e a realidade a ser posteriormente enfrentada, e com o estímulo à construção do próprio conhecimento (FIOCRUZ, 2008; FIOCRUZ, 2019).

Da mesma maneira, ajuda a compreender a redefinição do papel do professor e também do lugar do preceptor nesse processo de formação de trabalhadores para a Estratégia Saúde da Família. Ao focar nas metodologias, o preceptor pode assumir um papel de supervisor, conforme exposto na seção anterior ou daquele que irá aplicar o método de ensino, não sendo necessário, por exemplo, de que seja especialista na área de formação da residência.

O uso de problemas do cotidiano como indutores de ditos desafios educacionais para gerar propostas de ação para mudanças aparecem em dois PPP:

Para facilitar o desenvolvimento de um ambiente que estimule o estudo, os problemas reais do cotidiano serão norteadores de desafios educacionais. Para resolver os desafios educacionais, os alunos deverão articular os conteúdos das diversas disciplinas em uma reflexão crítica do seu papel na equipe de

Saúde da Família e construir propostas de ação coerentes com o exercício cotidiano de sua prática profissional (UFRJ, 2010).

A abordagem do problema constitui-se em etapa importante da metodologia da problematização, pois ela instrumentaliza o contato com problemas reais, para os quais se precisa e pretende resolver. Como não se trata de problemas hipotéticos, mas sim aqueles identificados na realidade e trazidos pelos alunos/residentes, faz-se necessária a tomada de decisão e a escolha das estratégias mais adequadas ao seu enfrentamento (FIOCRUZ, 2008; FIOCRUZ 2019).

Segundo os PPP analisados, a solução dos problemas citados acima envolvem múltiplas possibilidades de respostas que, com reflexão, crítica e planejamento, correspondem ao desenvolvimento de competências profissionais:

O problema, no âmbito prático ou teórico, caracteriza uma situação que envolve múltiplas possibilidades ou alternativas para sua solução, requerendo para tanto espírito crítico, reflexão e planejamento o que corresponde, no processo de aprendizagem, ao desenvolvimento das competências expressas nos objetivos educacionais deste programa (FIOCRUZ, 2008; FIOCRUZ, 2019).

De acordo com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ, a competência se infere pela realização de tarefas fundamentadas em atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais:

A competência não é algo que se observa diretamente, porém que se infere pelo desempenho (realização das tarefas essenciais, fundamentadas por atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais qualificados. Assim, propomos trabalhar com as atividades e as capacidades de modo articulado, verificáveis pelo desempenho, aqui entendido como uma combinação de atributos que fundamentam a realização de tarefas profissionais. Os desempenhos são, assim, observáveis e, a partir desses, se infere a competência (FIOCRUZ, 2008).

Outra referência que consta no PPP da RMSFC do HESFA são os “quatro pilares da educação”, diretrizes apresentadas no relatório da comissão internacional da UNESCO, “Educação: um tesouro a descobrir”, conhecido como Relatório Jacques Delors, publicado em 1998 - o saber ser, saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver:

A construção do processo educativo se organiza a partir do exercício da cidadania, que por sua vez, fundamenta-se a partir de quatro aprendizagens fundamentais, com ênfase primária no saber ser, sobre o qual se estruturam os demais saberes: saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver (DELORS, 2001 *apud* UFRJ, 2010, p.23).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do HESFA aponta para a organização em quatro eixos estruturantes: vivências teórico conceituais; vivências no

território; vivências de extensão; e vivências monográficas. A seguir, será descrito este processo, para fins de entendimento.

O primeiro eixo, o de vivências teórico-conceituais, apresenta um percurso que se inicia com “Mesas Temáticas”, descrita a seguir, e tem por objetivo introduzir temas, a serem desenvolvidos nas próximas etapas:

São encontros temáticos mensais (um a cada mês/quatro horas) baseados nos Eixos Norteadores e devem ser apresentados no formato de Mesa de Debates onde profissionais da Rede de Saúde, Academia, Parceiros Institucionais e Intersetoriais poderão discutir as múltiplas dimensões do conteúdo inerente ao Eixo. Têm por objetivo introduzir os temas na dimensão macro com sua complexidade (UFRJ, 2010).

Após as Mesas Temáticas, estão previstos os Grupos de Estudos, em que equipes formadas por alunos, tutores e preceptores deverão:

[...] durante quatro (04) horas/semanas buscar através de bibliografia, legislação e experiências a fundamentação teórico/metodológica do Tema para organizar e coordenar um Seminário onde as múltiplas facetas serão apresentadas, discutidas e consolidadas (UFRJ, 2010).

O momento seguinte é descrito como estratégia para ampliar a discussão teórica, articular com o território e promover vivências das equipes. Nesse momento, após introdução dos temas nas Mesas Temáticas e as buscas e organização dos Seminários no momento dos Grupos de Estudos, espera-se que os Seminários possibilitem o “aprofundamento do conhecimento e atualização dos temas pertinentes, interdisciplinares, intersetoriais” (UFRJ, 2010).

A partir do Seminário, ocorrem as Rodas da Residência e as Oficinas Temáticas. A primeira é descrita a seguir:

A Roda da Residência é interdisciplinar tem o formato livre sempre baseado na vivência de campo com o objetivo de articular o campo macro com o micro através de uma sutil rede de conhecimentos interdisciplinares cuja matriz foi o Eixo Temático e que entrelaça a teoria e a prática onde podemos explorar os casos clínicos e comunitários do cotidiano, articulando-os com a prática em serviço, o que promove uma reflexão crítica da realidade do processo de trabalho em saúde. Portanto, não há disciplinas, mas sim Rodas de ensino-aprendizagem com o desenvolvimento de estudos de caso e vivências (UFRJ, 2010).

Pelo trecho, entende-se que casos clínicos e comunitários do cotidiano, da prática em serviço, são levadas para a discussão nas Rodas de Residência. Nota-se a intenção de promover uma reflexão crítica da realidade, apesar de parecer contraditório com a descrição de “sutil rede de conhecimentos interdisciplinares”.

Já as Oficinas Temáticas são apontadas como:

[...] método utilizado para facilitar a discussão de diferentes experiências com determinado grupo, sobre assuntos relacionados ao processo de conhecimento que se pretende construir. Nesta técnica existe a possibilidade de utilização de recursos educacionais não tradicionais (UFRJ, 2010).

A ideia de promoção de mudanças na realidade e nos sistemas locais de saúde aparecem nos três projetos. No caso do PPP da RMSFC - HESFA, pretende-se que nas atividades de Rodas da Residência e Oficinas Temáticas sejam apresentadas estratégias para essas mudanças e os resultados pretendidos.

O segundo eixo estruturante – que junto ao primeiro compõem os mais centrais na atuação do preceptor – refere-se às “vivências no território” e é considerado como escolha metodológica, em que o residente reflete e atua no território:

É resultado do refletir e do fazer do residente e de outros profissionais no território de sua área de atuação. Não se trata apenas de uma escolha pessoal de se estar no campo, mas o estar no território faz parte de uma clara estratégia metodológica que possibilita ao residente, por exemplo, entrar em contato com uma realidade viva, dinâmica, rica em possibilidades e contradições que precisa ser compreendida e transformada, visando à promoção da saúde (UFRJ, 2010).

Soma-se o terceiro eixo, nomeado vivência de extensão, e o quarto e último, vivência monográfica. Nota-se na descrição dos eixos do PPP da RMSFC - HESFA a centralidade e a aposta nas metodologias de ensino em detrimento dos conhecimentos e dos conteúdos.

No entanto, vale retomar que, ao direcionar a formação para a solução de problemas presentes no cotidiano e com maior enfoque nos métodos de ensino e não nos conhecimentos já produzidos socialmente, conforme exposto anteriormente, optou-se por direcionar o papel destes trabalhadores à adequação e à resolução de problemas do cotidiano do trabalho com base em desempenhos voltados à realização de tarefas, tornando desproporcional e incongruente a expectativa de que estes sejam atores de mudanças sociais.

O PPP do Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade de residência da PRESF - UERJ descreve o perfil esperado do egresso ao final da especialização dos enfermeiros, igualmente no formato de competências a serem desenvolvidas:

- a) Domínio das atribuições específicas do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, com habilidade de desenvolver a integralidade da atenção por meio da realização de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.
- b) Capacidade para assumir a responsabilidade sobre sua prática, tendo iniciativa, criatividade e abertura às mudanças, implicando a subjetividade na organização do trabalho, com autonomia de ação e reflexão sobre a qualidade e as implicações ética de seu trabalho.

- c) Comprometimento com o trabalho em equipe, compreendendo o impacto de sua ação sobre os serviços e as pessoas;
- d) Competência comunicativa, com negociação e habilidade de comunicação interpessoal e interação com a pessoa a ser cuidada por meio da escuta qualificada proporcionando o estabelecimento do vínculo.
- e) Competência de abordagem familiar e comunitária, capaz de conhecer, interpretar e intervir, de acordo com as necessidades de saúde da família e de seus componentes nas diversas fases de seu ciclo vital e sua cultura, com senso de responsabilidade social, no processo saúde-doença e seus respectivos condicionantes e determinantes.
- f) Habilidade para identificar grupos, famílias e indivíduos vulneráveis a riscos na perspectiva da produção social da saúde, de acordo com a identificação do perfil epidemiológico e que contribua para o impacto social.
- g) Capacidade de realizar de forma crítica a educação permanente de suas ações e da equipe, fundamentada no conhecimento científico, e desenvolver pesquisas.
- h) Conhecimento sobre a Rede de Atenção à Saúde, compreendendo a integralidade desta rede e do cuidado a ser prestado ao usuário, de forma a possibilitar o acesso ao usuário responsabilizando-se integralmente por ele, estabelecendo comunicação efetiva e atenção resolutiva, articuladas com outros serviços ou equipes/ redes de cuidados.
- i) Capacidade de identificar os recursos e as parcerias disponíveis que mobilizam a participação da comunidade e potencializam as ações intersetoriais com a equipe de saúde.
- j) Conhecimento e capacidade de utilizar os sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde, incluindo o prontuário eletrônico, reconhecendo como ferramenta para o planejamento das ações (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

No trecho abaixo, expõe-se que a formação por competências considera os sujeitos como atores de mudanças sociais: “Uma formação baseada em competência permite considerar a historicidade dos sujeitos e do seu papel de atores de mudanças sociais” (FIOCRUZ, 2008).

De outra perspectiva, não mais da expectativa de que o profissional enfermeiro (residente ou preceptor) seja um ator de mudanças sociais e de transformações na realidade, fala-se da lógica dos indivíduos e pacientes como responsáveis pelo seu cuidado e decisões na vida, conforme evidenciado no trecho abaixo:

A prática cotidiana do fazer saúde requer dos profissionais o conhecimento da realidade social na qual se encontra inserido, dos vários interesses de classe ali presentes; do ser humano, isto é, de “si” e do “outro” e das relações que o cercam, denotando um compromisso existencial para entender e valorizar o humano, entendendo que os indivíduos são responsáveis com o seu próprio cuidado e com as decisões que tomam sobre suas vidas (UFRJ, 2010).

4.2.2 Formação ou preparo para a preceptoría

A seguir, será apresentado como os cursos e programas analisados preveem a formação ou preparo dos preceptores nos Projetos Político-Pedagógicos.

A oferta de qualificação aos preceptores aparece de maneiras diversas nos documentos. Em um dos programas, a qualificação se dá previamente, antes do início da nova turma de residentes, por meio de curso de atualização com carga horária de 60 horas presenciais, além de encontros com os preceptores a cada quinze dias, para o “processo de educação permanente”.

Para o exercício da preceptoría é realizado um processo de formação para os profissionais de nível superior que compõem as Equipes de Saúde de Família do Município do Rio de Janeiro. Este processo de formação compreende um curso de atualização com 60 horas de aulas presenciais, antes do início da nova turma e um processo de educação permanente previsto em um encontro a cada quinze dias. Atuar na formação do aluno/residente exige entender a dinâmica do processo de ensino- aprendizagem a partir da prática, as especificidades que caracterizam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. A compreensão do papel da preceptoría como co-visão, compartilhando sentidos, conhecimentos, formas de ações, e de gestão do cuidado individual, familiar e coletivo. Neste sentido a formação do preceptor foi considerada fator determinante para o bom andamento do curso (FIOCRUZ, 2008).

Para este programa, a atuação do preceptor exige a compreensão do processo de ensino- aprendizagem por meio da prática e do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Considerou-se que a formação dos preceptores foi importante para o bom andamento do curso, no entanto, na segunda versão deste mesmo programa de residência, não há mais a citação de curso de qualificação para os preceptores ou dos encontros quinzenais.

Outro curso cita, sem detalhes, o processo de educação permanente dos preceptores assessorada por rede de telemedicina em conjunto com a Comissão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família, que:

[...] conta com a transmissão simultânea de videoconferências, pela rede RUTE – Rede Universitária de Telemedicina, o que facilitará a participação dos residentes em grupos de interesses já desenvolvidos na instituição bem como os de outras instituições de ensino e pesquisa. Também acompanha e avalia os cursos ministrados na instituição e, em conjunto com a Comissão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade assessorará o processo de educação permanente dos preceptores e equipes de trabalhos (UFRJ, 2010).

Nota-se que, assim como não há clareza sobre o processo de educação permanente voltado aos preceptores na descrição do PPP acima, o perfil deste trabalhador também não está claro ou definido:

O perfil dos preceptores da rede de saúde será discutido nas oficinas que serão desencadeadas pela UFRJ e SMSDC/RJ. Estaremos oferecendo um Curso de preceptoría aos profissionais indicados pela SMSDC/RJ que ainda não disponham desta qualificação (UFRJ, 2010).

Da mesma maneira, no PPP citado abaixo, não há detalhes sobre o processo de educação permanente dirigido aos preceptores, ficando o texto restrito a sinalizar a quem compete esta responsabilidade. À coordenação do programa cabe “Constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU e às instâncias acadêmicas e deliberativas da UERJ”, ao passo que compete aos tutores “Apoiar a coordenação do programa na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora” (UERJ; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014).

4.3 ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DE PRECEPTORES PELO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS)

A fim de compreender as ações voltadas à capacitação ou à qualificação de preceptores no âmbito federal, apresentam-se os projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) voltados à preceptoría.

4.3.1 PROADI SUS: capacitação de recursos humanos

Uma das estratégias adotadas em âmbito federal para a qualificação de preceptores ocorre por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O Programa é financiado com recursos de isenção fiscal, concedidos às entidades beneficentes de assistência social, com respaldo no Art. 195, § 7º da Constituição Federal de 1988, em que “são isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei” (BRASIL, 1988) e por meio da Lei nº 12.101/2009, que dispõe sobre a certificação destas entidades:

A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nesta Lei (BRASIL, 2009a).

Desta forma, autoriza-se a isenção de contribuições para a seguridade social a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social.

A prestação de serviços por estas entidades pode ocorrer na área da assistência social, saúde ou educação. Na área da saúde, elas podem atuar de três formas: prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%; execução de ações e serviços de promoção da saúde; ou

realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (PROADI-SUS), para as consideradas entidades de saúde de reconhecida excelência.

As áreas de atuação destes projetos de apoio institucional do SUS incluem:

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; ou IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Conforme apresentado acima, nota-se a opção governamental quanto a delegar serviços como a capacitação de recursos humanos, por meio desses projetos de apoio ao SUS, a entidades de natureza jurídica privada, mesmo que sem fins lucrativos.

O processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e os procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social estão dispostos no Decreto Nº 8.242/2014, mas no caso da saúde:

Compete ao Ministério da Saúde conceder ou renovar a certificação das entidades beneficentes de assistência social da área de saúde que preencherem os requisitos previstos na Lei nº 12.101, de 2009, e neste Decreto (BRASIL, 2014c).

As regras e os critérios para a apresentação, análise, aprovação, monitoramento e prestação de contas dos projetos do PROADI-SUS são expostos na Portaria Nº 3.362 de 8 de dezembro de 2017. As entidades que se propõem a realizar tais projetos devem estar previamente reconhecidas como de excelência pelo Ministério da Saúde, cuja validade é de três anos (BRASIL, 2017b).

Os projetos de apoio apresentados pelas entidades devem conter, no mínimo, a estrutura abaixo:

I - as informações da entidade de saúde de reconhecida excelência; II - a área de atuação do projeto; III - a justificativa; IV - os objetivos, inclusive aquele(s) do Plano Nacional de Saúde ao(s) qual(is) o projeto se vinculará; V - a metodologia; VI - o cronograma de entregas, atividades e marcos; VII - a previsão, com orçamento destacado, dos eventos anuais de avaliação dos resultados parciais e/ou finais dos projetos de apoio, conforme disposto no caput do artigo 27; VIII - o orçamento por plano de contas e orçamento por entregas; IX - o plano de gestão de riscos do projeto de apoio; e X - as informações adicionais e os anexos, quando necessário (BRASIL, 2017b).

A Portaria Nº 112/2012 define critérios e requisitos no que concerne à comprovação de capacidade das instituições de saúde para a apresentação de Projetos no PROADI-SUS na área de atuação de capacitação de recursos humanos:

I - dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino desenvolvidas no âmbito do hospital;

II - oferecer:

a) programas de especialização na modalidade de residência médica ou similar, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS);

b) cursos de aperfeiçoamento reconhecidos por associações de especialidades; ou

c) estágio de graduação em curso da área da saúde;

III - dispor de instalações adequadas ao ensino, de acordo com a legislação vigente e aplicável à avaliação das condições de ensino de graduação e pós-graduação (lato e stricto sensu); e

IV - dispor de ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área de saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo e para consulta a bibliotecas virtuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e Residência Médica (BRASIL, 2012b).

A portaria citada acima elenca como critério e requisito que as instituições de saúde disponham de mecanismos de gerenciamento de atividades de ensino no âmbito hospitalar. Ou seja, propõe que estas entidades, com percurso na área hospitalar, sejam condutores de projetos de formação de recursos humanos para diversas áreas do SUS, inclusive a Atenção Básica, em detrimento de outras entidades de natureza pública e com histórico na construção de outros níveis de serviço, como a atenção básica.

Entre os triênios de 2012-2014, de 2015-2017 e de 2018-2020 foram identificados cinco hospitais que ofertaram projetos voltados à preceptoria: Hospital do Coração (HCOR), Hospital Sírio Libanês (HSL), Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), Hospital Samaritano em São Paulo e o Hospital Moinho de Vento (HMV) no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2014e; 2014f; 2019a; 2019b). Atualmente, destes cinco hospitais, somente o Hospital Samaritano não permanece entre os hospitais com projetos no PROADI-SUS.

Outra ressalva importante é a característica de serem instituições localizadas no eixo sul-sudeste do Brasil. Ou seja, aceita-se que estes projetos de apoio ao SUS no Brasil sejam realizados por instituições que estão localizadas somente nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, desconsiderando que instituições de outras regiões possam construir e/ou trazer necessidades diferentes para estes projetos, como se verifica no parágrafo seguinte.

No triênio de 2012 a 2014 foram quatro projetos do PROADI-SUS direcionados para a formação de preceptores e gestores, todos para a Medicina (BRASIL, 2014e). Já no triênio de 2015 a 2017, dos três projetos, somente um, oferecido pelo Hospital Sírio-Libanês, foi voltado para gestores e/ou preceptores de áreas profissionais não exclusivas para a Medicina (BRASIL, 2014f). Por sua vez, no triênio de 2018 a 2020 foram apresentados quatro projetos voltados à preceptoria, dos quais dois têm por público alvo preceptores e gestores de residência em Área Profissional em Saúde e dois exclusivos para a Medicina (BRASIL, 2019a; 2019b).

Cabe destacar que no triênio de 2009-2011 não foram identificados projetos voltados para a preceptoria (BRASIL, 2011b). O quadro com os projetos voltados à qualificação da preceptoria pelo PROADI-SUS pode ser verificado no apêndice deste trabalho.

Os dez projetos relacionados à preceptoria, nos três últimos triênios do PROADI-SUS, foram vinculados à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e à área de atuação “Capacitação de Recursos Humanos”.

Nota-se que todos os cinco hospitais apresentaram projetos voltados à formação de preceptores de Medicina (HAOC, HSL, HCOR, Hospital Samaritano e HMV) em um ou mais dos três triênios analisados. Os projetos para a formação de preceptores em área profissional surgiram a partir do triênio de 2015-2017 pelo HSL e no triênio de 2018-2020 pelo HCOR (BRASIL, 2014f).

Na descrição sobre os possíveis projetos na área de atuação de capacitação de recursos humanos do PROADI-SUS, apresentados pela Portaria Nº 112 de 2012, tem-se:

[...] projetos para realização de cursos; seminários; palestras; formação e capacitação em serviços destinados à qualificação de profissionais de saúde/gestão de serviços, de acordo com as necessidades identificadas pelos gestores do SUS e Política Nacional de Educação na Saúde, em consonância com as diretrizes traçadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS (BRASIL, 2012b).

A definição de temas e objetivos dos projetos do PROADI-SUS para o triênio de 2015-2017 foram estabelecidos por meio da Portaria nº 628 de 2014, que considerou:

Protocolo de Atuação Conjunta nº 001/2010, celebrado entre o Ministério da Saúde e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); e [...] a decisão do Comitê Gestor do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), em reunião realizada em 13 de março de 2014, que definiu os novos temas e objetivos prioritários no âmbito do PROADI-SUS, relativos ao próximo triênio (2015-2017) (BRASIL, 2014d).

“Desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores do SUS” faz parte de quatro temas elencados para o triênio 2015-2017 do PROADI-SUS, que tinham como um dos objetivos “apoiar a formação de docentes e preceptores com atuação nas Redes de Atenção e a formação de gestores para a rede de instituições de ensino com foco na saúde” (BRASIL, 2014d). O surgimento de projetos relacionados à preceptoria coaduna com esta portaria e com o período, desta vez voltados também para outras áreas profissionais, que não exclusivamente a Medicina.

A seguir, expõem-se os projetos do PROADI SUS com a temática preceptoria voltada a trabalhadores e/ou preceptores de áreas profissionais, que não exclusivamente a Medicina.

4.3.2 Capacitação de preceptores em área profissional pelo PROADI-SUS

Um dos cursos de especialização ofertados pelo Hospital Sírio-Libanês no triênio de 2015 a 2017 foi o “Educação na Saúde para Preceptores do SUS”, com o objetivo de:

Contribuir para melhoria da atenção à saúde no SUS, por meio da capacitação de profissionais que atuam como preceptores em cenários reais de cuidado à saúde, favorecendo a articulação ensino-trabalho e a utilização da abordagem construtivista na educação de adultos (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015).

Outro projeto, igualmente do Hospital Sírio Libanês, é o Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoría no SUS (DGPSUS), referente ao triênio 2018-2020. Divide-se em dois cursos de pós-graduação: o Aperfeiçoamento em Gestão de Programas de Residência em Saúde do SUS (GPRS) e a Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS (PSUS). Nos objetivos anuncia-se o apoio à construção de projetos de intervenção e é voltado à capacitação de preceptores e de gestores dos programas de residência:

- (a) apoiar a construção de projetos de intervenção, bem como sua implantação, visando à mudança das realidades regionais no que se refere à residência em saúde e preceptoría;
- (b) capacitar profissionais de saúde do país para a gestão de programas de residência e de preceptoría e
- (c) contribuir para a articulação entre a academia e os serviços de saúde de saúde do SUS (HOSPITAL PROADI-SUS, 2018a).

O terceiro projeto do PROADI-SUS voltado a preceptores que não sejam exclusivamente médicos é o Programa de Formação Didático-Pedagógica para a Preceptoría de Residência Multiprofissional e Saúde - RMS do Hospital do Coração, do triênio 2018-2020 (BRASIL, 2019a; 2019b), com o objetivo de:

Contribuir para o desenvolvimento de competências didático-pedagógicas relacionadas à preceptoría de programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no sentido de aprimorar os programas da perspectiva de processos de formação e do cuidado à saúde (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

Nos projetos cujo público alvo inclui preceptores em área profissional anunciam-se objetivos como o de capacitação de preceptores para a melhoria da atenção à saúde, de maneira a favorecer a articulação ensino-trabalho (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015); apoio à construção e implementação de projetos de intervenção, capacitação para a gestão de programas de residência e contribuição na articulação entre academia e serviços de saúde (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a); e contribuição para o desenvolvimento de competências pedagógicas dirigidas ao aprimoramento dos processos de formação e cuidado dos programas de residência (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

O Quadro 6 expõe nome do projeto, hospital responsável, triênio do projeto, objetivos e público-alvo dos projetos do PROADI SUS voltados à preceptoria em área profissional.

Quadro 6 – Projetos do Programa de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) voltados à preceptoria em área profissional, por hospital responsável, triênio do projeto, objetivos e público-alvo

Projeto	Hospital	Triênio do projeto	Objetivos	Público - Alvo
Educação na Saúde para Preceptores do SUS	HSL	2015 a 2017	Contribuir para melhoria da atenção à saúde no SUS, por meio da capacitação de profissionais que atuam como preceptores em cenários reais de cuidado à saúde, favorecendo a articulação ensino-trabalho e a utilização da abordagem construtivista na educação de adultos.	Profissionais de saúde e/ou das instituições de ensino envolvidos na formação e desenvolvimento de pessoas nos cenários do SUS (abrangência nacional)
Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS (DGPSUS) Subprojeto: Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS (PSUS).	HSL	2018 a 2020	Apoiar a construção de projetos de intervenção e sua implantação, visando à mudança das realidades regionais no que se refere à residência em saúde e preceptoria; Capacitar profissionais de saúde do país para a gestão de programas de residência e de preceptoria; Contribuir para a articulação entre a academia e os serviços de saúde de saúde do SUS.	Profissionais de saúde para atuarem na preceptoria de residentes e graduandos de saúde (abrangência nacional)
Programa de formação didático-pedagógica para a Preceptoria de Residência Multiprofissional e Saúde - RMS	HCOR	2018 a 2020	Contribuir para o desenvolvimento de competências didático-pedagógicas relacionadas à preceptoria de programas de Residência Multiprofissional em Saúde	Preceptores vinculados a programas de Residências em Área Profissional da Saúde (modalidade uniprofissional e multiprofissional) existentes ou recém-aprovados pelo Ministério da Educação para implantação (abrangência nacional)

Fonte: ⁽¹⁾HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015; ⁽²⁾HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a; ⁽³⁾HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b.

Os cursos oferecidos pelo HSL, “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” e “Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS (DGPSUS)”, adotam a concepção de educação construtivista com a proposta de desenvolvimento de competências, entendida como arranjo de capacidades cognitivas,

atitudinais e psicomotoras na realização de uma ação para a solução de problemas. Segue abaixo a compreensão de competências por esta instituição:

[...] competência é compreendida como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Assim, a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, mobilizadas para a realização de uma ação, foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade de uma prática educativa competente nos cenários do SUS (OLIVEIRA, 2014).

A adoção das metodologias ativas é citada nos três cursos: DGPSUS e “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” do Hospital Sírio-Libanês e no Programa de formação didático-pedagógica para a “Preceptoría de Residência Multiprofissional e Saúde” do Hospital do Coração.

A estrutura curricular integra metodologias ativas de ensino-aprendizagem, educação à distância, avaliação formativa e realização de diagnóstico dos programas de residência (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

Para atingir esses objetivos citados no início desta seção, o projeto Gestão de Programas de Residência e da Preceptoría no SUS (DGPSUS) anuncia a ideia de mudança da realidade do cenário brasileiro no que diz respeito à formação, por meio de projetos de intervenção, como expresso no trecho abaixo:

[...] colaborar para a mudança da realidade do cenário nacional da formação de todas as profissões da saúde, tanto no nível da graduação, como no da pós-graduação por meio da elaboração e implantação de intervenções que mudem a gestão de residência e a preceptoría de residentes e graduandos do país (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a).

A construção de projetos de intervenção também aparece no projeto “Educação na Saúde para Preceptores do SUS”:

A reflexão sobre a prática do trabalho cotidiano na atenção à saúde e o estudo das teorias que explicam nossas ações visam promover aprendizagens significativas e uma consciência crítica, voltada à possibilidade de transformar das próprias práticas. Os cursos priorizam, ainda, o desenvolvimento de capacidades para a construção de projetos de intervenção na realidade, com ênfase na melhoria da qualidade da atenção à saúde, gestão e/ou educação na saúde, contextualizados segundo região de saúde (OLIVEIRA, 2014).

Por exemplo, o DGPSUS descreve que os projetos de intervenção devem partir de “seleção, pactuação e caracterização de um problema do contexto real do trabalho, dialogado com os macroproblemas/desafios”, posteriormente com a “priorização do problema até a definição e implementação das ações do plano de intervenção” e deve “incluir levantamento de

dados em trabalho de campo e a validação do projeto com atores considerados relevantes” (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a).

O processo descrito acima, compreende que os assuntos de que trata o ensino são os problemas do cotidiano, ou seja, a partir destes se construirão novos saberes e conhecimentos.

Todas as estratégias educacionais utilizam os conhecimentos prévios dos participantes como ponto de partida para a construção de novos saberes. Para além dessa característica, os disparadores de aprendizagem são problemas do cotidiano de trabalho em saúde, quer construídos por especialistas ou trazidos pelos próprios participantes (OLIVERA, 2014).

O trecho abaixo coaduna com a noção de centralidade das iniciativas educacionais na aposta de transformações dos contextos nos quais os participantes estão inseridos, ao defender que estas iniciativas fundamentam a construção e implementação dos projetos:

O projeto se concentra no apoio à construção e implementação de intervenções que transformem os contextos reais, onde estão inseridos os participantes, ancoradas em iniciativas educacionais que as alimentam e as suportam (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a).

Ao se defender que as transformações, ainda que nos contextos locais, ocorram por meio de intervenções que são sustentadas e amparadas por práticas educacionais, desloca-se a centralidade dos conhecimentos para as metodologias de ensino e de transformações que envolvem vários setores da sociedade para o setor da educação e saúde.

Assim como o projeto DGPSUS, o Programa de formação didático-pedagógica para a Preceptoria de Residência Multiprofissional e Saúde - RMS do Hospital do Coração também indica a intenção de formação no contexto em que se inserem os participantes:

[...] o mundo do trabalho como espaço produtor de saberes, pelo desenvolvimento de melhores práticas e pela formação de profissionais no contexto real dos serviços de saúde, o que potencializa a aprendizagem e acelera o desenvolvimento de competência profissional (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

Defende-se que a pactuação com atores relevantes do local onde o participante está inserido pode assegurar que o projeto de intervenção seja pertinente, implementado e, assim, garanta as mudanças no contexto:

A pactuação com os atores reais, considerando-se o município no qual estão inseridos os participantes, visa promover o comprometimento de cada um com a superação do problema priorizado, ampliando a viabilidade do projeto de intervenção (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a).

A ideia de responsabilização individual ou das equipes pelos resultados aparece no discurso do Programa de formação didático-pedagógica para a Preceptoria de Residência

Multiprofissional e Saúde do Hospital do Coração e no “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” do Instituto Sírio Libanês.

[...] tem como meta a promoção da autonomia e responsabilização das equipes multiprofissionais de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, intrinsecamente articulados às mudanças na ação e no contexto real das práticas assistenciais (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

Um dos programas citados pretende apoiar o Ministério da Saúde com a expansão dos programas de residência no Brasil, em todas as regiões, e na distribuição e alocação de profissionais no SUS.

[...] incentivo e na expansão da RMS em todas as regiões do país, bem como na sua qualificação, por meio do desenvolvimento das competências didático-pedagógicas relacionadas à preceptoria (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).
[...] melhoria da assistência à saúde oferecida à população e na promoção de uma melhor distribuição e alocação regional de profissionais de saúde em áreas estratégicas do SUS (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b)

A melhoria da assistência, formação para cuidado integral à população e a organização do trabalho também são apontados nos projetos.

Assim, parte-se da necessidade de formar profissionais de saúde para que residentes e graduandos possam se voltar para um cuidado integral à saúde das pessoas e à organização de um trabalho voltado para a melhoria da qualidade de vida da comunidade onde atuam (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a).

Por fim, novamente, o entendimento da educação como elemento essencial para estratégias de mudanças aparece no Programa de Formação Didático-Pedagógica para a Preceptoria de Residência Multiprofissional e Saúde, que “considera a educação no/pelo trabalho como elemento essencial de estratégias de mudança das atividades nos serviços de saúde” (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

A expectativa de que os Projetos de Intervenção promovam as mudanças – por meio do uso de ferramentas pedagógicas, currículos orientados por competências, abordagem construtivista e metodologias ativas –, deixa claro que a aposta centra-se nos métodos educacionais, em um entendimento de que a educação possa ser o principal carro chefe das transformações pretendidas.

Pretende-se alcançar essa mudança através da construção de Projetos de Intervenção, pelos participantes das iniciativas educacionais, por meio da oferta de ferramentas pedagógicas/estratégicas, acompanhando o seu desenvolvimento, buscando a mudança da realidade; da capacitação profissionais de saúde para a construção e gestão de programas de residência em saúde, considerando os princípios do SUS, as diretrizes para a elaboração

de currículos integrados e orientados por competência e as políticas públicas de formação pós graduada de profissionais de saúde; da capacitação de profissionais de saúde na abordagem construtivista da educação, com ênfase na facilitação de processos educacionais na saúde que utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem, visando à educação permanente dos preceptores e a qualificação da preceptoria; do estímulo a valorização do exercício da preceptoria e da construção da identidade do preceptor como um facilitador de aprendizagem comprometido com a transformação da realidade; da articulação entre academia e serviços de saúde do SUS, visando à integração teoria-prática, considerando as diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é dividida em três blocos: “Atribuições comuns à equipe e aos enfermeiros: focalização da atenção, modelo biomédico e precarização do trabalho?”, “Preceptor: condutor da aprendizagem e trabalhador polivalente” e “PROADI-SUS e os cursos voltados à preceptoria: transferência de responsabilidade para o setor público na formação/aprimoramento de preceptores para hospitais privados e a valorização dos métodos de ensino”.

No primeiro bloco discute-se o direcionamento da PNAB para a atuação focada nos riscos e nas vulnerabilidades, sem a pretensão de abordagem integral, pautada em modelo biomédico e no aumento das responsabilidades e atribuições dos trabalhadores em contexto de precarização do trabalho.

Em “Preceptor: condutor da aprendizagem e trabalhador polivalente” faz-se a análise das diretrizes para a preceptoria e para a formação/aprimoramento de preceptores nos cursos/programas estudados e discute-se a expectativa do trabalhador multitarefas e polivalente.

No último bloco da discussão dos resultados, apresenta-se a discussão sobre os projetos do PROADI-SUS voltados à preceptoria em área profissional e a escolha de delegar a hospitais privados a formação/qualificação de preceptores para o SUS, com cursos que enfocam os métodos educacionais.

5.1 ATRIBUIÇÕES COMUNS À EQUIPE E AOS ENFERMEIROS: FOCALIZAÇÃO DA ATENÇÃO, MODELO BIOMÉDICO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO?

Parte-se da compreensão que as políticas de Estado não são neutras, pois resultam de embates e disputas entre diversos grupos de interesses (VIANA, 2006). Com essa percepção, tem-se que a consolidação e efetivação da PNAB é marcada por disputas, além de ser alavancada por meio de políticas indutoras.

A primeira versão da PNAB, do ano de 2006, insere-se no contexto de reorganização e reconhecimento da AB como modelo substitutivo, bem como aponta para a existência de diferentes modalidades de unidade de saúde, segundo um modelo de organização (com ou sem ESF), com a incorporação e a ampliação das Equipes de Saúde Bucal (eSB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MELO *et al.*, 2018).

Melo *et al.* (2018) sinalizam que houve estímulo na PNAB 2011 para a efetivação de mudanças com o intuito de melhorar alguns nós críticos, tais como infraestrutura inadequada, subfinanciamento, modelo assistencial e dificuldade de atração de profissionais médicos.

Expressões desse esforço são: o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM) e a criação do e-SUS, prontuário eletrônico gratuito aos municípios. Foi também nessa versão da PNAB que houve incremento no orçamento federal da AB através do PAB Variável.

A PNAB 2017 restabelece o status das Unidades Básicas de Saúde tradicionais e a apresenta como alternativa ao modelo da ESF, as quais podem ser compostas por equipes com ou sem agentes comunitários de saúde, excluindo ou diminuindo a participação de ator importante na aproximação entre população e serviço de saúde e colocando sob decisão da gestão a definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado). Os distintos arranjos parecem estar mais voltados ao contexto de restrição orçamentária e lógica de reestruturação do sistema, voltados à redução de custos e interesses de diminuição do direito e acesso à saúde (FONSECA; MOROSINI, 2017).

O contexto da nova PNAB é também de grandes mudanças com a alteração da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) mediante a Lei 13.467/2017, que se reflete em questões tais como o trabalho intermitente, em que a empresa pode contratar um funcionário para trabalhar esporadicamente e pagá-lo apenas pelo período em que prestou os serviços; o direito a um intervalo de descanso ou alimentação que reduz de uma a duas horas para o mínimo de meia hora em uma jornada de trabalho padrão de 8 horas diárias; a determinação do grau de insalubridade que pode ser feita em acordos individuais; a contribuição sindical, que passa a ser facultativa, dentre outras mudanças (BRASIL, 2017c).

No município do Rio de Janeiro, o processo de expansão e de manutenção da ESF é marcado pela mudança na gestão municipal em 2017, pela aprovação da PNAB 2017 e pelo contexto político de restrições orçamentárias marcado pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela os gastos na saúde, associado ao momento político em que o Ministério da Saúde mostra-se favorável a possíveis ampliações da atuação de empresas privadas de saúde.

Enquanto uma pesquisa realizada em 2013 pela Organização Pan Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) Brasil recomendava a ampliação das Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro (unidades modelo A, com todo o território coberto pela ESF); suspensão da ampliação do modelo B (unidades mista, com algumas equipes de ESF); e extinção do modelo C (unidades tradicionais, sem ESF) (OPAS, 2013), tem-se em curto período nova recomendação da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV), em outubro de 2018, no sentido de reorganização dos serviços

de Atenção Primária com a finalidade de redução orçamentária e com outras recomendações de modelos de equipes (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2018).

Nesse documento realizado pela SUBPAV (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2018), alega-se que a expansão da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro foi realizada de maneira desordenada e ressalta o ano de 2016 sob o argumento de não ser sustentável financeiramente. A seguir, os critérios de elegibilidade para a desativação de equipes, ocasião em que 1.263 equipes de saúde da família foram avaliadas:

- 1) Equipes em áreas de IDS [índice de desenvolvimento social] médio e alto (> 0,567)
- 2) Equipes cobrindo um baixo número de pessoas (abaixo de 3000 usuários)
- 3) Equipes com baixa produção ambulatorial (< 75% do esperado)
- 4) Equipes com pouco contato de usuários (menos de 40% da população já atendida)
- 5) Equipes sem programas de ensino estratégicos (Residência Médica ou de Enfermagem) (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2018).

Nessa primeira avaliação, dentre as 230 equipes que se encaixavam em quatro ou cinco dos critérios acima descritos, 46 não poderiam ser descredenciadas após a avaliação em conjunto com as CAP, totalizando 184 equipes elegíveis para descredenciamento. Os critérios foram igualmente aplicados às equipes de Saúde Bucal, em que foram apontadas 55 equipes (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2018).

Os efeitos da nova PNAB 2017 também estão expressos neste documento da SUBPAV (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2018), na apresentação de quatro modelos de equipes:

- equipe tipo I (Equipe Saúde da Família), com a proposta de população cadastrada máxima de 3.500 habitantes e um agente comunitário para cada 750 pessoas cadastradas, em áreas de menor Índice de Desenvolvimento Social e com cadastramento ativo;
- equipe tipo II (Equipe Saúde da Família), com os mesmos parâmetros da equipe tipo I, mas com Programa de Residência;
- equipe tipo III (Equipes de Saúde da Família), com população adscrita acima de 3.500 habitantes, em áreas com índice de desenvolvimento social (IDS) médio ou alto e com cadastramento que pode ser ativo ou passivo;
- equipe tipo IV (Equipe de Atenção Básica - modelo sem ESF), com população adscrita de até 18.000 habitantes, em áreas de IDS alto e cadastramento passivo (a partir da procura do usuário pelo serviço de saúde).

Esses processos geraram demissões de profissionais e extinção de equipes e uma de suas consequências foi o aumento do número de habitantes por equipe, o que representa retrocesso

na construção de modelo de atenção à saúde pela Estratégia Saúde da Família, além de ameaça à universalização do direito à saúde e à qualidade da APS.

Melo *et al.* (2018) atentam para os efeitos concretos que as portarias podem ou não produzir, percebendo-os como dispositivos com potencial de interferir e direcionar realidades. No caso, definiu-se que as equipes de Saúde da Família devem ter no mínimo um ACS (não mais quatro), bem como estipulou-se que a previsão de novos incentivos financeiros para modalidades de AB não necessariamente deve estar baseada em atributos e diretrizes da APS, tal qual adotadas na ESF. Em concordância com os autores, esses dispositivos têm caráter de induzir (ou permitir) que os gestores municipais do SUS, aqueles que respondem pela contratação de profissionais e organização da AB nos municípios, possam visualizar nisso uma possibilidade de enfrentar/minimizar o subfinanciamento ou de os serviços se adequarem mais à realidade segundo suas perspectivas.

Desde o ano de 2016, a cidade do Rio de Janeiro foi palco de diversas manifestações e greves em defesa de direitos e da saúde em razão de episódios recorrentes de atrasos no pagamento dos salários dos trabalhadores da saúde; demissões em massa; término ou rompimentos de contrato da prefeitura do Rio de Janeiro com as Organizações Sociais que gerenciam as Clínicas da Família, Centros de Atenção Psicossociais e Unidades de Pronto Atendimento no município; novo cenário de recontração por meio de outras empresas com redução de salário; mobilizações por parte dos trabalhadores e população; e ataque à saúde pública.

O'Dwyer *et al.* (2019) estudaram os efeitos da crise na saúde no município do Rio de Janeiro entre 2013 a 2018 e apontaram para a redução do contingente de ACS (1,2%), médicos da APS (1,8%) e médicos não APS (2,4%) entre 2016 e 2017, sofrendo redução intensa entre 2017 e 2018, que foi, respectivamente, de 11,1%, 9,4% e 10,4% em cada categoria profissional.

A redução do número de ACS, por exemplo, é um dos efeitos das mudanças na PNAB de 2017. De maneira contraditória ao aumento das atribuições e à complexidade do trabalho dos profissionais da AB, a redução do número de trabalhadores parece ser uma faceta dos ataques e do desmonte de uma saúde pública universal, gratuita e de qualidade.

Em período mais recente, parte importante dos contratos das Organizações Sociais que administravam as Clínicas da Família no Rio de Janeiro foram rompidos com a Prefeitura do Rio de Janeiro e uma das expressões foi a demissão em massa dos trabalhadores. Para parte destes, foi oferecida a recontração e, no caso das enfermeiras, com redução salarial importante, além de, em alguns casos, terem sido estabelecidos contratos por pessoa jurídica, expressões da precarização do trabalho.

Ao analisar as três versões da PNAB, nota-se que a cada nova Portaria aumenta-se o número de atividades comuns a todos os profissionais. Apesar de não ser uma análise quantitativa, pode-se perceber o aumento das atribuições, o que, por um lado, parece buscar responder à complexidade da Saúde da Família, mas, por outro, exige cada vez mais dos profissionais que, em contrapartida, contam com piores condições de trabalho, conforme exposto acima.

Concorda-se aqui com Morosini, Fonseca e Lima (2018), que apontam para o discurso ambivalente em que se constrói a nova PNAB com o propósito de blindá-la às críticas. As autoras referem que, ao incorporar verbos como ‘sugerir’ e ‘recomendar’, retira-se:

[...] o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público [...]. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Foi possível observar essa ambivalência na análise dos trechos que compõem as atribuições comuns a todos os profissionais da AB e nas atribuições dos enfermeiros.

Ao mesmo tempo em que constam nas responsabilidades destes trabalhadores a atenção à saúde conforme a necessidade de saúde e no cuidado integral, o texto contraditoriamente apresenta a atribuição de cuidado, com foco nos riscos e nas vulnerabilidades, à população mais pobre e marginalizada e a atuação conforme prioridades, protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas, de acordo com a “oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB” (BRASIL, 2017c), caminhando em direção contrária aos princípios da universalidade e integralidade, operacionalizada pelo contingenciamento e cortes sistemáticos no financiamento das políticas sociais (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) analisaram as alterações das diretrizes da Atenção Básica da PNAB 2017 comparadas à PNAB 2011 e os princípios da universalidade e integralidade e levantaram, entre outros, pontos de atenção: a relativização da cobertura universal e a distinção entre serviços essenciais e ampliados.

Na PNAB 2017 não há referência à cobertura universal, sendo proposta cobertura de 100% somente às áreas de risco e vulnerabilidade social, somado à flexibilização dos parâmetros da relação equipe/população e a indefinição da quantidade de agente comunitário de saúde por equipe, deixando a cargo dos gestores municipais e locais esta decisão. Dessa

forma, compromete-se o acesso da população aos serviços de saúde, a garantia de presença constante de trabalhador da saúde no território (papel que vem sendo desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde), a identificação de problemas e de necessidades em saúde e o compromisso com a universalidade do Sistema Único de Saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Outro ponto destacado pelas autoras foi a diferenciação do cuidado entre padrões essenciais e ampliados, gerando a incerteza da capacidade do padrão essencial em responder às necessidades em saúde da população e sob o risco de diretrizes sob a lógica de seletividade, que reforçam a segmentação e fragmentação das ações e serviços de saúde no SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para Fonseca e Morosini (2017):

A PNAB 2017, ao explicitar a distinção entre dois padrões que evidentemente têm capacidades diferentes de interagir com as necessidades de saúde e de lhes oferecer respostas, afronta diretamente o princípio da integralidade. Isto se agrava com a recomendação de que somente o padrão essencial tenha sua oferta garantida em todo o país e que o padrão ampliado venha a ser alcançado a depender das “especificidades locais e decisão da gestão”.

Calipo e Soares (2008; 2013) apontam que, diante da adesão do Estado brasileiro ao projeto neoliberal no início da década de 1990, o direito à saúde vem enfrentando muitos obstáculos. A universalidade de acesso ao SUS é contraposta aos programas focalizados para os que não podem acessar o mercado, os segmentos sociais tidos como “grupos de risco” e, ainda, restrita a um pequeno número de ações e atividades.

Se nas versões anteriores da PNAB previam-se atividades na unidade, domicílio e demais espaços comunitários, em 2017 aponta-se para ações prioritariamente dentro das unidades de saúde, local onde hegemonicamente se desenvolvem as ações centradas no modelo biomédico, em que prevalece a abordagem da clínica médica.

Em estudo realizado por Santos *et al.* (2016) identificou-se a priorização das visitas domiciliares às pessoas que não podem se deslocar até a unidade de saúde pela enfermeira e que, por vezes, esta profissional vivencia o dilema em cumprimento de metas estatísticas para atividades da unidade de saúde e para visitas domiciliares. Segundo as autoras, estes achados podem indicar que a prática de cuidado da enfermagem está sendo utilizada de maneira restrita, sendo ressaltados os aspectos biológicos para a realização das visitas pelo enfermeiro, com pouco direcionamento para ações de promoção da saúde.

As autoras defendem que sejam garantidas condições de trabalho com menor rigidez no cumprimento das metas, bem como argumentam que as práticas das enfermeiras não devem se

restringir ao espaço físico das unidades de saúde, sem o contato com a comunidade e o trabalho dos ACSs, o que dificulta a identificação de necessidades de saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

Maeyama *et al.* (2019) defendem que a implantação da Atenção Básica no Brasil nunca conseguiu romper com o modelo biomédico de atenção à saúde, além de que, com a nova PNAB, tal lógica está ainda mais assegurada para manter a hegemonia nos serviços de saúde:

[...] as possibilidades de composição de equipe e os próprios apontamentos de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, sugerem muito mais para um processo de trabalho organizado para atender as demandas clínicas dos problemas mais prevalentes da população, portanto, com forte inclinação para o modelo biomédico. (MAEYAMA *et al.*, 2019).

Pôde-se verificar que, de maneira geral, as atribuições do enfermeiro nas portarias da PNAB se apresentam em duas frentes: atenção à saúde focalizada e com ênfase no modelo biomédico e na supervisão de enfermagem.

Os resultados das atribuições da equipe e do enfermeiro na PNAB coadunam com o exposto por Martins e David (2019), ao referirem que o trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde tem apontado para um enfoque biomédico e maior atuação clínica, acompanhado de normatizações por meio de protocolos clínicos.

Somado a isso, redefinições na política de saúde voltadas à assistência de demandas clínicas dos usuários, em lugar da atuação e do trabalho voltados às necessidades em saúde da população, assim como a falta de olhar sobre o processo saúde-doença tem sido uma das tônicas dessas transformações.

Em consonância com os direcionamentos da PNAB, em 2012, o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde foi um dos documentos produzidos pelo Conselho Regional de Enfermagem RJ e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, direcionado especificamente aos enfermeiros que atuam nas unidades de atenção básica do município do Rio de Janeiro (RJ SMSDC, COREN, 2012). O conteúdo do documento reafirma o direcionamento para atuação com enfoque nos riscos e organizada em ciclos de vida (saúde da criança, adolescente e mulher) em condições de saúde / doenças (Doença Cardiovascular, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Dengue) ou organização de fluxos e rotinas (Sala de Vacinas).

O protocolo de enfermagem foi atualizado e revisto em 2017, desta vez organizado nos fascículos Enfermagem no Cuidado dos Ciclos de Vida e Enfermagem no Cuidado em Saúde Mental no Contexto da Atenção Primária à Saúde (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2017). Ressalta-se que, somente nessa última versão, também organizada em ciclos de vida, incluem-se capítulos voltados à saúde do homem e do idoso.

A tensão entre a concepção de Atenção Primária à Saúde ampliada e focalizada incide no trabalho do enfermeiro, que “pelas características históricas de adesão institucional do seu processo de trabalho, tende a adotar as normativas técnicas como balizas estruturantes do seu trabalho” (David *et al.*, 2018).

Martins e David (2019) convidam a refletir sobre o trabalho da enfermagem compreendido como um resultado de processos sociais, de diferentes disputas de concepções, modelos de atenção e cuidados em saúde e a relação entre as transformações deste trabalho e as crises econômicas e políticas recentes.

As autoras identificaram em literatura nacional que o enfermeiro tem focado sua atuação nos atendimentos à demanda espontânea e consultas na APS, sendo parte importante voltada para atividades clínicas, dentro do modelo biomédico de atenção à saúde e para atividades burocráticas-administrativas relacionadas ao controle do trabalho da equipe, organização do serviço e planejamento (MARTINS; DAVID, 2019). Ainda ressaltam que estas mudanças do trabalho da enfermagem ocorrem em âmbito internacional, em debates sobre a ampliação do escopo de atuação do enfermeiro.

Santos *et al.* (2016) analisaram as práticas de cuidado de enfermeiras que atuam na ESF, pela óptica dos usuários, e identificaram que a abordagem familiar no atendimento esteve pouco presente, sendo a abordagem exclusivamente centrada no indivíduo e na queixa da doença atual. Apesar de o estudo ter evidenciado o estabelecimento de vínculo, escuta e diálogo no atendimento da enfermagem, também destacou insatisfação pelos usuários nos momentos em que enfermeira se apresenta de maneira autoritária, com o estabelecimento de regras, como atendimentos exclusivos na data agendada e priorização de pessoas com hipertensão e diabetes.

Os efeitos de atenção focalizada trazem repercussões no trabalho dos enfermeiros, que muitas vezes assumem o papel de limitar o acesso dos usuários aos atendimentos quando esses não se enquadram nos grupos considerados prioritários. Dessa forma, exige-se que esses trabalhadores organizem as demandas que chegam ao serviço de saúde e, em parte dos casos, que informe a negativa de acesso, tendo em mente que a AB, conforme apresentado anteriormente, não se pretende universal e integral. Outro efeito pode ser o de culpabilização ou sentimento de impotência diante da impossibilidade de responder a essas demandas, sob o risco de que o profissional tome para si essa responsabilidade.

Apesar de o texto das atribuições dos profissionais na PNAB citar a integralidade, entende-se que esta ambiguidade, somada ao contexto de restrições orçamentárias, à falta de compromisso político com um SUS forte e universal e às análises dos outros componentes da PNAB 2017, apontam para o direcionamento da atenção focalizada na lógica biomédica e com

possível centralidade dos protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas no trabalho, sendo um risco tais direcionamentos para a formação de enfermeiros no Brasil e, conseqüentemente, para a atuação dos preceptores.

5.2 PRECEPTOR: CONDUTOR DA APRENDIZAGEM E TRABALHADOR POLIVALENTE

Neste bloco apresenta-se a discussão sobre a preceptoria a partir do exposto nos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos e programas de residência analisados neste estudo.

A ideia exposta nos PPP, do preceptor como “condutor da aprendizagem”, que acompanha, orienta, facilita e estimula também é descrita por Botti e Rego (2008; 2011). Os autores descrevem o preceptor como aquele responsável pelo treinamento em serviço, com a função de integrar os conceitos acadêmicos às práticas do trabalho e contribuir com a formação ética dos profissionais. Em certos casos, assume a função daquele que guia; em outros, é aquele que estimula o raciocínio, além de atuar no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de desempenho, sem deixar de lado que, muitas vezes, é o responsável por aconselhar, com base em sua experiência profissional.

Para esses autores, as múltiplas atuações representam interações que o conceito de preceptor tem com os de orientador, supervisor, tutor e mentor (BOTTI; REGO, 2008; 2011).

Termos como “*coaching*”, “*guiding*”, “*inspiring*”, “*teaching*” e “*role-modeling*” são incorporados ao papel de preceptoria (BENGTSSON; CARLSON, 2015), em linha com o que sinalizaram Stotz e Araujo (2004), já no início dos anos 2000, de que a incorporação da terminologia de cunho empresarial, do “mundo dos negócios”, reforça a perspectiva do empenho individual para atingir o sucesso.

O sucesso da estratégia resulta da aliança de interesses entre o “mundo dos negócios” e a “política” que toma conta dos países do centro do sistema capitalista na década de 1980. A saber, da capacidade das grandes empresas em promover a reorganização das relações de trabalho [...] (reestruturação produtiva e empresarial) e em aproveitar a seu favor a austeridade nos gastos orçamentários públicos, as privatizações e os limites à intervenção estatal encaminhados pelos governos de direita (STOTZ e ARAUJO, 2004, p. 7).

O papel de educador do preceptor também é apontado por Botti e Rego (2011) como a função principal, exigindo atributos técnicos, relacionais e habilidades pedagógicas, que permitam a troca e construção de conhecimentos e para desenvolvimento técnico e ético dos residentes.

Demandas no âmbito da gestão do serviço de saúde foram encontradas nos estudos sobre o trabalho dos preceptores por Castells (2014) e por Castells, Campos e Romano (2016).

O exposto acima coaduna com a ideia de um trabalhador “multitarefa” e polivalente. Mostram-se a seguir alguns pontos que tratam das múltiplas atuações e expectativas diante desse trabalhador, para o qual a sobrecarga de trabalho é uma das consequências.

Apesar da definição dos preceptores ser sucinta nos PPP analisados, basicamente como profissional da rede municipal que atua na ESF responsável pela supervisão direta dos residentes, essa descrição carrega uma questão importante: além das responsabilidades com a preceptoria e das atividades vinculadas aos cursos e programas de residência, os preceptores também são trabalhadores que compõem uma equipe de Saúde da Família, com os encargos que cabem a estas equipes.

A menção de carga horária destinada para a atividade de preceptoria e planejamento consta no PPP da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da HESFA/UFRJ. Apesar da definição de carga horária não garantir que o preceptor consiga ter esse tempo reservado para suas atividades de preceptoria, a ausência dessa menção nos outros PPP preocupa, tendo-se em mente que o exercício da preceptoria exige tempo para planejamento, acompanhamento dos residentes e preparo das atividades. Um dos PPP também citou a contribuição em aulas teóricas (FIOCRUZ, 2008), o que endossa a importância de resguardar carga horária para a atividade da preceptoria.

Se forem somadas todas estas responsabilidades à discussão feita no bloco anterior – de atribuições da equipe de Atenção Básica em contexto de focalização da atenção básica em locais de maior pobreza, redução do número de trabalhadores e aumento da população adscrita por equipe – será possível inferir que o preceptor, assim como o residente, vivencia em seu trabalho as consequências desta forma de organização da atenção à saúde.

Vale retomar que, nos cursos / programas com modalidade multiprofissional, o preceptor é responsável por acompanhar uma equipe de residentes, o que leva ao questionamento sobre o número de residentes por preceptor e as distintas categorias destes residentes, aspectos que influenciam o trabalho do preceptor.

Na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz, por exemplo, apesar do anúncio da ideia de equipe preceptora, oficialmente consta apenas o nome de um preceptor no documento. Se na primeira versão do PPP da ENSP/Fiocruz um único preceptor assumia equipe com cinco residentes (FIOCRUZ, 2008), na segunda versão esse número aumenta para sete (FIOCRUZ, 2019).

Além disso, a responsabilidade por equipe de residentes com distintas categorias profissionais traz outros obstáculos, principalmente no que diz respeito ao não domínio do trabalho de categorias distintas da formação nuclear do preceptor.

No Curso de especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade residência da Faculdade de Enfermagem da UERJ, uniprofissional, não consta a proporção de residentes por preceptor no PPP, ou seja, fica em aberto a quantidade de residentes sob a responsabilidade de um preceptor.

A ausência de definição desta proporção pode permitir que um único preceptor seja responsável pelo acompanhamento de residentes alocados em mais de uma equipe de Saúde da Família. Nesta situação, além de todas as expectativas de um preceptor “polivalente” citadas no início desta seção, somam-se as responsabilidades que este assume em uma ou mais de uma equipe de Saúde da Família.

Em 2014, como forma de incentivo à atividade de preceptoria e formação no formato de residências, a prefeitura do Rio de Janeiro estabeleceu gratificação aos preceptores de enfermagem do Programa de Enfermagem em Saúde da Família (PRESF) (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2014), no qual estão incluídos os preceptores do Curso de especialização Enfermagem em Saúde da Família na modalidade residência da UERJ.

Outra característica que surge na descrição da preceptoria é a distinção entre preceptor de equipe e preceptor de território (FIOCRUZ, 2008).

Em experiência da Residência em Saúde da Família no município de Sobral, no Ceará, também foi proposta a figura do ‘preceptor de território’, cujo perfil foi traçado gradativamente como aquele que deve conhecer a realidade epidemiológica, social, cultural e política de seu território; estar próximo aos residentes e da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho relacionado à organização e à gestão dos serviços a partir de vivências concretas de teorias e metodologias de educação e da gestão democrática (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Os entrevistados na pesquisa realizada por Pagani e Andrade (2012) apontaram para competências do preceptor de território relacionadas a conhecimentos teóricos que devam abranger a saúde coletiva e as ciências humanas (sociologia, antropologia e psicologia) e sociais (produção social da saúde, sociedade e Estado). Sobre os momentos de encontros dos residentes e da equipe de Saúde da Família com o preceptor de território, sobressaem aqueles conhecidos como “reunião em roda”, sendo apontado que há pouco tempo para a preceptoria no território.

O conceito acima corrobora, mais uma vez, a ideia de um trabalhador multifuncional do qual, conforme exposto, se espera que detenha conhecimentos em diversas áreas, incluindo saúde coletiva, humanas e sociais.

Além do preceptor de território, a residência de Sobral conta com o preceptor por Ciclos de Vida, representado por pediatras e ginecologistas-obstetra e o preceptor por Áreas Específicas (enfermagem, odontologia, nutrição etc.) (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004).

Se, por um lado, a experiência de Sobral nos remete a um processo de trabalho que pensa a atuação do profissional articulada à realidade local e com um olhar de valorização do território, por outro, parece fragmentar a preceptoria, de maneira contraditória à formação para a Saúde da Família, que exige profissionais mais generalistas. Isso, porque acaba exigindo dos preceptores de território uma vasta gama de conhecimentos e espera-se que estes profissionais da Saúde da Família respondam a todas as exigências e articulações, levando à sobrecarga dos preceptores.

Diante do exposto, em contexto de precarização do trabalho e de ataques à ESF e ao SUS, em especial no município do Rio de Janeiro, abordado neste estudo, o preceptor, que deve assumir inúmeras funções e responsabilidades, situação agravada pela quantidade de residentes (os quais podem ser de diferentes categorias profissionais, no caso das residências multiprofissionais) que estariam sob sua supervisão, pelo que se sujeitaria à sobrecarga de trabalho.

Castells, Campos e Romano (2016), ao identificarem a visão dos preceptores acerca de sua prática cotidiana e do processo de trabalho desenvolvido, apontam para impasses na organização da agenda que, atravessada por demandas imediatas, gera sobrecarga de trabalho e situações que desviam o preceptor de seu lugar de ensino em serviço.

Carlson e Bengtsson (2015) também citam algumas situações enfrentadas por estes profissionais, como, por exemplo, tempo disponível para a preceptoria; educação apropriada pedagogicamente; equilíbrio entre clínica e demandas educacionais; estresse e *burnout*.

Algumas publicações brasileiras sobre a preceptoria apontam a importância de espaço protegido e reconhecido (horas contabilizadas no trabalho regular) para preparo de aula e elaboração de estratégias educacionais para cada residente, equilíbrio entre residentes sob sua supervisão e tamanho e grau de vulnerabilidade da população assistida (IZECKSON *et al.*, 2017; STORTI *et al.*, 2017).

No caso, compreende-se que o problema não é a falta de organização da agenda pelo preceptor, mas, sim, a impossibilidade deste profissional realizar as muitas incumbências destinadas a ele, como as demandas educacionais de sua atividade de preceptor e as demandas clínicas de atendimento e de acompanhamento da equipe. Se, por um lado, a menção de carga horária no PPP pode ressaltar a importância de tempo para as atividades de preceptoria, por outro, parece não resolver a questão, que, em suma, tem no excesso de atribuições e de responsabilidades a sua raiz, gerando sobrecarga de trabalho.

Em estudo realizado por Oliveira *et al.* (2000) sobre a preceptoria de enfermagem em residência multiprofissional em Saúde da Família no município de Sobral/CE apontou-se para

a escolha e a priorização das atividades destes preceptores, que envolvem planejamento de ações de intervenção, organização de fluxos da unidade, supervisão e acompanhamento do pessoal auxiliar de enfermagem e gerenciamento da unidade no que diz respeito à previsão de materiais e equipamentos. Quando citada a promoção de saúde, cabe à preceptoria estimular e acompanhar atividades que envolvem grupos, no entanto os envolvidos mantêm o foco nos grupos de risco ou em ciclos de vida: grupo de idosos, de adolescentes e mulheres em idade fértil.

As atividades atribuídas ao preceptor são relacionadas à assistência e ao gerenciamento do da unidade, o que deixa poucas horas para as atividades específicas de ensino, que deveria ser parte importante do trabalho do preceptor.

As autoras relatam que uma das dificuldades levantadas pelos enfermeiros é a de “[...] otimizar o tempo, de modo a permitir a execução de atividades que lhes foram atribuídas. É esperado que o enfermeiro seja capaz de dividir seu tempo em atividades assistências em um período e as da organização de serviços no outro” (OLIVEIRA *et al.*, 2000). Ao focar na organização do tempo e da agenda, obscurece a dificuldade de administrar o tempo diante do volume e da diversidade de atividades realizadas pelo preceptor no cotidiano do trabalho.

Santos, Soares e Campos (2007) buscaram compreender as características do trabalho dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) e a sua relação nos processos de fortalecimento e de desgastes destes profissionais. As autoras identificaram que os enfermeiros sofrem pressões de demandas organizacionais de vários âmbitos e, como consequência:

Explora-se dessa forma a subjetividade do trabalhador e instaura-se a polivalência: os enfermeiros tomam como referência um perfil idealizado para não falhar, indo além de seu estoque de conhecimentos e habilidades, fazendo um pouquinho de tudo, até papel de médico, muitas vezes, deixando de lado suas atribuições específicas. O diagnóstico que conseguem fazer diante dessa exigência para a multifuncionalidade é a de deficiência pessoal, julgando que precisam estudar mais (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

As autoras constataram potenciais de desgaste dos enfermeiros do PSF diante da complexidade do trabalho; provisão insuficiente de instrumentos e meios de trabalho; exigências de modelos assistencial pautado em política de resultados; e organização e divisão do trabalho. Essa organização estaria:

[...] pautada no modelo assistencial, se estrutura entrecortada pelas incompatibilidades internas, pela falta de integração entre as enfermeiras, pela exploração de sua subjetividade, pela multifuncionalidade e pela pressão causada pelas demandas trazidas pela população (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Tais desgastes se expressam em sentimento de impotência, insatisfação, preocupação, dor, ansiedade, estresse, angústia, sensação de não dar conta do recado, conflito, irritação, frustração profissional, dentre outros. As muitas demandas acabam exigindo uma dedicação ilimitada deste enfermeiro, que, muitos com alto grau de envolvimento com o trabalho, acabam sentindo-se responsáveis pela população e tomando a responsabilidade para si, de maneira acrítica, gerando desgastes a si próprios (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Diante do exposto, é de se esperar que estes profissionais também precisem de espaços para seu aprimoramento e formação, conforme apontam diversos autores (BENGTSSON; CARLSON, 2015; CARLSON; BENGTSSON, 2015; IZECKSON *et al.*, 2017; SILVA, 2017; STORTI *et al.*, 2017; TRAJMAN *et al.*, 2009).

Autonomo *et al.* (2015), realizaram revisão bibliográfica de estudos brasileiros sobre a preceptoria. Um dos resultados encontrados nas publicações esteve relacionado ao espaço de formação do preceptor, sendo que alguns dos estudos defenderam que esta deva se dar pelas Instituições de Ensino Superior, enquanto outros julgaram que a formação deva se dar via mestrado profissional.

Izecksohn *et al.* (2017), ao relatarem as experiências dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Rio de Janeiro no que se refere às atividades de preceptoria, defendem que competência clínica e tempo de prática não necessariamente são requisitos suficientes para a definição de um bom preceptor, destacando como uma das fragilidades comuns a profissionais a pouca ou nenhuma capacitação para o ensino, principalmente levando em conta o cenário recente de expansão da APS no município.

Para o desenvolvimento de preceptores de Medicina para a docência, Izeckson *et al.* (2017) destacam iniciativas adotadas pelos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, como oferta de cursos da Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT) e outras ações permanentes, como oficinas de capacitação e os Grupos de Trabalho. Os Grupos de Trabalho foram divididos em temas transversais à Medicina e APS (Desenvolvimento de competências para a docência; Comunicação em consulta; Currículo, avaliação e competências; Pacientes complexos e segurança do paciente; e Pesquisa na APS) e Temas clínicos (Problemas cardiovasculares; Saúde Materno-Infantil; Saúde Mental; Problemas gerais e Sintomas indiferenciados 1; e Problemas gerais e sintomas indiferenciados 2), que resultaram em material publicado e voltado à capacitação de médicos de família e comunidade.

Apesar de preocupações expressas pelos temas transversais expostos acima, percebe-se que, mesmo dentro da especialidade de medicina de família e comunidade, ainda parece haver predominância de um referencial biomédico e sem grupo próprio para temas da Saúde Coletiva.

Bengtsson e Carlson (2015) compreendem que não se pode assumir que os profissionais da atenção primária consigam atuar automaticamente como preceptores em um estressante e complexo sistema, sem contar com conhecimentos pedagógicos. Os autores investigaram e incluíram pedidos de demandas educacionais dos preceptores no curso “*Continuous Professional Development*” (CPD), voltado para preceptores na Atenção Primária, e identificaram necessidades de conhecimentos e habilidades vinculadas a ferramentas para a preceptoria efetiva dos estudantes (conhecimentos sobre atividades, ensino clínico e estratégias de aprendizado para facilitar o ensino de adultos; conhecimentos e habilidades sobre raciocínio reflexivo e crítico; conhecimentos e habilidades sobre comunicação) e para aprofundamento do conhecimento e entendimento do preceptor em ambiente acadêmico (como se desenvolver como preceptor; como realizar preceptoria sob perspectiva científica; e como ensinar e aprender modelos de ensino já existentes ou implementar novos).

Carlson e Bengtsson (2015) avaliaram a experiência dos preceptores após o término de curso de nível avançado do CPD, ocorrido em uma universidade na Suíça em 2012. O curso contava com atividades como leituras, seminários, laboratórios e estudos autodirecionados, teorias de aprendizado de adultos; técnicas de comunicação; modelos educacionais; e aspectos éticos da preceptoria. Obteve-se como resultados principais a percepção de maior habilidade no sentido de oferecer suporte aos estudantes; maior confiança em suas habilidades; maior ênfase na reflexão; e maior *status* profissional. Os autores colocam que ter especialização na área e experiência profissional não está diretamente relacionado a ter habilidades na área da educação. Para eles, a preceptoria implica suporte de aprendizado e ambiente de trabalho em que estudantes tenham a oportunidade de desenvolver as competências profissionais.

Storti *et al.* (2017) identificaram estratégias para a criação ou expansão de vagas em seis Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, promovidas por gestores municipais. Os autores situam a formação de preceptores como um desafio que passa pela reflexão de modelos de atenção e ensino; pela valorização da preceptoria; pela definição do perfil de competências que articule gestão, atenção e educação; por cursos de capacitação e de preceptoria médica; além de incentivos financeiros.

Os autores citam que vários estudos indicam o desenvolvimento de estratégias pedagógicas para os preceptores, com foco na reflexão; no pensamento crítico; na comunicação; e na educação de adultos (CARLSON; BENGTSSON, 2015).

Trajman *et al.* (2009) apontam que as ações de supervisão e de orientação, nomeadas atualmente de preceptoria, exigem formação pedagógica, além das funções técnicas que são atribuídas aos profissionais. Os autores também apontam a necessidade de acesso a capacitações e à educação permanente, uma vez que o avanço científico exige mudanças rápidas e constantes, e que estes profissionais precisam estar atualizados conforme as novas recomendações e diretrizes para serem capazes de analisá-las criticamente em seu processo de trabalho.

5.3 PROADI-SUS E OS CURSOS VOLTADOS À PRECEPTORIA: TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE DO SETOR PÚBLICO NA FORMAÇÃO/APRIMORAMENTO DE PRECEPTORES PARA HOSPITAIS PRIVADOS E A VALORIZAÇÃO DOS MÉTODOS DE ENSINO

Nesta seção, discutem-se duas questões. A primeira, refere-se à escolha de transferência da responsabilidade da formação de preceptores para hospitais privados por meio de mecanismos de isenção fiscal, em detrimento de instituições públicas de ensino e da saúde; e a segunda questão que se destaca é a valorização dos métodos de ensino nos projetos dos cursos analisados.

De maneira condizente com o exposto anteriormente, sobre as ameaças à consolidação de um SUS forte e universal, tem-se nos cursos do PROADI-SUS voltados à preceptoria a escolha de transferência da responsabilidade em conduzir os cursos e programas de qualificação de preceptores voltados ao SUS para hospitais filantrópicos considerados entidades beneficentes. Também fazem parte dessa lógica a transferência da execução de atividades para entes privados sem fins lucrativos, antes consideradas de caráter estatal, como a responsabilidade da gestão dos serviços públicos de saúde às Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), que é o caso de grande parte das unidades de saúde de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

Se, em outro momento, a ideia era que a rede pública de saúde se tornasse uma rede de ensino, no momento atual vivencia-se o contrário, em que isenções fiscais são oferecidas a hospitais de natureza privada, delegando a eles a preparação, a proposta e a condução desses cursos.

Martins e David (2019) apontam para os efeitos da crise contemporânea do sistema capitalista no SUS, sendo um dos seus efeitos a transferência de recursos públicos para o setor privado de saúde por meio do mecanismo de renúncia fiscal e ajuste fiscal, que reduzem os recursos direcionados à saúde pública, aprofundam o subfinanciamento do SUS e promovem a expansão do setor privado de saúde.

Além de os cursos do PROADI-SUS voltados à preceptoria serem elaborados e oferecidos por hospitais privados, em detrimento de outras instituições de saúde públicas, desconsideraram-se também outras instituições com atuação na Atenção Básica e outros níveis de atenção.

Morais, Rosa e Aragão (2019) caracterizaram os projetos do PROADI-SUS nos triênios de 2009-2011 e de 2012-2014 por meio de informações dos projetos executados da Ouvidoria do SUS com base na Lei nº 12.527/2011, de Acesso à Informação.

De acordo com a Ouvidoria do SUS, no período de 2009 a 2017, foram totalizados R\$ 4.012.643.748,25 em recursos de renúncia fiscal referentes ao PROADI-SUS. Concorda-se com os autores, que apontam a necessidade de avaliações constantes que possibilitem verificar se está sendo cumprido o objetivo de colaborar com o fortalecimento do SUS, sobretudo por envolver recursos públicos. Em buscas na literatura e mediante consultas em relatórios oficiais do MS, os autores não localizaram “avaliações dos resultados do referido programa ou indicadores de impacto social com a execução dos projetos” (MORAIS; ROSA; ARAGAO, 2019).

Na área de atuação “capacitação de recursos humanos”, Moraes, Rosa e Aragão (2019) apresentam que foram ofertados:

[...] 33 cursos de pós graduação, entre elas, especializações, residências, mestrados e doutorados, totalizando 11.871 alunos formados. Foram ofertados seis cursos técnicos, com 478 formados, e 2.119 cursos de aperfeiçoamento ofertados, com 100.885 alunos capacitados.

No entanto, os autores apontam que tais projetos, desenvolvidos em diversos âmbitos (municipais, estaduais ou nacional), não tiveram padronização dos indicadores de avaliação, de maneira a aferir a abrangência das ações e o potencial de multiplicador, “não sendo possível induzir conclusões sobre os resultados ou padronizar comparações entre projetos”. Também se identificou que a maioria dos formulários de avaliação com dados referentes às execuções dos projetos PROADI-SUS apresentaram preenchimento com “dados idênticos ao último parecer feito pela área técnica, demonstrando uma falta de confiabilidade nos dados apresentados visto que as informações de cada ano são diferentes” (MORAIS; ROSA; ARAGAO, 2019).

Somado a isso, há limitações em se propor direcionamentos para a formação de profissionais na área da saúde para o SUS, credenciando e delegando esta tarefa a hospitais. É uma incongruência que projetos para o SUS, nas mais diversas áreas, sejam conduzidos e operacionalizados por hospitais, considerando os diversos serviços de saúde e os níveis de atenção que compõem a rede de atenção à saúde. Por mais que estes possam estar

desenvolvendo ações em outros níveis de atenção, existem outras instituições e entidades que trilham este percurso há anos, com experiência e *expertise* na área.

Esses achados coadunam com os resultados encontrados nas atribuições da equipe de AB e de enfermeiros, que apontam para um modelo centrado na clínica médica, tendo em mente que se delega a formação de preceptores a hospitais, ou seja, a locais centrados na lógica biomédica de atenção à saúde.

Outro ponto que merece destaque é o fato destes hospitais se concentrarem no eixo sudeste, desconsiderando as diferenças regionais do território brasileiro.

Outra característica importante é que os cursos do PROADI-SUS analisados não fazem distinção de área do curso ou programa de residência, podendo ser uma residência na área hospitalar ou da Atenção Básica ou na área da Saúde da Mulher ou de Transplantes ou de um curso de graduação, por exemplo.

A partir disso, já se poderia supor que o foco desses projetos de qualificação da preceptoria não seria o de pensar o trabalho dos preceptores contextualizados com sua área de atuação, uma vez que os cursos não trazem esta especificidade na descrição do público-alvo.

Os projetos também adotam a modalidade semipresencial. Se, por um lado, a formação que mescla atividades presenciais e não presenciais, adotando a modalidade de ensino à distância (EAD), facilita uma formação em maior escala e pode permitir maior capilaridade e abrangência em território de grandes proporções como o brasileiro, por outro, pode estar mais voltada a uma resposta quantitativa e rápida de formação de trabalhadores.

Os três cursos e projetos têm como um dos pontos centrais a qualificação pedagógica dos preceptores ou das pessoas envolvidas nos programas de residência.

Uma das características dos cursos voltados ao aprimoramento da preceptoria pelo PROADI-SUS é a valorização dos métodos de ensino, sem que se defina o objeto da atenção.

Parte-se da compreensão que a educação está subordinada à dinâmica da sociedade capitalista. Neste modo de produção, busca-se produzir um trabalhador capaz de se ajustar rapidamente às novas tecnologias, sem grandes investimentos e sem a intenção de que detenha os conhecimentos sobre o processo de trabalho:

A educação necessária para o capital é aquela que produz, com o menor custo, um trabalhador que se ajusta agilmente às novas tecnologias, que cada vez mais se priva do conhecimento sobre o processo de trabalho – que vem sendo transferido para os meios de produção – e que, portanto, pode ser adestrado rapidamente e sem grandes investimentos para manter o processo produtivo funcionando (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Vale retomar que, conforme exposto no início deste trabalho, compreende-se que a educação formal por si só não é capaz de oferecer uma resposta radical ao sistema do capital, uma vez que se encontra dentro dos limites deste sistema (MÉSZÁROS, 2008), mas deve apontar para a construção de transformações no sentido emancipatório.

Conforme apresentado anteriormente, os projetos do PROADI-SUS analisados anunciam a adoção de abordagem construtivista (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a), desenvolvimento de competências (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b), uso de metodologias ativas (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b). Dois deles possuem como proposta a elaboração de Projetos de Intervenção na realidade (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a) e todos apostam na educação para a transformação da realidade (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b).

Quando se anuncia a centralidade nos métodos de ensino nos projetos do PROADI-SUS analisados, faz-se referência à concepção de educação voltada para o terreno das práticas pedagógicas e da pedagogia e, conforme colocado por Jinkings (2008 *apud* MÉSZÁROS, 2008, p.9-10), distanciando o papel da educação na construção de outro mundo, que colabore nas mudanças políticas, econômicas, culturais e sociais necessárias.

Duarte (2001) inclui o construtivismo, a Escola Nova, a pedagogia das competências e estudos na linha do “professor reflexivo” no que nomeia de pedagogias do “aprender a aprender”. Santiago (2019), ao analisar o uso das metodologias ativas na formação do profissional de saúde, também identifica correspondências pedagógicas destas com o escolanovismo, construtivismo e ensino baseado em competências.

O primeiro valor apresentado é que o aprender sozinho contribui para a autonomia do indivíduo, sendo mais desejável que o indivíduo aprenda por si mesmo do que aprenda por processo de transmissão de conhecimentos e experiências por outra pessoa. Nessa lógica, defende-se que aprender sozinho contribui para a autonomia do indivíduo e o processo de transmissão seria um obstáculo para esse desenvolvimento (DUARTE, 2001).

No caso, não se trata de negar a importância de as pessoas buscarem conhecimentos por si mesmo, com autonomia e liberdade de pensamento, mas na hierarquia de valores atribuída, em que o aprender sozinho é mais importante que a aprendizagem resultante da transmissão de conhecimentos (DUARTE, 2001).

Vinculado a esse, o segundo posicionamento apresentado diz respeito à maior importância dada ao aluno em desenvolver um:

[...] método de aquisição, elaboração, descoberta, construção de conhecimentos, do que esse aluno aprender os conhecimentos que foram descobertos e elaborados por outras pessoas. É mais importante adquirir o método científico do que o conhecimento científico já existente (DUARTE, 2001).

Os projetos “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” e “Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoría no SUS (DGPSUS)” adotam a concepção construtivista de educação e propõem a elaboração de Projetos de Intervenção. A expectativa de promover mudanças no cenário da formação no Brasil por meio de apoio e construção de projetos de intervenção considera os valores citados acima, em que se centra nos métodos de aquisição, elaboração e construção do conhecimento, com projetos que devem ser realizados pelos próprios alunos (no caso, preceptores), e, assim, considera o ensino como um processo de pesquisa.

O processo citado acima concentra-se nos procedimentos e nos passos que levam à posse dos conhecimentos, ou seja, está centrado no processo de obtenção de conhecimento. Ao fazer uma nova interpretação da educação, se dissolve a diferença entre ensino e pesquisa com a crítica à escola tradicional e à educação pela “transmissão de conhecimentos”. No entanto, ao fazer isso, comete o erro de inviabilizar também a pesquisa, pois para o desenvolvimento desta, pressupõe-se o confronto com conteúdos já conhecidos, estruturados e organizados, uma vez que não seria possível a incursão no desconhecido sem esse domínio (SAVIANI, 2012).

A ideia dos problemas do cotidiano como disparadores de aprendizagem (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2015) (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018a) e da formação dos alunos no contexto real dos serviços de saúde, partindo da compreensão do mundo do trabalho como um espaço produtor de saberes e da defesa de que isso possibilitaria o desenvolvimento de competências profissionais e tornaria o aprendizado mais potente (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018b) também nos remete ao terceiro valor descrito por Duarte (2001).

O entendimento de que as atividades dos alunos devem ser impulsionadas e dirigidas pelos interesses e necessidades destes, ou seja, que estejam inseridas de forma funcional na atividade do aluno é o terceiro posicionamento valorativo nas pedagogias do “aprender a aprender” sinalizados por Duarte (2001). Nesse sentido, a aprendizagem deve surgir do que é descrito por interesse e necessidade, que seriam os problemas e as questões do cotidiano do trabalho para, assim, ser dirigida à busca de solução.

O último posicionamento valorativo é a que a educação:

[...] deve preparar os indivíduos para acompanharem a sociedade em acelerado processo de mudança, ou seja, [...] a nova educação deve pautar-se no fato de que vivemos em uma sociedade dinâmica, na qual as transformações em ritmo

acelerado tornam os conhecimentos cada vez mais provisórios, pois um conhecimento que hoje é tido como verdadeiro pode ser superado em poucos anos ou mesmo em alguns meses (DUARTE, 2001).

Nesse sentido, concorda-se com Duarte (2001), sobre o caráter adaptativo da pedagogia do “aprender a aprender”, voltada para preparar os indivíduos às competências necessárias para que possam competir por postos de trabalho, numa luta contra o desemprego.

Dessa forma, parece que os projetos voltados à qualificação de preceptores para o SUS pretendem se adequar ao desenvolvimento de competências para adaptação ao que vem sendo exigido no trabalho, em detrimento de estarem orientados a conhecer a realidade social a fim de criticá-la e construir uma educação comprometida com a transformação social radical (DUARTE, 2001).

Albuquerque *et al.* (2013), ao analisarem a formação de médicos, ressaltam que esta vem sendo orientada pelo ideário neoliberal e tem atendido a uma formação mais pragmática e menos onerosa, sendo cada vez mais comum o uso das pedagogias ditas ativas:

[...] que podem ser utilizadas para legitimar a retirada do conteúdo científico, baseada na crítica leviana à imposição de conceitos que seriam transmitidos de forma autoritária ao estudante na educação dita tradicional. Na formação de um trabalhador flexível, essas pedagogias são bem indicadas, pois permitem adestrá-lo a obedecer aos protocolos, a solucionar pequenos desvios que a produção apresente e adaptá-lo rapidamente, com novo treinamento, às atualizações tecnológicas introduzidas nos processos produtivos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

A partir dessa compreensão, o professor – e amplia-se para a discussão do preceptor – torna-se um condutor da aprendizagem, aquele que estimula e incentiva, conforme apresentado na seção anterior.

O valor negativo que assume o verbo ensinar e a expressão “transmissão de pensamento” é notado no Construtivismo e na Escola Nova, em que o professor é:

[...] reduzido a um "animador", a alguém que fornece condições para que o aluno construa por si mesmo o conhecimento. Para não ser reduzido a um mero enfeite do processo educativo, pode até, "eventualmente", fornecer alguma orientação para o aluno (DUARTE, 1998).

O professor como “animador” ou, como expõe Saviani (2012), um “estimulador e orientador da aprendizagem cuja iniciativa caberia aos próprios alunos”, considera que o importante é o “aprender a aprender”. Nesse processo, o professor passa a ter seu papel diluído, como aquele que acompanha o desenvolvimento e o aprendizado.

Concorda-se com Albuquerque *et al.* (2013) ao defenderem que as concepções pedagógicas de aprendizagem voltadas para a solução de problemas são marcadas pelo

pragmatismo e pela busca da formação de um trabalhador que esteja apto a resolver os problemas do cotidiano e, por isso, “não são as mais adequadas em uma educação que vise transmitir às novas gerações o que de mais elevado tenha sido produzido pelo gênero humano no campo do conhecimento”, pois não almeja que o aluno domine a base científica de cada área de atuação produzida nas gerações anteriores, mas sim o desempenho técnico baseado em conhecimento instrumental.

Diante do exposto, apontamos o estudo de Soares et al. (2018), que apresentam a proposta de oficinas emancipatórias como estratégia para promover a análise crítica dos processos de trabalho e a superação de trabalho desprovido de significado humano.

A múltiplas atribuições dos enfermeiros na Saúde da Família, somada à polivalência esperada dos preceptores, apontam para a conformação de um tipo de trabalhador nos parâmetros do capital:

O trabalho contemporâneo impõe desafios ao entendimento de sua relação com a saúde, pois a dinâmica combina formas arcaicas e tradicionais de exploração do trabalho com o incremento tecnológico e grande mobilização ideológica do capital na conformação de um tipo de trabalhador(a) que seja ativo(a), polivalente, flexível, e que corresponda à demanda crescente e complexa de processos e procedimentos; essa exigência é a constituição de uma identidade do(a) trabalhador(a) nos parâmetros do capital (SOARES *et al.*, 2018).

A produtividade como principal finalidade do processo de trabalho no capitalismo “necessita do sofrimento mental gerado pelo desgaste do(a) trabalhador(a) para sua realização” (SOARES *et al.*, 2018). Por meio da intensificação do trabalho, do desgaste emocional e da saúde dos trabalhadores explora-se a subjetividades dos indivíduos. Esses trabalhadores, que almejam ser o mais eficientes possível, como demanda o capital, passam a se autocolpabilizar e autorresponsabilizar pelo que não conseguem dar respostas, mesmo que não lhe sejam oferecidas ferramentas e condições para isso (SOARES *et al.*, 2018).

A oficina emancipatória propõe que os trabalhadores discutam em grupos o processo de produção de saúde e reconheçam o objeto, o produto, os meios e os instrumentos e o trabalho, com a identificação das formas de organização do trabalho e da divisão técnica do trabalho (SOARES *et al.*, 2018).

De maneira diferente das formações como capacitação, a oficina emancipatória:

[...] não é uma proposta de qualificação para a tarefa profissional prescrita. Antes, proporciona a possibilidade de discussão dessa prescrição de acordo com as necessidades a serem respondidas. Proporciona também compor, entre coordenador(a) da oficina e participantes, formas de autoria do próprio trabalho, ainda que no recorte do objeto de cada campo profissional e no uso das ferramentas clínicas relativas a cada recorte. Possibilita articular as ferramentas como trabalhador(a) e não mais como recurso humano, reconhecendo as relações entre suas atribuições e as

necessidades em saúde a que se coloca a responder, e podendo, inclusive, rever/recompor/disputar essas mesmas atribuições.” (SOARES *et al.*, 2018).

Conforme apresentado por SOARES *et al.* (2018), entendemos que as implicações nas práticas em saúde, a partir dessas oficinas, podem permitir que os trabalhadores identifiquem a lógica de organização e divisão do trabalho, assim como os obstáculos implicados nessa estrutura, de modo a fortalecer os trabalhadores –no caso deste estudo, os preceptores - para a transformações das necessidades em saúde.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cursos e programas de residência na Estratégia Saúde da Família têm se configurado como estratégia importante de formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, em especial para a Atenção Básica, foco deste estudo.

O município do Rio de Janeiro concentra parte significativa dos cursos e programas de residência com a formação de enfermeiros para a ESF do estado, coordenados por instituições públicas como a ENSP/FIOCRUZ, HESFA/UFRJ e UERJ, as duas primeiras na modalidade multiprofissional e a última uniprofissional.

Pensar a atuação do preceptor nesse processo de formação, considerando a indissociabilidade entre formação e atenção à saúde nos cursos e programas de residência direcionou a análise às atribuições da equipe e dos enfermeiros na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) dos cursos e programas de residência, com enfoque na preceptoria, e também aos projetos do PROADI-SUS voltados à qualificação de preceptores.

As atribuições descritas para o trabalho das equipes da AB e dos enfermeiros na PNAB demonstram um discurso ambivalente, em que consta, por um lado, a sugestão de que as práticas de saúde sejam instauradas conforme as necessidades de saúde e cuidado integral, mas, por outro, apresentam direcionamento para a atenção focalizada nos riscos e vulnerabilidades, com enfoque biomédico, organizado em ações programáticas, prioridades, protocolos e diretrizes clínicas.

A operacionalização dessas diretrizes soma-se a restrições orçamentárias na saúde e no não compromisso com os princípios de universalidade e integralidade do SUS, refletindo na formação dos enfermeiros para a ESF e no trabalho dos preceptores.

O preceptor, por ser um profissional da rede municipal de atenção à saúde, acumula funções no campo da educação e, também, responsabilidades diante de uma ou mais equipes de Saúde da Família.

As expectativas e exigências de um trabalhador multifuncional e polivalente, que cumpra com os papéis de “condutor da aprendizagem”; com as responsabilidades na(s) equipes de SF que compõe; no preparo e na condução de aulas; e, até mesmo, nas demandas no âmbito da gestão, são inviáveis, impossíveis de serem cumpridas. No entanto, as cobranças e a culpa por não serem desempenhadas essas exigências recaem sobre esses trabalhadores, gerando potenciais de desgastes físicos e emocionais.

As equipes da ESF estão localizadas, se não na totalidade, ao menos majoritariamente, em bolsões de pobreza. São nessas equipes que estão inseridas as residências no município do Rio de Janeiro, em que os profissionais se deparam com as necessidades em saúde dos moradores associadas à manutenção material da vida na base dos quadros que os trazem ao serviço de saúde. Essa já é uma demanda complexa e, a ela, soma-se a quantidade de atribuições dos trabalhadores de saúde e as piores condições de trabalho diante das medidas de redução de equipes de SF e da demissão de trabalhadores no município do Rio de Janeiro. Essa complexidade produz condições de trabalho mais precárias, com sobrecarga aos trabalhadores, em particular, aos preceptores.

Apesar do conjunto de recomendações e intencionalidades dos cursos e programas de residência para a formação de residentes críticos e voltados ao cuidado integral, os limites e impedimentos dados pela realidade dos serviços e da implementação das práticas na Atenção Primária tendem a direcionar a atuação do preceptor e do residente para o cotidiano do serviço de saúde, que resume-se mais em dar conta das demandas do que em criar espaços de reflexão e apropriação de novos conhecimentos teórico-práticos para desenvolvimento de pensamento crítico.

A expectativa de que este preceptor seja capaz de formar enfermeiros críticos – no que cabe aos momentos de formação no campo prático - acaba trazendo um impasse para este profissional, que, sem ter condições para exercer atividades de formação e atender a essa demanda e, em sociedade marcada por valores de responsabilização individual, pode sentir-se impotente ou responsável em dar conta de tais atribuições delegadas a ele.

Seria desejável que as residências pudessem ser espaços de pensar novas possibilidades, não ficando a preceptorria a cargo do trabalhador da unidade, que precisa responder uma série de procedimentos e responsabilidades, de maneira a tornar inviável que este esteja junto ao residente em uma perspectiva de criatividade e para pensar outras maneiras de atuação.

A ideia é que o preceptor não seja um mero reproduzidor e supervisor de práticas e procedimentos, mas que tenha um papel de educador e formador de trabalhadores para o SUS, especificamente, para a Atenção Básica. Para além do ensino de técnicas, procedimentos e da formação para atendimentos clínicos, que este possa contribuir para que as práticas e as organização dos serviços sejam revistos e repensados.

No entanto, para isso, é essencial garantir que este trabalhador tenha tempo e espaço para a reflexão e o aprimoramento de sua prática, além de disponibilidade dentro de seu horário de trabalho, de modo que possa exercer com autonomia e refletir e proporcionar, com liberdade e criatividade, novas possibilidades de atuação.

Sugere-se que o dimensionamento das unidades com residência também seja diferente, de maneira a adequar, por exemplo, o número de habitantes por equipe, a proporção residente por preceptor e, inclusive, as instalações da unidade, oferecendo ambientes para espaços teóricos, biblioteca, espaço reservado para discussão de casos, entre outras necessidades relacionadas aos processos pedagógicos.

Apesar de os cursos e programas de residência estudados preverem espaços de formação destes preceptores, não há detalhamento destas estratégias, sendo necessário que outras pesquisas possam estudar essas iniciativas.

A análise dos projetos do PROADI-SUS mostrou o investimento em larga escala e de abrangência nacional para aprimoramento destes preceptores, no entanto, delegou-se a responsabilidade a hospitais privados considerados filantrópicos, por meio de mecanismos de isenção fiscal, em detrimento de instituições da saúde e educação da rede pública e do âmbito da AB.

Os projetos também se voltam para a temática das práticas pedagógicas, com centralidade nos métodos de ensino, em vez de enfatizar os conhecimentos já produzidos e sistematizados pela sociedade. A ideia de preparar os preceptores para resolver os problemas do cotidiano reproduzem uma ideia de formação com características adaptativas, voltadas para uma formação pragmática e de desempenhos, ao invés de uma educação comprometida com as reais transformações da sociedade e com o acesso ao conhecimento.

A análise dos documentos permitiu ter um panorama das intencionalidades e direcionamentos para a atuação dos enfermeiros na SF, preceptoria nos cursos e programas de residência com formação de enfermeiros para a ESF no Rio de Janeiro e das estratégias de formação dos preceptores.

Verificou-se que os PPPs são de acesso restrito, apesar de serem documentos públicos, portanto não estão disponíveis facilmente e nem constam em plataformas digitais das instituições nos moldes de repositórios de fácil acesso para consulta por trabalhadores e preceptores. Os projetos do PROADI-SUS carecem de maiores informações disponibilizadas no site do programa sobre resultados e alcances dos cursos de aprimoramento para preceptores.

Esta pesquisa não pretendeu ir a campo, no entanto anseia que este estudo venha a contribuir com reflexões acerca da preceptoria e da formação de trabalhadores para o SUS.

Em suma, o trabalho dos enfermeiros e preceptores é resultado dessas diferentes concepções e disputas por modelos de atenção. Embora a educação não carregue sozinha a responsabilidade por resposta emancipadora, ela pode exercer papel na disputa de modelos de

atenção à saúde e educação, no sentido de questionar os valores hegemônicos em busca de outras perspectivas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. C. *et al.* Educação pelo trabalho para a formação do médico. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 411-30, maio-ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000200009>.

ARAÚJO, E. F. S. *et al.* Referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil. In: AGUIAR, A. C. (Org.) **Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. p.32-48.

AUTONOMO, F. R. O. M. *et al.* A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na Atenção Primária - análise das publicações brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-27; abr.-jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>.

BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, jan. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000100002>.

BENGTSSON, M.; CARLSON, E. *Knowledge and skills needed to improve as preceptor: development of a continuous professional development course - a qualitative study part I*. **BMC Nurs.**, v. 14, n. 5, Oct 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0103-9>.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-73, jul.-set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p.1, 1 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 mar. 2006.

Seção I, p.71.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, 15 jan. 2007.

BRASIL. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação de entidades beneficentes de assistência social. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 nov. 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/112101.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p.7, 13 nov. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 set. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Relação de projetos de apoio PROADI-SUS executados no TRIÊNIO 2009-2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/474250/RESPOSTA_PEDIDO_PROTOCOLO%20-%2025820001648201646%20-%20TRINIO%202009-2011_PROADI-SUS.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, 16 abr. 2012a,

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 112**, de 14 de fevereiro de 2012. Define critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional das instituições de saúde para apresentação de projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2012/prt0112_14_02_2012.html. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, n.12, p.59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial, nº16 de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010

e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p.21, 23 dez. 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p.12-3, 17 nov. 2014b.

BRASIL. Decreto n. 8.242, de 23 de maio de 2014. Regulamenta a Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 mai. 2014c. Recuperado em 08 de outubro, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 628**, de 7 de agosto de 2014. Define os temas e objetivos prioritários para apresentação dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADISUS, para o triênio (2015-2017). Brasília, 2014d. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2014/prt0628_07_08_2014.html. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Relação de projetos de apoio PROADI-SUS - TRIÊNIO 2012-2014**. Brasília, 2014e. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/474250/RESPOSTA_PEDIDO_PROTOCOLO%20-25820001648201646%20-%20TRINO%202012-2014_PROADI-SUS.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Relação de projetos de apoio PROADI-SUS - TRIÊNIO 2015-2017**. Brasília, 2014f. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/474250/RESPOSTA_PEDIDO_PROTOCOLO%20-%2025820001648201646%20-%20TRINIO%202015-2017_PROADI-SUS.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124/2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p.193, 5 ago. 2015, Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/05/portaria-inter-1124-2015.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, n. 98, p.44-6,

24 mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.362**, de 8 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 jul. 2017c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Projetos de Apoio em Execução no TRIÊNIO 2018-2020**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/29/Projetos-de-apoio-Trienio-2018-2020.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Projetos de Continuidade do TRIÊNIO 2018-2020**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/29/Projetos-continuidade-Trienio-2018-2020.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Público e privado na reforma do sistema de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 119-138, jan.-jun. 2008. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/389>. Acesso em: 29 abr 2020.

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Saúde como direito. In: Soares, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Orgs.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2013, p. 3-48.

CARLSON, E.; BENGTTSSON, M. Perception of preceptorship in clinical practice after completion of a continuous professional development course - a qualitative study Part II. **BMC Nurs.**, London, v. 14, n. 41, ago. 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12912-015-0092-8>.

CASTELLS, M. A. **Estudo dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Rio de Janeiro**: a questão da preceptoria. 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

CASTELLS, M.A.; CAMPOS, C.E.A.; ROMANO, V.F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3,

p. 461-9, jul.-set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e02862014>.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-86, out.-dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* (Org.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

DAVID, H. M. S. L. et al. O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: Mendonça, M. H. M. *et al.* (Orgs.) **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2018, p. 337-67.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DUARTE, N. Concepções afirmativas e negativas sobre o ato de ensinar. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 44, p. 85-106, abr. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-32621998000100008>.

DUARTE, N. As pedagogias do aprender a aprender e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 35-40, dez. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782001000300004>.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Escola de Governo em Saúde. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ENSP/FIOCRUZ 2009-2011**. Rio de Janeiro, out. 2008.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Escola de Governo em Saúde. **Projeto Político Pedagógico Residência Multiprofissional em Saúde da Família ENSP/FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, mai. 2019.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. PNAB 2017: a universalidade e a integralidade sob ameaça? **Agência Fiocruz Notic.**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pnab-2017-universalidade-e-integralidade-sob-ameaca>. Acesso em: 29 abr. 2020.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-98, mar.-abr. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200015>.

HOSPITAIS PROADI-SUS (PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE). **DGPSUS**. Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoría no SUS. 2018a. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/107/dgpsus>. Acesso em: 29 abr. 2020.

HOSPITAIS PROADI-SUS (PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE). **Preceptores RMS**. Programa de

Formação Didático-Pedagógica para Preceptoria de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS. 2018b. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/35/preceptores-rms>. Acesso em: 29 abr. 2020.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Educação na Saúde para Preceptores do SUS. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/responsabilidade-social/projetos-de-apoio-ao-sus/projetos-novo/Paginas/educacao-saude-preceptores-sus.aspx>. Acesso em: 29 abr. 2020.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-46, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009 – 2012: estudo de caso numa área da cidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, out.-dez. 2015. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)975](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)975).

MAEYAMA, M. A. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica (2017): um golpe político-ideológico do capital. **Rev. Inova Saúde**, Criciúma, v. 9, n. 2, jul. 2019. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/4386/5190>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MARTINS, A. L. X.; DAVID, M. H. S. L. Crise e enfermagem na atenção primária: notas da prática social pelo materialismo histórico dialético. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, nov. 2019; 27:e42472. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.42472>.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, set. 2018. Número especial 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-43, set. 2018. Número Especial 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAIS, I. A. M.; ROSA, W. V. S; ARAGAO, E. S. Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009-2011 e 2012-2014. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 2019. Lisboa. **Atas CIAIQ2019**. Aveiro (Portugal), 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2049/1985>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan.-mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4.555-68, nov.-dez, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Residência em Saúde da Família: A preceptoria de enfermagem lapidando seu objeto de trabalho. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, p. 111-15, dez. 2000. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700017>.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* (orgs.). Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/famed/graduacao/medicina/espaco-do-preceptor/cursos-online/caderno-do-curso-de-especializacao-educacao-na-saude-para-preceptores-do-sus>. Acesso em: 29 abr. 2020.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). (Org.). Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013. (Série Técnica Inovação na Gestão) Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.**, v. 21, p. 94-106, mai. 2012. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Superintendência de Atenção Primária. **Cobertura de equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2019.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Revisita e corrigida. Rio de Janeiro: SMSDC, COREN, 2012, 129p.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Circular S/SUBPAV/SAP N 21/2014**. Estabelece o repasse financeiro na forma de gratificação pelo exercício de preceptoria aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família selecionados para atuar no Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família. Rio de Janeiro, 3 mar. 2014.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária. Fascículo Enfermagem no Cuidado dos Ciclos de Vida no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2017.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV). **Reorganização dos serviços de**

Atenção Primária à Saúde. Estudo para otimização de recursos. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

SANTIAGO, N. V. **O uso das metodologias ativas na formação do profissional de saúde: uma crítica à luz do materialismo histórico-dialético.** 2019. 95 f. Monografia de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

SANTOS *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1.124-31, nov.-dez., 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, p. 777-81, dez. 2007. Número Especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500006>.

SAVIANI, D.; DUARTE, N. (Orgs.). **Pedagogia histórico-crítica e luta de classes na educação escolar.** Campinas: Autores Associados, 2012.

SAVIANI, D. **Escola e democracia.** 42. ed. Campinas: Autores Associados, 2012.

SILVA, V. C. **Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional.** 2017. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SOARES, C. B. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 43, n. e7s, 2018. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000007618>

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 21, p. 1.301-14, 2017. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, mai.-ago. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002>.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; PEREIRA, A. A preceptoria na residência em Saúde da Família. **Sanare**; v. 5, n. 1, p. 47-53, jan.-mar. 2004.

TRAJMAN, A. *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, jan.-mar. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100004>.

UERJ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO). Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Pública; RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Curso de Especialização Enfermagem**

em Saúde da Família na modalidade residência 2015/2017. Rio de Janeiro, 2014.

UFRJ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO). Hospital Escola São Francisco de Assis. **Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, 2010.

VIANA, N. A. Constituição das Políticas Públicas. **Rev. Plurais**, Anápolis, v. 1, n. 4, p. 94-112, 2006.

APÊNDICE

PROJETOS DO PROADI-SUS VOLTADOS À QUALIFICAÇÃO DE PRECEPTORES, POR HOSPITAL, TRIÊNIO E PÚBLICO-ALVO

Projeto	Hospital	Triênio			Público - Alvo
		2012 a 2014	2015 a 2017	2018 a 2020	
Programa de formação de preceptores de Residência Médica	HAOC	x			Medicina
Capacitação de Recursos Humanos para o SUS Subprojeto formação de Gestores e Preceptores de Residência Médica - Curso de Especialização em Gestão de Programas de Residência Médica do SUS - GPRM - Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores de Residência Médica do SUS - ESPRM	HSL	x			Medicina
Programa de formação de preceptores de Residência Médica	H Samaritano	x			Medicina
Programa de preceptoria em Residência Médica	HCOR	x			Medicina
Educação na Saúde para Preceptores do SUS	HSL		x		Área Profissional
Formação de Gestores e Preceptores de Programas de Residência Médica (FGPPRM)	HSL		x		Medicina
Capacitação em Preceptoria de Residência Médica	HAOC		x	x	Medicina
Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS (DGPSUS) Subprojeto: Aperfeiçoamento em Gestão de Programas de Residência em Saúde do SUS (GPRS) Subprojeto: Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS (PSUS).	HSL			x	Área Profissional Medicina
Programa de formação didático-pedagógica para a Preceptoria de Residência Multiprofissional e Saúde - RMS	HCOR			x	Área Profissional
Curso de Especialização de Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade	HMV			x	Medicina