

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

KÁTIA REGINA BARROS RIBEIRO

**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: SABERES DO PRECEPTOR NO
PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM**

**FLORIANÓPOLIS/SC
2015**

Kátia Regina Barros Ribeiro

**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: SABERES DO PRECEPTOR NO
PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, na área de concentração de Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem, linha de pesquisa “Formação e Desenvolvimento Profissional na Saúde e na Enfermagem”, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado.

**FLORIANÓPOLIS/SC
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ribeiro, Kátia Regina Barros

Residências em saúde : saberes do preceptor no processo
ensino-aprendizagem / Kátia Regina Barros Ribeiro ;
orientadora, Marta Lenise do Prado - Florianópolis, SC,
2015.

226 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Educação em saúde. 3. Ensino. 4.
Aprendizagem. 5. Preceptoría. I. Prado, Marta Lenise do.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

KÁTIA REGINA BARROS RIBEIRO

**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: SABERES DO PRECEPTOR NO
PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM**

Essa tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de Maio de 2015.

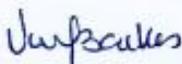


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

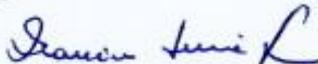
Banca Examinadora:



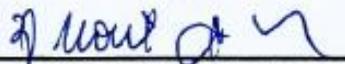
Dra. Marta Lenise do Prado
(Orientadora)
UFSC



Profa. Dra. Vânia Marli Schubert
Backes
UFSC



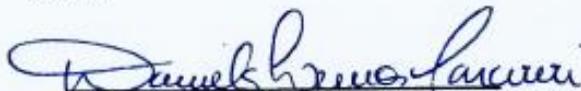
Profa. Dra. Francine Lima Gelbeke
UFSC



Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto
Noro
UFRN



Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa
UERN



Profa. Dra Daniela Lemos Carcereri
UFSC

À minha família que sempre apoiou as minhas decisões, mesmo sem entender o significado de mais da metade das coisas que busquei e ainda busco em minha vida. Ela é o meu referencial de ser humano e minha fonte de amor, alegria e esperança para seguir sempre em frente. Além disso, também dedico este estudo àqueles que buscam sempre no seu dia a dia fazer o melhor; por mais que as dificuldades existam e que inúmeras sejam as barreiras a serem vencidas, nunca perdem a vontade, o entusiasmo e a alegria de aprender, conquistar, transformar e crescer.

AGRADECIMENTOS

O doutorado foi para mim uma oportunidade que me conduziu a um ciclo de desafios, porém de muito aprendizado. E, como não poderia deixar de ser dito, tudo o que foi vivido transformou a mim como pessoa e profissional, me fez crescer. Hoje tenho mais certeza de que pouco sei e tenho maior curiosidade por tudo aquilo que me cerca e do qual faço parte. Muitos vivenciaram comigo esta trajetória e de mim merecem o meu sincero agradecimento:

A Deus, por esta oportunidade, e à minha família pelo carinho, conforto, consolo, força, sabedoria e amor dedicados a mim, em toda a minha vida. Em especial, agradeço aos meus irmãos pelo apoio, a quem sigo como exemplos e tenho imensa admiração e amor.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo alto investimento em minha qualificação. Ao Chefe do Departamento de Enfermagem da UFRN, ao superintendente, diretoria de enfermagem e coordenação de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Onofre Lopes, que, apesar das dificuldades enfrentadas, me deram condições para desenvolver e concluir este doutorado.

Aos amigos do trabalho (Hospital e Departamento de Enfermagem) que sempre se colocaram à disposição para ajudar, me fazendo sentir confiante e com a sensação de poder contar com qualquer um deles nesta trajetória.

Aos meus amigos do DINTER e do PEN UFSC, pela convivência e aprendizado construídos juntos. Em especial Djailson, Luciane, Wanessa, Jaime e Mariely, que fizeram de todos os momentos vividos neste ciclo experiências inesquecíveis, repletas de reflexões e muita risada (vulgo gaitadas).

Aos amigos da minha vida toda: Renata, Giliarde, Késsya, Ilmara, Júnior, Viviane, Deborah, Elaine, Neyse, Djailson, Wanessa e Luciane, que viveram comigo momentos especiais nesta caminhada e constroem comigo minha história. Eles fazem parte deste doutorado.

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que me acolheu e no qual pude compartilhar conhecimentos ao longo do doutoramento. Em especial a Mariely, Saionara, Ana Testoni, Silvana Kempfer, Aline Massaroli, Diana, Daniele Lázari e Aline Bussolo, pessoas especiais, amigas que me fizeram sentir-me em casa e querida a mais de 3000 km de distância.

Ao Grupo de Estudos de Formação na Área da Saúde (GEFAS)[,] do qual faço parte e no qual sinto-me parte, como grupo e pesquisadora.

Respeito, admiração, amizade e conhecimento são palavras que simbolizam a nossa convivência.

A todos os professores do Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC pelos conhecimentos e experiências compartilhados. Meu agradecimento especial à professora Denise Guerreiro pelo ensinamento no estágio docência; à professora Francine, pela orientação à minha participação nas atividades do programa de residência do Hospital Universitário da UFSC; à professora Sílvia, pelo carinho e entusiasmo; e às professoras Vânia, Flávia e Francis, pelo acolhimento e empenho em fazer do DINTER uma experiência exitosa.

À minha orientadora, por quem tenho imensa admiração, que me guiou nesta trajetória sempre com muita paciência, sabedoria e carinho, compreendendo as minhas limitações e me desafiando a buscar o conhecimento. Eu nunca pensei que um dia fosse convencê-la sobre algo, mas eu consegui e nunca esquecerei esse dia. É claro que ela tinha certeza disso, o que representou para mim o verdadeiro exemplo de ser professor em uma formação crítica e reflexiva.

E, por fim, porém não menos importante, aos preceptores que contribuíram com esta pesquisa, que me ensinaram o significado de ser e fazer a preceptoria. Eles, com amor ao que fazem e esperança de uma formação em saúde melhor, estão sempre dispostos a colaborar na construção do conhecimento.

Pessoas que sabem as soluções já dadas são mendigos permanentes. Pessoas que aprendem a inventar soluções novas são aquelas que abrem portas até então fechadas e descobrem novas trilhas. A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de sobreviver.

(Rubem Alves)

RIBEIRO, Kátia Regina Barros Ribeiro. **Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem.** 2015. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

Os programas de residência em saúde, no Brasil, são considerados pós-graduações *lato sensu* e caracterizados pela educação no trabalho, articulam teoria e prática, o ensino e o serviço e desempenham importante papel na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto, destaca-se o preceptor, profissional que está na assistência e assume papel importante na formação do residente, sendo um mediador entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho. Isso requer que o preceptor tenha competência para ensinar, compreender o contexto do residente, da instituição, a realidade que se apresenta como cenário às relações, assim como também conhecer as estratégias que possibilitam o movimento de construção do conhecimento, das habilidades e atitudes no profissional em formação. Assim, fundamentada no referencial teórico de Lee Shulman, a preceptoria foi compreendida como uma prática educativa que requer que o preceptor constitua um repertório de saberes para a condução do processo ensino-aprendizagem dos residentes. Desse modo, os objetivos deste estudo foram: Compreender o significado da preceptoria e de ser preceptor e identificar os conhecimentos que o preceptor utiliza para conduzir o processo de ensino-aprendizagem na formação do residente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de delineamento exploratório e descritivo, realizada com 31 preceptores de programas de residência médica e multiprofissional de três hospitais universitários de um estado do Nordeste do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada. Para tratamento dos dados foi utilizada a codificação aberta e axial conforme proposta por Strauss e Corbin, com o auxílio do *software* Atlas ti® 7. Nesse procedimento emergiram as seguintes categorias: (1) O significado da preceptoria e de ser preceptor; (2) A prática da preceptoria; (3) Os Conhecimentos-base para o ensino utilizados pelos preceptores. Os resultados permitiram compreender que a preceptoria é uma ação com finalidade pedagógica; é uma prática educativa, na qual o preceptor compartilha o seu conhecimento com o residente, divide tarefas, discute casos, articula a teoria e a prática e se torna um guia para o residente. Para isso, o preceptor considera importante o conhecimento da matéria, conhecer os residentes e suas

características, o currículo do curso, o contexto educacional, assim como estabelecer uma relação de respeito, solidariedade e amorosidade com o residente. Também reconhece como imprescindível o domínio do saber pedagógico, bem como o conhecimento pedagógico do conteúdo, que orienta o preceptor ao saber ensinar e é imperativo de uma formação inicial e permanente para o exercício da preceptoria. Por fim, o estudo apresenta subsídios que podem fundamentar a construção de uma política nacional de valorização do preceptor, para que essa prática seja desenvolvida com competência, contribuindo para uma formação qualificada de profissionais de saúde que atendam aos requerimentos das políticas públicas.

Palavras-chave: Educação em saúde. Ensino. Aprendizagem. Preceptoria. Hospitais de ensino. Educação superior.

RIBEIRO, Kátia Regina Barros Ribeiro. **Health residences: knowledge of preceptor in the teaching-learning process.** 2015. 226 f. Thesis (PhD in Nursing) – Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ABSTRACT

Residency programs in health, in the current situation, play an important role in training professionals for SUS therefore considered broad sense postgraduate and marked by in-service training, articulate theory and practice, teaching and service. In this context, there is the preceptor, professional who is in the care and plays a key role in shaping the resident, is the mediator between theory and practice, between the world of education and the world of work. Therefore, it is necessary that the teacher is competent to teach, understand the context of the resident, the institution, the reality presented as a backdrop to relations, as well as know strategies that allow the movement of construction of knowledge, skills and attitudes the trainee. Thus, based on Lee Shulman's theoretical framework, which discusses the Knowledge Base for Education, I aim in this research, understand the preceptorship in health and basic knowledge for teaching professionals / tutors of university hospitals. This is a qualitative, exploratory and descriptive design, performed with 31 tutors of medical and multidisciplinary residency programs of three university hospitals in a city in northeastern Brazil. Data collection was conducted from December 2013 to July 2014, through semi-structured interview, following the ethical principles required by Resolution no. 466, of December 12, 2012 the National Board of Health and approved by the Ethics and Research of the Federal University of Santa Catarina Committee under protocol nº 426570. The data collected was measured using the process of Grounded Theory, with the help of Atlas Software you. In this procedure emerged the following main categories: (1) The meaning of preceptorship and be preceptor; (2) The practice of preceptorship; (3) knowledge for teaching in preceptorship. In the empirical material analysis could understand that preceptorship is an action with teaching purposes, an educational practice in which the teacher shares his knowledge with the resident, divide tasks, discusses cases, articulates the theory and practice and becomes the reference, model, guide, advisor to the resident. For this, the teacher considers important to know about your expertise, meet the residents and their characteristics, the course curriculum, the educational context, and to establish a relationship of respect, solidarity and loveliness with the resident. In addition, it is also necessary to have the pedagogical

knowledge and pedagogical content knowledge, which guides the teacher to know how to teach.

Keywords: Health education. Teaching. Learning. Preceptorship. Hospitals teaching. Education higher.

RIBEIRO, Kátia Regina Barros Ribeiro. **Residencias de salud: conocimientos del preceptor el proceso de enseñanza-aprendizaje.** 2015. 226 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMEN

Los programas de residencia en salud, en la coyuntura actual brasileña, desempeñan un papel importante en la formación de profesionales para el Sistema Único de Salud - SUS, considerados cursos de posgrado lato sensu y caracterizadas por la educación en el trabajo, articulan teoría y práctica, la enseñanza y el servicio. En ese contexto, se destaca el preceptor, profesional que está en la asistencia y asume un papel importante en la formación del residente; es el mediador entre la teoría y la práctica, entre el mundo de la enseñanza y el mundo del trabajo. Para eso, es necesario que el preceptor tenga competencia para enseñar, comprender el contexto del residente, de la institución, la realidad que se presenta como escenario a las relaciones, así como conocer también estrategias que posibiliten el movimiento de construcción del conocimiento, de las habilidades y actitudes en el profesional en formación. Así, fundamentada en el referencial teórico de Lee Shulman, la preceptoría fue comprendida como una práctica educativa que requiere que el preceptor constituya un repertorio de saberes para la conducción del proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes. De ese modo, los objetivos de este estudio fueron: Comprender el significado de la preceptoría y de ser preceptor e identificar los conocimientos que el preceptor utiliza para conducir el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del residente. Se trata de una investigación cualitativa, de diseño exploratorio y descriptivo, realizada con 31 preceptores de programas de residencia médica y multi profesional de tres hospitales universitarios de una ciudad del noreste de Brasil. La colecta de datos fue realizada en el período de diciembre de 2013 a julio de 2014, por medio de entrevista semiestructurada. Para tratamiento de los datos fue utilizada la codificación abierta y axial conforme propuesto por la Teoría Fundamentada en los Datos, con ayuda del Software Atlas ti® 7. En este procedimiento emergieron las siguientes categorías: (1) El significado de la preceptoría y de ser preceptor; (2) La práctica de la preceptoría; (3) Los Conocimientos base para la enseñanza utilizados por los preceptores. Los resultados permitieron comprender que la preceptoría es una acción con finalidad pedagógica, una práctica educativa, en la cual el preceptor comparte su conocimiento con el residente, divide tareas, discute casos,

articula la teoría y la práctica y se torna un referencial, modelo, guía, orientador para el residente. Para eso, el preceptor considera importante saber sobre su especialidad, conocer a los residentes y sus características, el currículum del curso, el contexto educativo, así como establecer una relación de respeto, solidaridad y amorosidad con el residente. También reconoce necesario poseer el conocimiento pedagógico, bien como el conocimiento pedagógico del contenido, que orienta al preceptor a saber enseñar.

Palabras claves: Educación em salud. Enseñanza. Aprendizaje. Preceptoría. Hospitales escuela. Educaciones.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Inserção do preceptor na dinâmica do ensino e serviço, 2013.....	65
Quadro 1 –	Modelo de raciocínio e ação pedagógica.....	81
Quadro 2 –	Instituições executoras e programas de residência médica nos Hospitais Universitários do Rio Grande do Norte, 2013.....	86
Quadro 3 –	Instituições executoras, áreas de concentração e profissões dos programas de residência integrada multiprofissional do Rio Grande do Norte, 2013.....	88
Quadro 4 –	Caracterização dos participantes do estudo quanto ao programa de residência no qual estavam inseridos, profissão e tempo de preceptor, Rio Grande do Norte, 2015.....	89
Quadro 5 –	Processo de extração dos códigos a partir do texto das entrevistas.....	93
Quadro 6 –	Construção da macrofamília “Os Conhecimentos para o ensino” e seus respectivos códigos.....	95
Quadro 7 –	Exemplo do processo de codificação aberta e axial com elaboração das categorias de análise, UFSC, 2015.....	97
Quadro 8 –	Resumo dos manuscritos da tese, com objetivos, categorias e subcategorias, Florianópolis/SC, 2015.....	100

LISTA DE SIGLAS

CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em áreas da saúde
CPC	Conhecimento Pedagógico de Conteúdo
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRH	Departamento de Recursos Humanos
EPS	Educação Permanente em Saúde
HOSPED	Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira
HU	Hospital Universitário
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
HUs	Hospitais Universitários
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPG	Pró-Reitoria de Pós-Graduação
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	23
1.1	Sobre o pesquisador.....	23
1.2	Sobre o tema em estudo.....	25
1.3	A tese e os objetivos da pesquisa.....	31
2	REVISITANDO A LITERATURA.....	33
2.1	A política nacional de educação permanente e a orientação para um novo modelo de formação em saúde.....	33
2.2	As residências em saúde dos hospitais universitários no Brasil e o processo de ensino-aprendizagem.....	46
2.3	A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão.....	60
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	71
3.1	O preceptor, a prática educativa e os conhecimentos para o ensino.....	71
3.1.1	Lee S. Shulman.....	72
3.2	Conhecimento base para o ensino e a construção do conhecimento pedagógico do conteúdo do preceptor.....	73
3.2.1	O conhecimento do conteúdo.....	75
3.2.2	O conhecimento pedagógico geral.....	75
3.2.3	O conhecimento do currículo.....	76
3.2.4	O conhecimento dos alunos e suas características.....	76
3.2.5	O conhecimento do contexto educativo.....	77
3.2.6	O conhecimento dos objetivos, das finalidades e dos valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos.....	78
3.2.7	O conhecimento pedagógico do conteúdo.....	78
4	DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	83
4.1	As primeiras linhas.....	83
4.2	O trabalho de campo: estratégias em ação.....	85
4.2.1	Local do estudo e seleção dos participantes.....	85
4.2.1.1	<i>Os programas de residência médica.....</i>	<i>87</i>
4.2.1.2	<i>Os programas de residência multiprofissional.....</i>	<i>88</i>
4.2.2	Seleção dos participantes.....	88
4.2.3	A coleta dos dados.....	91

4.3	Tratamento, análise e interpretação dos dados.....	92
4.3.1	A codificação aberta.....	93
4.3.2	A codificação axial.....	94
4.4	Aspectos éticos.....	97
5	RESULTADOS.....	99
5.1	Manuscrito 1: O significado de ser preceptor nos programas de residência em saúde: com a palavra os protagonistas.....	101
5.2	Manuscrito 2: A prática da preceptoria no ensino em saúde na percepção de preceptores.....	124
5.3	Manuscrito 3: A preceptoria em saúde e os conhecimentos da disciplina e dos alunos e suas características: uma análise fundamentada em Shulman.....	142
5.4	Manuscrito 4: A preceptoria em saúde e os conhecimentos do preceptor: uma análise a partir de Lee Shulman.....	159
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
	REFERÊNCIAS.....	191
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	211
	APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....	213
	APÊNDICE C – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	215
	APÊNDICE D – ANUÊNCIA DA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO.....	217
	APÊNDICE E – ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA.....	219
	APÊNDICE F – ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES.....	221
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	223
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	225

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Sobre o pesquisador

Considerando que este é um momento ímpar em minha formação, acredito ser importante fazer uma breve apresentação sobre minha trajetória, para enfim apresentar-lhes o tema em estudo.

Quando criança passava horas e horas pensando como seria o semestre seguinte na escola. Minha curiosidade e expectativas cresciam a cada ano e eu pensava: será que o ano seguinte seria mais difícil do que o que eu estava vivendo naquele momento? Mas eu passei a compreender que seria tão difícil quanto o que eu estava vivendo, mas eu teria todo o suporte para conseguir aprender e conseguir passar por todas as etapas. Naquela época, inconscientemente, a certeza de que eu teria alguém que me orientasse às opções e caminhos a serem seguidos sempre me proporcionava a tranquilidade e segurança necessárias. Relações fundamentadas por admiração, respeito e algumas vezes medo, mas que me ajudaram a galgar cada etapa na minha formação profissional e pessoal.

Hoje, refletindo sobre meus momentos de aprendizagem, chego à conclusão que até o último ano escolar tudo é um pouco mais fácil, as decisões são suas, mas existe uma forte influência dos pais, que na maioria das vezes dão o aval final, às vezes até escolhem por você. Esse não foi o meu caso, pois, apesar de muito tímida, sempre fui muito curiosa e dona de minhas decisões. Não foi uma escolha fácil, mas eu me descobri enfermeira e, após a graduação e incentivada por amigas queridas que conquistei durante o curso, me revelei enfermeira intensivista, qualificada posteriormente pelo programa de Residência em Enfermagem que cursei no Hospital das Clínicas de Recife, no período de 2004 a 2006.

A residência foi uma experiência única em minha vida. Representou o *start* de minha atuação como profissional e a continuidade em minha formação. Eu ainda não me sentia pronta, mas trazia conhecimentos teóricos, o meu contexto, a minha realidade, o meu mundo para um cenário poético, desafiador e amedrontador, composto por uma cidade grande, o hospital e pessoas desconhecidas. Mas, dessa vez, eu tinha ao meu lado um profissional, chamado de preceptor, que me orientava, compartilhava seus conhecimentos e experiências numa relação de ensino-aprendizagem contínua.

Muitos preceptores foram por mim admirados, pessoas nas quais eu me espelhava e que representavam a figura do profissional que eu almejava ser. Outros passaram quase despercebidos, pois marcaram pela

ausência, o que me fez me sentir muitas vezes sozinha, com o dever de dar conta, não desistir, reconhecer meus limites, ser ética, tomar decisões e conquistar a confiança do paciente, sua família e da equipe. Nesses momentos, eu tentava agir de acordo com o que eu tinha aprendido e como agiria aquele preceptor que eu tinha como exemplo. Outras experiências posteriores a essa foram me conduzindo para o caminho da educação e hoje sou enfermeira em um hospital universitário e professora da graduação em uma universidade pública na cidade em que resido.

Nessa trajetória, participei da construção de um programa de residência e sua condução até os dias atuais. Está sendo um grande desafio, ou, melhor dizendo, um grande aprendizado. Sou preceptora quando exerço o papel de enfermeira assistencial, enquanto que, em outros momentos, em meu processo de trabalho, coordeno o programa de residência de um hospital universitário.

Com base nesta caminhada e experiência profissional, que, atualmente, permeia diversas funções, passei a olhar o preceptor como um dos protagonistas na formação em saúde, com o compromisso de ensinar a prática. Trata-se de um momento especial onde o aluno/residente vivencia suas próprias experiências, onde ele é capaz de aplicar o conhecimento teórico na prática, na qual serão tomadas decisões que talvez o livro nunca tenha explicado. É o momento de viver e sentir as relações e tudo que envolve o lidar com o outro e com as situações que permeiam o cuidado, o trabalho em equipe e a assistência à saúde.

Diante desse panorama, não tenho a intenção de atribuir ao preceptor a função/ofício de professor/docente, pois de fato ele não é formado para exercer essa função no âmbito acadêmico, mas, intencionalmente, reconhecer aquele que desenvolve a prática do ensino no âmbito do trabalho, uma vez que é o responsável direto pela formação do residente, orientado por uma proposta pedagógica. Esse preceptor é o mediador entre a teoria e a prática.

Acredito que há um significado em ser preceptor para além do exercício da prática no serviço, como simples execução da técnica na qual o residente pode ser um expectador ou executor das tarefas delegadas. Acredito que o preceptor é o articulador estratégico entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, aquele que apresenta ao residente a realidade como ela é, mas que também constrói com ele uma assistência cientificamente fundamentada.

Mas será que é assim que o preceptor se percebe? Será que na realidade a preceptoria corresponde a essa relação de ensino e aprendizagem compartilhados, uma relação de troca mútua de conhecimentos? Será que o preceptor realiza sua prática fundamentada

nos conhecimentos necessários ao ensino? Como é que o preceptor ensina? Quais são os conhecimentos que permeiam essa prática?

Vários questionamentos emergiram em meu pensamento e me inquietaram para esta investigação na convergência dos conhecimentos necessários para o ensino, discutidos no âmbito acadêmico, e a prática da preceptoria, predominante no âmbito do serviço. E, nesse sentido, imbuída pela curiosidade e motivação em descobrir e revelar quem é o preceptor e quais os conhecimentos que ele utiliza para realizar a preceptoria, proponho o aprofundamento do conhecimento acerca desse fenômeno em minha tese de doutoramento, desenvolvida ao longo dos seus capítulos.

1.2 Sobre o tema em estudo

Nas últimas décadas vivenciamos, no Brasil, inúmeras transformações no setor da Saúde. Embalados pela transição da ditadura militar à democracia, movimentos contrários ao modelo previdenciário, vigente na época, ganharam força com a Reforma Sanitária, a mobilização nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a promulgação da Constituição Federal em 1988, entre outros, e culminaram na construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1988, 1990, 2006a; MORETTI-PIRES; BUENO, 2008; POLIGNANO, 2001).

Nessa dinâmica, a saúde passou a ser considerada direito do cidadão e dever do Estado, conforme estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal e instituído pela Lei Orgânica da Saúde, e, em consonância com o art. 200 da Constituição de 1988, ao SUS funda-se a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988, 1990; FERRAZ et al. 2012a, 2012b; REIBNITZ; PRADO, 2006).

A educação, por sua vez, também acompanhou esses movimentos e alguns processos marcaram esse período, merecendo destaque a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), e mais recentemente, em 2001, a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação no Brasil (BRASIL, 2001). Essas transformações delinearam novos caminhos para o cuidar, o ensinar e o aprender em saúde, na busca de uma formação para um cuidado integral e interdisciplinar.

Ganha ênfase a discussão sobre o modelo de formação do profissional de saúde, reconhecendo-se que, ao longo dos anos, o ensino

na área da saúde foi marcado por um currículo embasado no relatório Flexner¹, imprescindível ao contexto e época em que foi publicado, com realce para uma formação sólida nas ciências básicas, organizado por especialidades e centrado no hospital, na atenção curativa e individualizada, porém que não atende adequadamente as necessidades atuais (MITRE et al., 2008).

Medina (2010) revela que, no atual contexto, esse modelo consolida a redução do paciente, o qual passa de sujeito social para objeto do conhecimento. E, diante das transformações exigidas com o SUS, busca-se romper com esse modelo biomédico e construir uma proposta orientada para a integralidade da assistência, dos saberes e das profissões, capaz de atender adequadamente às necessidades dos cidadãos (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A educação passa a ser alvo de inúmeras discussões, principalmente sob o aspecto de formar um sujeito apto à promoção do cuidado integrado e interdisciplinar (MITRE et al., 2008). Essa formação precisa conduzir o profissional para além da prática clínica, apresentar relevância social e atender as necessidades de saúde da comunidade, tendo como eixo norteador a integralidade (LIMA et al., 2011; MERHY, 2002; REIBNITZ; PRADO, 2006).

Mas é preciso reconhecer que o SUS, como ordenador da formação de recursos humanos em saúde, ainda depara-se com inúmeros entraves que, por vezes, dificultam o avanço nesse aspecto. No entanto, para que essa realidade seja modificada é necessário movimentar não somente as estruturas curriculares e inserir discussões e experiências fundamentadas na integralidade, como também a estrutura do processo de trabalho e do modelo de gestão (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Fortuna et al. (2012) reconhecem a importância da integralidade no cuidado e na formação para o SUS, porém a destacam como um dos maiores desafios ao sistema. Nesse aspecto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) revelam-se aliadas, apontam estratégias na

¹ Medical Education in the United States and Canada – Um relatório da Fundação Carnegie para o avanço do ensino, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) no ano de 1910, de grande relevância na reforma das escolas médicas dos Estados Unidos da América (FLEXNER, 1910).

A principal reforma do ensino médico no mundo ocidental no século XX, com o propósito de reorganizar e prescrever a prática médica, estabelecendo bases para uma nova prática e modo de formar médicos (FEUERWERKER, 2002).

orientação de recursos humanos para o SUS e buscam articular o trabalho, o ensino, a gestão e a comunidade. Sobre isso, Albuquerque et al. (2008) ressaltam que, apesar do grande desafio, a educação permanente é um meio para o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e desenvolvimento das instituições, reforçando, em seus discursos, a relação das ações de formação com a gestão e o controle social.

É nesse contexto que se inserem os programas de residência em saúde, e aqui incluem-se os programas de residência médica, multiprofissionais e em áreas específicas, ou também chamadas de uniprofissionais. As residências médicas foram criadas há mais de 30 anos, assim como alguns programas de residência multiprofissionais na área de saúde comunitária e residências uniprofissionais de enfermagem. As duas últimas foram instituídas em 2005 com a Lei 11.129 de 2005 e na conjuntura atual desempenham importante papel na formação de profissionais para o SUS

Com o caráter de pós-graduações *lato sensu* e assinaladas pelo treinamento em serviço, articulam teoria e prática, ensino e serviço e provocam inquietações nos profissionais que ali estão no exercício da profissão e que são os responsáveis pelo direcionamento das atividades que os residentes desenvolvem, um profissional que é chamado de preceptor e que precisa estar qualificado para o desempenho dessa função.

Apesar de essas relações acontecerem das mais diversas formas e nos mais variados cenários do SUS, optei por conhecer melhor como essa dinâmica ocorre em hospitais universitários (HUs) públicos federais. Este é um espaço de excelência na integração entre a prática e o ensino e que tem grande importância na formação profissional, por ser vinculado ao SUS e por ser palco dos programas de residência médica, multiprofissional e em áreas da saúde. Além disso, me insiro nesse ambiente como profissional da equipe de saúde, preceptora de um programa de residência multiprofissional e docente da graduação.

O hospital universitário² é um ambiente complexo, composto por docentes, discentes, profissionais, residentes e usuários, numa relação dialética entre o ensino e o cuidado, na qual se busca um cuidado

² Os Hospitais Universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. (BRASIL, 2013).

Um conceito tradicional define que o Hospital Universitário é uma instituição que se agrega a uma instituição de ensino em saúde, por ser reconhecido oficialmente pelos órgãos do governo responsáveis e por promover atendimento de maior complexidade à comunidade (MEDICI, 2001).

qualificado, ético e integral, enquanto, por outro lado, o ensino para uma formação crítica, reflexiva e criativa.

Reconheço que o modelo biomédico ainda está fortemente arraigado às estruturas desse espaço e é ditador de posturas, relações e condutas que, apesar do discurso que remete à reestruturação para um modelo com vistas à integralidade, ainda vincula a formação aos poderes que permeiam a ação tradicional, puramente técnica e curativa.

Sobre essa ótica, a transformação de uma prática secular de dominação do conhecimento e relação de poder inquestionável no processo de ensino-aprendizagem para um formato promotor de vínculo entre o educador e o educando na construção do conhecimento, que se dá de forma criativa e reflexiva, ainda é um desafio que vem se modificando tímida e paulatinamente.

Para modificar essa realidade, os profissionais que compõem o quadro funcional dessas instituições precisam participar efetivamente desse processo de mudança e se sentir corresponsáveis pelas transformações necessárias a esse contexto. Compreende-se que o trabalho em equipe e a educação permanente são fundamentais às transformações que se almejam alcançar e a partir dessas experiências o profissional, também preceptor, poderá construir uma prática crítica e reflexiva na sua realidade e obter, como produto, novos conhecimentos para uma formação integrada e transdisciplinar para o SUS.

Nesse contexto, o aprender necessita ser compreendido como um ato de conhecimento da vivência que se torna significativa quando advém da aproximação crítica com a realidade e que, por sua vez, é permeada de aspectos sociais, econômicos, culturais, psicológicos, políticos e éticos (SCHERER; SCHERER, 2012). Assim, a aprendizagem precisa partir da (re)construção da realidade, o que possibilita atuar, intervir e transformar, apesar das diversas condições complexas e desafiantes (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

Mas quem é o preceptor e qual é o seu papel? Pode-se afirmar que o preceptor é um profissional da prática que assume vários papéis no processo de formação do residente. Ele atua como guia, um estimulador do raciocínio e postura ética do residente, planeja, controla e avalia o processo de aprendizagem (BOTTI; REGO, 2011). O preceptor é o mediador entre a teoria e a prática, entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho (RIBEIRO; PRADO, 2014).

Na minha vivência, observo que o preceptor compartilha com o residente as mais diversas situações de ensino e aprendizado no dia a dia, pois a residência é uma modalidade de pós-graduação, na qual o trabalho adquire um princípio educativo (RIBEIRO; PRADO, 2014). Quanto a

esse aspecto, Ciavatta (2009, p. 408) declara que, na relação entre o trabalho e a educação, se “afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora por meio do desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano”.

Nesse sentido, o trabalho como princípio educativo incita a (re)construção das dimensões do conhecimento técnico-científico, a transformação do sujeito, da sua realidade e da realidade dos cenários que compõem o trabalho e a educação. Porém o espaço do trabalho não é por si só educativo (FRANCO; FRIGOTTO, 2006). Para que esse objetivo seja alcançado existem aspectos que devem ser considerados, como: as condições de realização do trabalho, sua finalidade e quem é o sujeito que se apropriará do produto final e do conhecimento que o trabalho irá originar, a intencionalidade pedagógica e o preparo do profissional para o exercício da atividade educativa (FRANCO; FRIGOTTO, 1993, 2006).

Os programas de residência, por sua vez, propõem o ensinar e o aprender no fazer e na reflexão sobre a prática, e o preceptor é o profissional que recebe a tarefa de acompanhar o residente no seu aprendizado e desenvolvimento das atividades de cuidado (RIBEIRO; PRADO, 2014). Assim, com 80% da carga horária dedicada à atividade prática (BRASIL, 2012), o residente insere-se nas atividades de trabalho do preceptor, que deve estar preparado para articular educação e serviço.

Para o Ministério da Educação (MEC) esse preceptor deve ter a titulação mínima de especialista e experiência mínima de três anos na área de concentração do programa. Além disso, é ele quem irá supervisionar diretamente “as atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa” (BRASIL, 2012, p. 25).

Nesse processo, também é importante ressaltar o Tutor, que, mesmo não sendo sujeito de nosso estudo, compartilha esse cenário de formação profissional ao lado do preceptor e residente. Na maioria das vezes é um docente, que orienta o desenvolvimento e cumprimento do projeto pedagógico do curso. Para o exercício desse papel pode ou não estar vinculados à academia, porém é necessário dispor da titulação mínima de Mestre (BRASIL, 2012, p. 25). Corroborando esse apontamento, Botti e Rego (2008) declaram que o tutor auxilia na busca de conhecimentos teóricos necessários ao bom desempenho na prática e avalia o processo de aprendizagem, considerado o profissional que auxilia pedagogicamente o processo educativo.

Porém, acredito que, mesmo diante da figura do Tutor, é importante que o preceptor esteja apto a transpor o simples conteúdo e a pura técnica e que compreenda o contexto do residente, instituição, a

realidade que se apresenta como cenário às relações, assim como também conheça, ou busque conhecer, estratégias, ferramentas e instrumentos que constituirão o movimento de construção do conhecimento, das habilidades e atitudes no profissional em formação.

Nesse contexto, penso que o preceptor exerce o papel de educador e estabelece uma relação de diálogo, ensino e aprendizado, pois participa efetivamente do processo educativo e de formação do residente.

Observo que esses preceptores se encontram em seu ambiente de trabalho, em pleno exercício profissional, inseridos na dinâmica do serviço e da equipe multiprofissional e com a responsabilidade do cuidado ao paciente. Uns com pouca experiência, outros com mais, mas, em sua maioria, com uma condição comum que é a não formação pedagógica. É preciso construir uma dinâmica na qual o fazer se transforme em saber, um movimento que pode ocorrer à medida que os protagonistas do processo verbalizem e expliquem suas ações com fundamentação científica e racional (ALTET, 2008). Do contrário, temos uma técnica pela técnica, estéril de qualquer raciocínio crítico ou reflexivo, um campo infértil às transformações e elaborações do conhecimento.

Para isso, acredito ser imprescindível ao preceptor ter conhecimento do conteúdo, domínio da prática e de estratégias pedagógicas para articular seus conhecimentos e torná-los ensináveis na ação. Esse contexto caracteriza-se pelo movimento de ensino e aprendizado de modo interativo (ALTET, 2008).

Tardif (2012), ao discutir sobre a prática educativa, declara que a pedagogia é a dimensão instrumental do ensino, uma tecnologia que coordena os mais distintos meios a fim de promover resultados educativos. Dessa forma, ainda ressalta que, “assim como não existe trabalho sem técnica, também não existe processo de ensino-aprendizagem sem pedagogia” (TARDIF, 2012, p. 119).

Shulman (2005), por sua vez, argumenta, em seus estudos, que existe um conhecimento base para o ensino, ou seja, um conjunto de códigos, destrezas, compreensão, tecnologia, ética e responsabilidade coletiva. Esse autor entende que o objetivo do ensino é levar o estudante a aprender a compreender, a aprender a pensar de forma crítica e criativa e a aprender a agir, ciente de que aprender sobre um assunto muitas vezes não é um fim em si, mas sim um veículo para outros fins, o que levará a uma nova compreensão envolvida nesse processo (SHULMAN, 2005).

Um professor sabe coisas que os estudantes não sabem e o processo educativo se inicia, necessariamente, em uma circunstância na qual o professor compreende o que tem de ser aprendido e como ele deve ser ensinado. Em seguida, prossegue através de uma série de atividades

durante a qual conhecimentos específicos são ensinados aos alunos e, estes têm a oportunidade de aprender (SHULMAN, 2005).

Nesse contexto, Shulman (1986, 2005) discute um arsenal de códigos, habilidades, concepções e tecnologias, uma base intelectual, prática e normativa à profissionalização da docência que passa a ser denominado de Conhecimento Base (Knowledge Base) para o ensino, composto por sete categorias. São elas: (1) conhecimento do conteúdo; (2) conhecimento pedagógico geral; (3) conhecimento do currículo; (4) conhecimento pedagógico do conteúdo (CPC); (5) conhecimento dos alunos e suas características; (6) conhecimento dos contextos educacionais; (7) conhecimento dos objetivos, metas e valores educacionais e sua fundamentação filosófica e histórica.

Acredito que o ensino deva ser um processo de compreensão, raciocínio, transformação, ação e reflexão. É preciso compreender que os processos de raciocínio estão entranhados ao ensino e que para sua evolução é imperativo manter uma interação ativa com as ideias. A compreensão não é por si só suficiente, visto que a concretude do conhecimento reside em seu poder de discernir, refletir e agir (SHULMAN, 2005).

1.3 A tese e os objetivos da pesquisa

Considerando o papel do professor no processo educacional, no qual utiliza estratégias didáticas e o conhecimento que tem sobre o conteúdo para transformar seu conhecimento em algo compreendido e apreendido pelo estudante, acredito que o preceptor precise exercer essa ação na prática educativa dos programas de residência em saúde.

Então, nesse cenário, destaca-se o docente que está mais vinculado à formação acadêmica e o profissional da assistência que se detém à prática do cuidado em saúde, e nessa dinâmica estabelece-se um espaço intercessor entre o professor e o profissional da prática, no qual o preceptor é aquele que constitui uma relação didática³ com o residente, sendo o mediador entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho (RIBEIRO; PRADO, 2014).

Ressalto que Shulman direciona seus estudos à profissionalização do professor, porém defendendo que o preceptor exerce uma prática educativa e, portanto, requer conhecimentos bases para o exercício desse processo de educação/formação. Além disso, reforço, ainda, que ao

³ Relação entre aquele que ensina e aquele que aprende, entre o saber e o ensinar e o aprender (CHEVALLARD, 1998).

processo de ensino e aprendizagem se faz importante um repertório de saberes que vão além do conhecimento acerca da matéria, pois formar é muito mais do que simplesmente treinar ao desempenho das destrezas (FREIRE, 2011a).

Mergulhada nesses pensamentos, surgiram alguns questionamentos que nortearam este estudo: Quais são os saberes que o preceptor utiliza para ensinar? Qual é a relação do preceptor com os saberes que ensina? Qual é o conhecimento de conteúdo que o preceptor apresenta e como esse conteúdo se transforma em ensino? Qual é a fundamentação teórica que sustenta a prática da preceptoria? Que elementos estruturam sua base de conhecimentos para o ensino?

Diante dos questionamentos, defendo **a TESE de que a preceptoria é uma prática educativa que exerce papel importante na formação do profissional em saúde e requer que o preceptor constitua um repertório de saberes para a condução do processo de ensino-aprendizagem dos residentes**. Assim, tem-se como **OBJETIVO GERAL** neste estudo: **Compreender a preceptoria em saúde e os conhecimentos base para o ensino dos profissionais/preceptores de hospitais universitários**.

Portanto, são **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** deste estudo:

- **Compreender o significado da preceptoria e de ser preceptor para os profissionais/preceptores de hospitais de ensino;**
- **Conhecer como se dá a prática da preceptoria, a partir da percepção de preceptores de hospitais de ensino;**
- **Compreender quais conhecimentos base para o ensino o preceptor utiliza no processo de ensino-aprendizagem do residente.**

Para isso, o estudo fundamenta-se nas discussões de Shulman (1986, 2005) acerca do conhecimento base para o ensino. E se faz necessário, pois fomentará discussões acerca das ações que o preceptor exerce na formação do profissional em saúde e da importância do conhecimento pedagógico de conteúdo no processo de ensino-aprendizagem por meio dos programas de residência em saúde. Além disso, poderá contribuir para transformações nos modelos de formação em saúde e na construção de competências do preceptor, bem como à elaboração de diretrizes para formação pedagógica do preceptor em saúde, visto que a experiência se trata de um artefato estratégico à consolidação do SUS.

2 REVISANDO A LITERATURA

Neste capítulo, tratarei da fundamentação teórica que constitui esta pesquisa, trabalhando temáticas diretamente relacionadas ao fenômeno em estudo e que contextualizam o cenário no qual esta investigação acontece, assim como ajuda a compreender a relação pedagógica entre o preceptor do programa de residência, o residente e a educação no trabalho.

A apresentação da literatura sobre o tema em estudo será distribuída ao longo deste capítulo no formato de artigos. Eles constituem os produtos das leituras realizadas na trajetória de doutoramento.

2.1 A política nacional de educação permanente e a orientação para um novo modelo de formação em saúde

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A ORIENTAÇÃO PARA UM NOVO MODELO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

THE NATIONAL FIFELONG LEARNING POLICY GUIDANCE FOR A NEW HEALTH TRAINING MODEL

LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE Y LA ORIENTACIÓN PARA UN NUEVO MODELO DE FORMACIÓN EN SALUD

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever acerca do papel da Política Nacional de Educação Permanente na formação em saúde para o SUS, sob a ótica do paradigma emergente. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de março a agosto de 2013. Há algumas décadas vivenciamos momentos que representam a ruptura com o paradigma dominante em busca de novas estratégias que respondam às novas necessidades, principalmente no âmbito da saúde e da educação. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde no Brasil emerge como modelo que vem romper com a estrutura fragmentada e biologicista que constitui o trabalho em saúde e propõe um novo modelo fundamentado na integralidade do cuidado. Para atender essas mudanças são necessárias novas estratégias no âmbito do ensino em saúde. Sobre esse aspecto destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

(PNEPS). A Educação Permanente em Saúde assume um conceito pedagógico ampliado e passa a traduzir as relações entre o ensino e o serviço, articulando educação e assistência, e a PNEPS passou a discutir com mais afinco as relações entre a formação, a gestão e o controle social em saúde. Por fim, vale ressaltar que a PNEPS, diante do novo perfil do cuidado e relações no âmbito do trabalho, vem reunindo esforços para uma formação em saúde pautada na interdisciplinaridade e integralidade dos saberes, rompendo paradigmas que dicotomizam o mundo do ensino e o mundo do trabalho em saúde.

Descritores: Educação em saúde. Educação continuada. Desenvolvimento de pessoal. Ensino. Integralidade em saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe about the role of the National Policy of Permanent Education in health education for the NHS, from the perspective of the emerging paradigm. This is a narrative review of the literature was carried out from March to August 2013. A few decades experience moments that represent a break with the dominant paradigm for new strategies that respond to new needs, particularly in health and education. In this context the health System in Brazil emerges as a model who come to break with the fragmented structure and biologicist constituting the health work and proposes a new model based on comprehensive care. To meet these changes requires new strategies in education in health and SUS is assigned the responsibility for the education of health professionals. On that point there is the National Policy on Continuing Education in Health (PNEPS). The Continuing Education in Health takes an expanded educational concept and starts to translate the relationship between teaching and service, linking education and assistance and the PNEPS went on to discuss harder relations between training, management and social control in health. Finally, it is noteworthy that the PNEPS before the new profile of care and relationships in the work environment is by joining forces for a health education based in the interdisciplinary and completeness of knowledge, and breaking paradigms that dichotomize the world of education and the world of work health.

Descriptors: Health education. Education. Continuing. Staff development. Teaching. Integrality in health.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir el papel de la Política Nacional de Educación Permanente en la formación en salud para el SUS, bajo la óptica del paradigma emergente. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada en el periodo de marzo a agosto de 2013. Hace algunas décadas pasamos por momentos que representan la ruptura con el paradigma dominante en busca de nuevas estrategias que respondan a las nuevas necesidades, principalmente en el ámbito de la salud y de la educación. En ese contexto, el Sistema Único de Salud en Brasil emerge como modelo que viene a romper con la estructura fragmentada y biologicista que constituye el trabajo en salud y propone un nuevo modelo fundamentado en la integralidad del cuidado. Para atender esos cambios son necesarias nuevas estrategias en el ámbito de la educación en salud. Sobre ese aspecto se destaca la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). La Educación Permanente en Salud asume un concepto pedagógico ampliado y pasa a traducir las relaciones entre la enseñanza y el servicio, articulando educación y asistencia y la PNEPS pasó a discutir con más ahínco las relaciones entre la formación, la gestión y el control social en salud. Por fin, vale resaltar que la PNEPS delante del nuevo perfil de cuidado y relaciones en el ámbito del trabajo viene reuniendo esfuerzos para una formación en salud pautada en la interdisciplinariedad e integralidad de los conocimientos, rompiendo paradigmas que dividen el mundo de la enseñanza y el mundo del trabajo en salud.

Descriptors: Educación en salud. Educación continua. Desarrollo de personal. Enseñanza. Integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

Algumas transformações nos âmbitos político, social, econômico, principalmente no setor de saúde e na educação, com repercussões no desenvolvimento das diferentes áreas profissionais, vêm ocorrendo desde os anos de 1980. Nesse sentido, tem-se observado “movimentos na direção de transformações dos velhos modelos de ensino para formação na saúde, os quais se mostram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população” (HENRIQUE, 2005 apud ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 357).

Nesse panorama, a formação em saúde, por muitos anos, vem sendo caracterizada pelo modelo biomédico, que enfatiza o ensino

clínico, especialmente em hospitais, e supervaloriza as especializações. Esse modelo de ensino é gerenciado sob a ótica do paradigma cartesiano, orientado por uma organização racional e fragmentada do saber, o que limita as possibilidades de se trabalhar as diversas faces e a complexidade da natureza humana (FERRAZ, 2000; ALBUQUERQUE et al., 2008).

Capra (2006), ao tratar desse tema, alerta que, ao dedicar-se cada vez mais a pequenas partes do corpo humano, acaba-se por perder de vista o paciente como ser humano, e ao reduzir a saúde a um instrumento mecânico acaba-se por considerar seus fenômenos entendidos em termos reducionistas, ou seja, é a fragmentação do ser humano, como influência de um paradigma cartesiano.

Nesse modelo a organização do trabalho caracteriza-se pela assistência direta à doença, privilegiando a intervenção de forma isolada, objetivando a cura e desvalorizando o ser humano em sua totalidade (SILVA; CIAMPONE, 2003). Porém Morin (2006) revela que o homem foi criado e evoluiu com habilidades e aptidões para contextualizar e integrar, qualidades fundamentais da mente humana, que precisam ser desenvolvidas e não atrofiadas. Para isso, é preciso utilizar de sua inteligência para reformular o pensamento e (re)ligar saberes para integrar o conhecimento.

Assim, diante das lacunas aos questionamentos presentes no cenário, moldado pelo paradigma dominante, vivencia-se a transição para uma ciência pós-moderna e emerge a reflexão sobre um novo paradigma, o paradigma naturalista. Esse novo paradigma considera a relação, a integração dos múltiplos saberes, os fazeres e os seres humanos em sua totalidade, em detrimento daquele dominante, cujas partes encontram-se compartimentadas, desarticuladas, separadas, fracionadas (SILVA; CIAPONE, 2003; BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

Para Barbier (2002), esse paradigma ganha o título de paradigma emergente e propõe uma apreensão do ser humano entendido como uma totalidade dinâmica, biológica, psicológica, social, cultural, cósmica, indissociável.

Paralela ao movimento de rompimento com o paradigma tradicional e ao surgimento de um novo paradigma fundamentado pela integralidade do cuidado e uma visão holística do ser humano, e totalmente articulado a esse momento histórico, tem-se a criação do SUS, que traz consigo uma proposta para a compreensão mais ampla das intervenções em saúde, fundamentada em uma visão global/universal. Com ele, a intenção de um modelo de cuidado que exige o repensar acerca da organização do processo de trabalho reorientado por uma nova lógica:

a integralidade da atenção, interdisciplinaridade e intersetorialidade (MATTOS, 2001).

Para isso, cabe ao SUS a orientação da formação dos profissionais de saúde, e nessa política do governo passa-se a pensar e tomar iniciativas de educação no trabalho que culminaram na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que passa a ter o papel significativo na formação dos trabalhadores para o setor da saúde. Nesse sentido, surge o questionamento: Qual é o papel da Política Nacional de Educação Permanente na formação em saúde para o SUS, sob a ótica do paradigma emergente?

Na intenção de apreender melhor esse fenômeno, tem-se como objetivo neste estudo: Descrever acerca do papel da Política Nacional de Educação Permanente na formação em saúde para o SUS, sob a ótica do paradigma emergente.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, caracterizada pela busca livre sobre o tema. A pesquisa foi realizada no período de março a agosto de 2013, utilizando livros, periódicos e fontes hemerográficas que versavam sobre o tema.

O SUS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DO NOVO PARADIGMA

Pensar em uma formação pautada nos princípios do SUS sob a ótica do paradigma emergente é se deparar com o desafio de formar o profissional com o perfil de cuidador, crítico, capaz de refletir sobre suas ações e transformar sua prática, com um olhar pautado na integralidade do ser humano. Esse profissional precisa estar apto a atuar na dinamicidade do sistema de saúde, construir e reelaborar saberes na perspectiva de inter-relacionar teoria e prática, bem como efetivar a intervenção interdisciplinar no cotidiano do processo de trabalho em saúde, considerando o ser humano em sua totalidade, em uma dimensão holística.

Baggio e Erdmann (2010, tela três) reforçam a importância do perfil crítico e reflexivo do profissional, e afirmam que “a atitude crítica e reflexiva deve ser estimulada, considerando a inter-relação e interação do cuidado no seu ambiente de relações”. Dessa forma, possibilita-se uma aproximação da compreensão acerca das relações, interações e associações estabelecidas entre os seres humanos, com o seu ambiente e cotidiano, bem como consigo mesmos, construindo novas formas de pensar e agir que impulsionam a elaboração de inovações e melhores práticas.

Esse contexto de avanço da ciência, desenvolvimento de novas tecnologias e ampliação dos conhecimentos repercutiu em transformações da sociedade, e ainda propôs novas concepções sobre a educação e o trabalho. As reformas dos ensinos médio e superior, firmadas pela Lei de Diretrizes e Base da Educação (LDB) (BRASIL, 1996) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação (BRASIL, 2001) passaram a orientar a educação para uma formação crítica e reflexiva, com ênfase na relação pedagógica que conduz ao aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver. Nesse sentido, ampliam-se os espaços de discussão acerca dos currículos de graduação na área da saúde e seus projetos pedagógicos, para construção de propostas coerentes com as DCNs e com o modelo de saúde vigente (BRASIL, 1996, 2001; DELORS, 2010; SALUM, 2006).

Koerich e Erdman (2003) percebem um novo movimento na formação do profissional da saúde, no qual se desloca do “aprender a fazer” para o “aprender a aprender”. Nesse panorama, o novo paradigma da educação em saúde requer um perfil profissional problematizador, reflexivo, ativo e transformador de sua realidade, assim como ciente de que o aprendizado se dá de forma contínua. Demanda-se uma íntima relação entre o trabalho e a educação de modo a estabelecer uma relação dialética de ensino-aprendizagem para a prática e vice-versa, ou seja, de uma prática para o ensino-aprendizagem, o que virá a preparar o profissional para a complexidade do mundo do conhecimento (KOERICH; ERDMANN, 2003; SALUM, 2006).

Objetiva-se um perfil de profissional da saúde que compreenda e leve em consideração as novas necessidades advindas do trabalho, competente para intervir nas diversas situações que ocorrem nos espaços da prática, relacionamentos interpessoais e integração ensino-serviço, aliando o avanço tecnológico às necessidades políticas, econômicas, culturais e sociais na esfera da saúde (HADDAD et al., 2008).

Nesses movimentos, tem-se atribuído à Educação Permanente em Saúde (EPS) os louros pela conquista da aprendizagem no trabalho com repercussões significativas na prática. Nesse discurso, Ceccim (2005a, p. 976) retrata a educação permanente como uma estratégia imprescindível às transformações do serviço, que vem constituindo nas relações profissionais, atuações e posturas “críticas, reflexivas, propositivas, comprometidas e tecnicamente competentes”.

Assim, neste contexto de mudanças de paradigmas e transformações nas práticas educacionais e do cuidado em saúde, a educação permanente adquire um importante papel como política e estratégia de intervenção para uma formação ética, cidadã e autônoma dos

sujeitos, que permeia as discussões que versam sobre o ensino em serviço e que se fundamenta na interdisciplinaridade, na integralidade do cuidado e na formação do profissional crítico, criativo e reflexivo (SALUM, 2006).

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS

A Educação Permanente em Saúde passou a ser tomada como uma estratégia prioritária à Organização Pan-Americana de Saúde e à Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) por volta dos anos de 1980.

No Brasil, as discussões sobre EPS, realizadas entre as décadas de 70 e 80 do século XX, o movimento efetivado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, para mudança do modelo de saúde, o qual buscou instituir uma visão de clínica ampliada, a partir dos treze princípios que guiam o SUS, os aspectos discutidos na I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos da Saúde, realizadas em outubro de 1986 e setembro de 1993, respectivamente, serviram de base para o material propositivo que compôs a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), proposta em 1996 e aprovada, após muitas discussões, em fevereiro de 2002 (FERRAZ et al., 2012a, p. 114).

A NOB/RH-SUS estabeleceu parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS, com a finalidade de qualificar os profissionais para o trabalho, com domínio das técnicas do cuidado, tecnologias e atenção ao sujeito como indivíduo e coletividade (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), frente ao imperativo de colocar em prática uma política de valorização ao trabalho, elaborou uma estrutura administrativa consonante com os princípios e diretrizes da NOB/RH, composta pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos – o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2005a).

Com o propósito de fortalecer o SUS e articular a saúde, o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, inúmeras estratégias foram criadas

e ainda vêm sendo discutidas. Sobre esse aspecto, em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 198, criando a PNEPS, pedagogicamente orientada pela aprendizagem significativa e com a proposta de intervir na formação para o desenvolvimento de trabalhadores para o setor de saúde, além de outras providências (BRASIL, 2004).

As ações de EPS, até então orientadas pela lógica de programas, passaram a trabalhar as transformações exigidas nas práticas profissionais e na própria organização do trabalho, com enfoque às necessidades de saúde individuais e coletivas da comunidade, além da preocupação com a formação e qualificação técnico-científica de graduação e de pós-graduação coerentes com as necessidades locais, assim como interações com as redes de gestão e serviços de saúde e controle social (FERRAZ et al., 2012a).

Ceccim (2005b) discute que a EPS passa a direcionar o processo educativo no dia a dia do trabalho, o que, em sua análise, ajuda a construir espaços para reflexão das ações realizadas no cotidiano e contribui à formação do profissional de saúde, solidificando a aliança entre o ensino no âmbito do trabalho.

Partindo do conhecimento de que o trabalho não possui um fim educativo em si mesmo, discute-se que é necessário estabelecer maior interação com as condições nas quais o trabalho se realiza, seu objetivo final e o consumidor do seu produto (CIAVATTA, 2009). Essa mesma autora considera que a educação profissional para atender às reivindicações do sistema capitalista se reduz a treinamentos para o trabalho.

No plano microssocial do cotidiano do trabalho o processo de trabalho é uma atividade que não pode ser reduzida à simples ação instrumental, pois esse processo é permeado por intersubjetividade, o que lhe conota uma prática comunicativa (SILVA; PEDUZZI, 2011). Este processo educativo no trabalho também é configurado pela intersubjetividade, conhecimento científico e de mundo, assim como constituído de relações interpessoais, que não devem ser reduzidos à simples prática de ensino da técnica.

Essa racionalidade instrumental técnico-científica não pode ser absoluta e soberana. Acredito que[,] ao se valorizar a lógica instrumental no trabalho em saúde, se reduz a prática a condições de ordem técnica em detrimento dos valores, conceitos, sentimentos e experiências dos envolvidos no contexto e que são fortalecidos com a educação permanente no serviço (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A lógica instrumental fundamenta-se no trabalho em saúde centrado na doença e sua fisiopatologia. No entanto, lançar um olhar

ampliado a esse cenário, considerando as experiências vividas e em busca da integralidade no trabalho, requer adotar uma postura ativa de interação dialógica para realização de um cuidado holístico em saúde, ou seja, considerando o ser humano em sua totalidade (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Sob essa ótica, o processo de trabalho em saúde precisa ser caracterizado pela prestação de serviço que envolve a interpretação e ação diante das necessidades dos usuários, assim como relações interpessoais. No ambiente hospitalar, esse processo consiste em um serviço constantemente consumido no tempo e espaço, marcado pela intersubjetividade intrínseca às múltiplas dimensões do objeto de intervenção, que é o ser humano (PEDUZZI, 2001; SILVA; PEDUZZI, 2011).

O contexto do ensino e trabalho na área da saúde, em busca da formação de um profissional crítico, criativo e reflexivo, com competência para atuar no SUS e apto a continuar aprendendo e se qualificando ao longo do exercício profissional, foi caracterizado por diversos modelos de processo educativo – treinamentos, capacitações, qualificações, atividades de educação continuada, entre outros –, até chegar ao que hoje se denomina Educação Permanente em Saúde.

A EPS assume um conceito pedagógico ampliado e passa a traduzir as relações entre o ensino e o serviço, articulando educação e assistência. Com a PNEPS esse conceito passou a discutir com mais afinco as relações entre a formação, a gestão e o controle social em saúde (ANDRADE; MEIRELES; LANZONI, 2011). Nesse aspecto, pode-se afirmar que a EPS constitui uma estratégia fundamental às mudanças no processo de trabalho, transformando-o em um cenário de atuação crítica, reflexiva, criativa e proativa (ANDRADE; MEIRELES; LANZONI, 2011).

É necessário propor transformações à formação em saúde, uma condição que, apesar dos avanços e conquistas para um novo perfil de formação profissional em saúde, ainda se fundamenta no modelo hospitalocêntrico com visão curativa, ênfase na doença e desarticulada do sistema público; um ensino que contempla precariamente a promoção da saúde e prevenção de agravos. Clama-se por uma formação de profissionais com competências para atuar no SUS, em qualquer nível de atenção à saúde. Profissionais motivados a ir além da assistência à doença, com habilidades de compreender e intervir na realidade histórica, cultural, econômica e social na qual o cidadão vive (HADDAD et al., 2008).

Haddad et al. (2008, p. 101) afirmam que “a SGTES, por meio do DEGES, vem apoiando, técnica e financeiramente, ações que se potencializam criando sinergia e que contemplam a ligação entre

educação e trabalho, com a integração ensino-SUS”. É preciso empregar a concepção de trabalho e educação no trabalho, caracterizados por “uma dupla dimensão: ação instrumental e interação social” (SILVA; PEDUZZI, 2011, p. 1020).

Nesse contexto, merecem destaque os programas de residência em saúde – residências médicas, multiprofissionais e uniprofissionais –, que compõem uma das estratégias que convergem com a PNEPS na estruturação e fortalecimento da formação de recursos humanos para o SUS. Esses programas de residência, financiados, em sua maioria, pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), estão presentes nos espaços do SUS, desde a atenção primária até a atenção terciária. Eles integram a rede de assistência à saúde no Brasil e têm contribuído para a formação e qualificação do profissional de saúde, tema que merece ser mais bem investigado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O surgimento do SUS trouxe consigo novas perspectivas para a saúde e marcou a necessidade de um cuidado voltado para a integralidade do ser humano e suas necessidades. Nesse aspecto, norteado por novo paradigma, busca-se romper com o olhar fragmentado acerca da assistência à saúde e sente-se a necessidade de uma formação pautada na interdisciplinaridade e integralidade dos saberes, uma vez que se deseja formar um profissional competente para atuar no SUS.

Nesse panorama, a Política Nacional de Educação Permanente, anteriormente desenvolvida por meio de ações pontuais, transformou-se em algo mais sólido e veio fortalecer o compromisso do governo perante a sociedade com a educação em saúde no país.

Nesse cenário, destacam-se os programas de residências, estratégias da PNEPS, que integram o ensino e o serviço, a teoria e a prática, e proporcionam o exercício da prática pedagógica e a articulação entre o saber, o fazer e o aprender no processo de ensino-aprendizagem em saúde.

O estudo ora realizado não tem a intenção de esgotar a discussão acerca desta temática, porém incitar a reflexão e aprofundar a discussão sobre um tema relevante na nesta área de importante repercussão na formação profissional para o SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto

dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Manguinhos, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2012.

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. de M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/88/02_EducacaoPermanente.pdf> Acesso em: 28 fev. 2013.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado de nós. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, set./out. 2010. 8 telas.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado Humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Florianópolis. **Texto & Contexto**, n. 19, v. 2, p. 378-385, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21.pdf>> Acesso em: 11 maio 2013.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Tradução Lucie Didio. Brasília: Plano, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de diretrizes e base da educação nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES nº 3/2001**: dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004**: institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o

desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020> Acesso em: 9 maio 2013.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-168, set./fev. 2005b. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educaocaopermanente.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2013.

CIAVATTA, M. Trabalho como princípio educativo. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapriedu.html>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

DELORS, J. et al. **Educação**: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 2010.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 13, n. esp, p. 91-97, 2000. Parte I.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em

saúde no Brasil: revisão integrativa de literature. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012a. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1488>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, p. 98-114, out. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/140/136>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 528-537, out./dez. 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2012.

SALUM, N. C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**. 2006. 319 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 13-23, 2003.

SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o

agir comunicativo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2013.

2.2 As residências em saúde dos hospitais universitários no Brasil e o processo de ensino-aprendizagem

AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO BRASIL E O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

THE RESIDENCES IN HEALTH OF UNIVERSITY HOSPITALS IN BRAZIL AND THE TEACHING-LEARNING PROCESS

LAS RESIDENCIAS EN SALUD DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS EN BRASIL Y EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever o cenário histórico das residências em saúde dos hospitais universitários no Brasil e o processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir da busca livre sobre o tema, utilizando descritores: Aprendizagem; Internato e Residência; Hospitais Universitários. Os conteúdos selecionados foram agrupados e sintetizados em duas categorias axiais: “a historicidade das residências em saúde no Brasil”; e “Residências em Saúde – processo de ensino-aprendizagem”. Os programas de residência tiveram seu início em 1889 com a residência médica da Universidade Johns Hopkins e no Brasil começaram em 1944. Corresponhia ao treinamento dos médicos mais jovens por aqueles com maior experiência. Nos anos de 1970 esses programas foram se expandindo e nesse período foi criado o primeiro programa de residência multiprofissional em 1976, em uma Unidade Sanitária do Rio Grande do Sul. Atualmente temos os programas de residência médica, multiprofissional e em áreas profissionais da saúde (uniprofissionais). As multiprofissionais vivenciam um especial momento de expansão com repercussão nos cenários de práticas e no processo de ensino-aprendizagem, reforçando a importância do trabalho interdisciplinar para um cuidado integrado em saúde.

Descritores: Aprendizagem. Internato e residência. Hospitais universitários.

ABSTRACT

This study aims to describe the historical setting of health residences of the university hospitals in Brazil and the teaching-learning process. This is a narrative review of the literature was carried out from the free search on the topic, using descriptors: Learning; Internship and Residency; University Hospitals. The selected contents were grouped and summarized in two axial categories: "the historicity of health in homes in Brazil"; and "Residences Health - teaching learning process." The residency programs had its beginning in 1889 with the residency at Johns Hopkins and in Brazil began in 1944. It corresponded to the training of younger doctors by those with more experience. In the 1970s these programs were expanding and that time is created the first multi-residency program in 1976 in a Health of Rio Grande do Sul. We currently have the residency programs, multi-professional and professional areas of health. These last two experience a special moment of expansion with repercussions in the scenarios and practices in the teaching-learning process, reinforcing the importance of interdisciplinary work for an integrated health care

Descriptors: Learning. Internship and residency. Hospitals university.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo describir el escenario histórico de las residencias en salud de los hospitales universitarios en Brasil y el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada a partir de la búsqueda libre sobre el tema, utilizando descriptores: Aprendizaje; Internado y Residencia; Hospitales Universitarios. Los contenidos seleccionados fueron agrupados y sintetizados en dos categorías axiales: "la historicidad de las residencias en salud en Brasil"; y "Residencias en Salud – proceso de enseñanza-aprendizaje". Los programas de residencia tuvieron inicio en 1889 con la residencia médica de la Universidad Johns Hopkins y en Brasil comenzó en 1944. Correspondía al entrenamiento de los médicos más jóvenes por aquellos con más experiencia. En la década de 1970 esos programas se fueron expandiendo y en ese periodo fue creado el primer programa de

residencia multi profesional en 1976 en una Unidad Sanitaria de Rio Grande do Sul. Actualmente tenemos los programas de residencia médica, multi profesional y en áreas profesionales de la salud (uni profesionales). Esos dos últimos pasan por un momento especial de expansión con repercusión en los escenarios de prácticas y en el proceso de enseñanza-aprendizaje, reforzando la importancia del trabajo interdisciplinar para un cuidado integrado en salud.

Descriptor: Aprendizaje. Internado y residencia. Hospitales universitarios.

INTRODUÇÃO

Reconhecidos como uma das mais complexas organizações, os hospitais evoluíram com o passar dos tempos e se tornaram grandes centros que passaram a proporcionar serviços sofisticados, com alta complexidade, e reunir um universo de profissionais capazes de dominar o conhecimento sobre as minúsculas estruturas do corpo humano (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

Os hospitais universitários, por sua vez, têm papel relevante na formação dos profissionais e no desenvolvimento das tecnologias em saúde, representando um instrumento de grande importância na ruptura de paradigmas com impacto no processo de formação e no cuidado. Caracterizam-se pela assistência prestada intrinsecamente relacionada ao ensino, pesquisa e extensão, apresentam heterogeneidades e desempenham posição de destaque no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Nesse cenário, os programas de residência se destacam como programas que articulam o trabalho e a formação do profissional para o SUS e, nessa perspectiva, representam estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) que contribuem para transformação da prática. Além disso, tornam-se potencialidade de transformação do modelo de atenção e dos métodos de cuidado em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Sabe-se que toda essa modificação é um desafio, haja vista que implica em mudanças de paradigmas já enraizados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Mas sabe-se também que não se trata de um trabalho impossível. Os distintos programas de residência precisam trabalhar de forma integrada e provocar alterações na concepção fragmentada e desarticulada da assistência em saúde. E, para tanto, o trabalho em equipe

é essencial para proporcionar a integralidade e interdisciplinaridade desse cuidado no cenário hospitalar.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que a maneira como será conduzido o processo de ensino-aprendizagem nos programas de residência em saúde dos hospitais universitários implicará na qualidade de formação de um profissional da saúde centrado no usuário e sensibilizado a fornecer resolubilidade e equidade nos seus atendimentos à saúde.

Além disso, acredita-se que todo o processo histórico de criação das residências em saúde que se conhece na atualidade implica na concepção atual e realista das residências em saúde do Brasil.

Dessa forma, propõe-se desenvolver o presente estudo, com o objetivo de descrever o cenário histórico das residências em saúde dos hospitais universitários no Brasil e o processo de ensino-aprendizagem.

MÉTOD

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura científica desenvolvida a partir da busca livre de artigos originais em bases de dados eletrônicas, livros, teses, dissertações, manuais *online* subsidiados pelo Ministério da Saúde e resoluções que versam sobre a temática. Para pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: Aprendizagem; Internato e Residência; Hospitais Universitários. Os conteúdos selecionados foram agrupados e sintetizados em duas categorias axiais: “a historicidade das residências em saúde no Brasil”; e “Residências em Saúde – processo de ensino-aprendizagem”. Ambas, em conjunto, representam o contexto global que permeia a temática em estudo.

A HISTORICIDADE DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL

Os programas de residência tiveram seu início em 1889 com a residência médica da Universidade Johns Hopkins, criada por William Halsted e que correspondia ao treinamento dos médicos mais jovens por aqueles com maior experiência. No Brasil, esse modelo de formação começou em 1944, com a residência de ortopedia na Universidade de São Paulo, seguida do programa de residência do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 1948 (SKARE, 2012).

Na década de 70, os programas de residência médica experimentavam o movimento de expansão e valorização como estratégia de especialização do profissional médico, como um requerimento de um

mercado de trabalho cada vez mais competitivo, centrado nas especialidades e num modelo de saúde intervencionista, biologicista e hospitalocêntrico (BOTTI, 2009).

Parece contraditório, mas paralelamente surgiam inquietações sobre o modelo pautado no paradigma cartesiano, enquanto que se optava por especialidades que cada vez mais fragmentavam o ser humano e reforçavam o poder e a hegemonia médica nas relações do trabalho e no ensino em saúde.

Além da expansão da residência médica, também foi na década de 70 que os residentes começaram a lutar pela regulamentação do programa, que culminou com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) no antigo Ministério da Educação e Cultura, por meio do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (BOTTI, 2009).

A Residência Multiprofissional em Saúde, por sua vez, teve sua origem no Brasil em 1976, com a primeira Residência em Medicina Comunitária em uma Unidade Sanitária do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2006b). Foi um início informal, propondo qualificar os membros das profissões da saúde por meio da vivência prática, e tendo como exemplo o modelo da Residência Médica, que já funcionava desde 1944, no Departamento de Ortopedia da Universidade de São Paulo.

Em 1978, o programa de Residência em Medicina Comunitária tornou-se o primeiro programa de residência multiprofissional. A partir desse momento se passou a direcionar um olhar mais atento ao trabalho em equipe, ressaltando-o como relevante no processo de trabalho em saúde e fundamental no contexto da reforma sanitária e implantação do SUS (BRASIL, 2009).

As décadas de 80 e 90, foram marcadas pela reforma sanitária, criação, regulamentação e implementação do SUS, e trouxeram a proposta de uma visão integrada para a saúde no Brasil. Desse modo, ganhou força a ideia de um modelo de cuidado reorientado para a integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade na atenção à saúde (MATTOS, 2001).

Nesse contexto, o movimento de crescimento dos programas de Residências Multiprofissionais, no início predominantemente no âmbito da atenção primária, ampliou-se e passou a traçar novos rumos à assistência do indivíduo, família, grupos e sociedade brasileira. No tocante à residência médica, a mesma reivindicava por melhorias e direitos no desenvolvimento das atividades práticas e foi em 1981 que a Lei 6.932 instituiu as atividades dos residentes, além de outras providências, e extinguiu a expressão “regime de dedicação exclusiva” determinado pelo Decreto 80.281 (BOTTI, 2009).

Após aproximadamente 30 anos e espelhada na residência médica, foi sancionada a Lei 11.129 de 30 de junho 2005, que em seu art. 13 institui a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, definida como “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”, e em seu art. 14 cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005b).

Nesse caso, a residência médica se exclui dessa lei, por já ser regulamentada, compor uma Comissão Nacional de Residência Médica e ter suas leis e resoluções próprias. Essa postura reforça a hegemonia dessa profissão no setor da saúde, assim como repercute na não uniformização das residências em saúde e na própria divisão do trabalho, contrariando o princípio do trabalho interdisciplinar/multidisciplinar.

Mesmo com a não participação do médico nos programas de Residência Multiprofissional, as discussões sobre a modalidade foi crescendo e, em outubro de 2008, o Ministério da Saúde (DEGES/SGTES/MS) e o Ministério da Educação (DHR/SESu/MEC) promoveram o III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde em Brasília/DF. Um evento importante, fortalecedor da parceria entre os Ministérios na discussão e reflexão sobre estratégias para a formação e qualificação de recursos humanos para o SUS. Além disso, proporcionou a construção coletiva de ferramentas para avaliação dos programas e treinamento de avaliadores, orientados pela CNRMS (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que nesse seminário o representante da Diretoria dos Hospitais Universitários (HU) e Residências em Saúde do MEC, e sua assessora, em fórum com representantes dos HUs e posteriormente à plenária final, anunciaram a proposta em construção do Programa de Financiamento de Residências Multiprofissionais para os 46 Hospitais Federais de Ensino, com bolsa vinculada ao MEC (BRASIL, 2008).

Mesmo com algumas iniciativas de programas de residências multiprofissionais no âmbito hospitalar, a proposta lançada pelo MEC contribuiu para o crescimento dessa modalidade no espaço do hospital universitário e principalmente para o desenvolvimento do trabalho em equipe, com vistas à integralidade e interdisciplinaridade do cuidado no cenário do hospital. Apesar de os médicos não fazerem parte dos programas de residência multiprofissional, no desenvolvimento das atividades cotidianas os mesmos devem realizar sua prática de forma integrada, visto que também são membros da equipe de saúde.

Fajardo (2011, p. 29) em sua tese, intitulada “Os Tempos da

Docência nas Residências em área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde”, afirma que:

Uma das possíveis contradições entre o conceito de Residência Médica e o de Residência Integrada em Saúde é que enquanto a primeira insiste na diferenciação, a segunda propõe-se à inter-relação. Contudo, tal contraposição é, na verdade, uma segmentação, pois as duas modalidades se defrontam com a necessidade de qualificação dos profissionais em suas especificidades e com o desafio de ir além das fronteiras das disciplinas como unicidade, buscando a pluralidade das ações e dos resultados. Possivelmente, um fator que reforça este contraponto é a resistência, explícita ou não, em reconhecer a diferenciação nas relações de poder vigentes e desaprendê-las para poder inventar o novo, o atual, o contemporâneo, o necessário em termos da integralidade em saúde.

Nos dias atuais, os programas de residência multiprofissionais passam por processo de expansão, atuando tanto no âmbito da atenção básica quanto no âmbito hospitalar, e buscam tornar a assistência mais bem qualificada por profissionais formados pelo e para o SUS.

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE – PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Além do que foi apresentado com relação às transformações no setor da Saúde, assim como da implantação dos programas de residência, é importante destacar que as mudanças que ocorreram no decorrer dos anos no setor da Educação também exerceram influência nas propostas de formação e qualificação do profissional de saúde. A exemplo disso, tem-se a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (1996) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (2001), que dão ênfase a uma formação crítica, reflexiva, ética, moral e criativa, concatenando teoria e prática numa relação dialética entre educador e educando.

O processo de ensino-aprendizagem nos programas de residência ocorre por meio da prática no trabalho, da experiência e da convivência. Discussões teóricas são intermediadas pelos preceptores e pelos docentes vinculados ao programa.

No dia a dia identifico que os programas de residência médica e multiprofissional têm suas especificidades, principalmente quanto ao perfil profissional, porém ambos apresentam em comum o Hospital como campo, no qual desenvolvem sua prática educativa.

Sobre isso, Lipkin (2006 apud BOTTI; REGO, 2010, p. 133) aponta que:

o ensino da profissão médica se encontra diante de algumas encruzilhadas [...] se exige dos médicos, principalmente daqueles em formação, que sejam breves, objetivos, que venham ao centro dos assuntos e apresentem questões complexas de forma resumida e concisa. Por outro lado, sustenta que alguns esperam, dos médicos, desenvolvimento dos atributos relacionais, que aprimoram o contato profissional com as pessoas. Apesar de muitos acreditarem que essa última visão é uma utopia, alguns afirmam que faz parte dos elementos críticos da melhor medicina.

Destaca-se a preocupação com a cura e em ser assertivo quanto ao conhecimento discutido. A prática educativa nos programas de residência médica está atrelada à discussão e condução de casos clínicos, definidos por áreas e escolhidos de acordo com o campo de especialização do residente e a realização de procedimentos técnicos (BOTTI, 2012).

Sobre essa lógica, Ferreira, Vargas e Silva (2009, p. 1422) discutem que no processo de ensino-aprendizagem do programa de residência médica não se desenvolve o trabalho em equipe e o residente médico passa a não conhecer “a rede de serviços, vigilância epidemiológica, territorialização, planejamento local, trabalho em grupos, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças”, além disso, no âmbito hospitalar também não se discute sobre essas temáticas durante o processo educacional.

Sobre a prática pedagógica, estudo realizado em um programa de medicina da família do Quebec, no Canadá, aponta que algumas limitações se fazem presentes no desenvolvimento de preceptoria médica e geralmente trabalha-se de forma intuitiva, associando o conteúdo ao que se faz relevante para o aqui e agora (SAUCIER et al., 2012). O ensino clínico tem forte tradição na medicina e os seus métodos de ensino são na maioria das vezes fundamentados em métodos pelos quais os próprios médicos foram ensinados, reforçando uma prática pedagógica tradicional (KATELARIS; JORM, 2011)

Nos programas de residência multiprofissional, mesmo com o propósito final de especializar o residente em uma área de concentração, adota-se uma postura distinta quanto à condução do processo de ensino-aprendizagem, quando comparados ao programa de residência médica. Têm em vista a interdisciplinaridade e, em sua maioria, trabalham com a problematização e reflexão do contexto no qual se desenvolvem o cuidado e o trabalho em equipe, e propõem formar profissionais capazes de atuar em qualquer espaço do SUS.

Os programas de residência multiprofissional vêm atender a necessidade de formar e qualificar o profissional de saúde para o SUS. Nessa proposta podem se inserir as quatorze profissões da área da saúde, exceto a médica, como listada no §1 do art. 3 da Resolução n.2/2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) (BRASIL, 2012). Porém, algumas dessas profissões merecem ser destacadas por estarem, na maioria dos programas, bem inseridas e atuantes, como: Enfermagem; Fisioterapia; Farmácia; Nutrição; Serviço Social; Odontologia; Psicologia; e Fonoaudiologia.

Além disso, o seu formato pedagógico compreende um núcleo comum que trabalha conteúdos relacionados às questões sociopolíticas, éticas, pesquisa científica e modelos assistenciais para o processo do cuidado, além de núcleos específicos às áreas de concentração e às profissões, buscando promover a integração dos saberes em atividades conjuntas. Trabalha-se uma metodologia que privilegia a integração ensino/trabalho respeitando as particularidades existentes em cada processo de trabalho das profissões (MEIRA; SANTOS; SANTANA, 2006).

O Ministério da Educação, ao dispor sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional, na Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012), afirma no art. 5º, §2, itens III, IV e V, que:

III. As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por:

- a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;

- b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do programa;
- c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de fora a preservar a identidade profissional

IV. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

V. O Projeto Pedagógico (PP) deve prever 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 ou gestão na saúde.

Nesse sentido, acredita-se que os modelos pedagógicos que orientam o processo de ensino-aprendizagem nesse cenário, suas nuances e, principalmente, os preceptores merecem uma atenção especial.

Inseridos em um momento histórico no qual se busca uma formação profissional crítica, reflexiva e transformadora da prática, discutida nos cursos da área da saúde e propulsora de mudanças curriculares, parece contraditório constituir um programa de educação no trabalho orientado pelo modelo flexneriano. E, nesse contexto, o preceptor tem papel de grande relevância na condução do processo de ensino-aprendizagem, pois é ele quem orienta, direciona o residente na sua formação e compartilha as experiências (BOTTI; REGO, 2008, 2011).

Não há uma estratégia de seleção/escolha para aquele que será o preceptor, porém os programas desenvolvem critérios internos para esse processo. Alguns autores afirmam que o preceptor é aquele profissional da prática que se encontra clinicamente mais ativo, e que se ocupa do processo de ensino-aprendizagem do profissional novato, que, embora livre para dirigir sua aprendizagem, se espelha nas habilidades e competência do profissional mais experiente (ARMITAGE; BURNARD, 1991; ASIRIFI et al., 2013; BOTTI; REGO, 2008; BOTTI; REGO, 2011; BOTTI, 2012).

Por fim, diante do exposto, vale ressaltar que a prática assistencial e pedagógica realizada pelo preceptor é o que conduz o processo de ensino-aprendizagem nos programas de residência em saúde dos HUs. Os programas buscam capacitar seus preceptores, apesar de não haver ainda uma formação oficial para esse exercício. Nesse processo são levados em consideração todos os conhecimentos que o preceptor constrói ao longo de sua trajetória e que ainda continua aprendendo ao interagir com o residente e o contexto interdisciplinar que delinea a prática da equipe de saúde no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil os programas de residência emergiram por volta da década de 40, por iniciativa médica, seguindo o modelo criado em 1889 no hospital John Hopkins.

Neste estudo buscamos narrar um pouco da história dos programas de residência em saúde em nosso país e pensar nesse cenário nos faz perceber que esse modelo vem ganhando cada vez mais espaço no âmbito da formação em saúde. Criados inicialmente com o propósito da especialização, acompanharam o movimento da reforma na saúde e na educação, e hoje assumem papel importante na formação profissional para o SUS.

Quanto ao processo de ensino-aprendizagem, pautado no treinamento em serviço, observa-se que ainda sofre forte influência do modelo flexneriano, porém iniciativas para uma prática interdisciplinar com vistas à integralidade do cuidado vêm modificando essa realidade, na qual se busca uma formação profissional crítica, reflexiva, criativa, ética, solidária e transformadora.

Por fim, acreditamos que é necessário aprofundar o conhecimento acerca deste tema e chamar à reflexão para que possamos transformar a nossa realidade e proporcionar uma melhor formação profissional em saúde para o SUS.

REFERÊNCIAS

ARMITAGE, P.; BURNARD, P. Mentors or preceptors? Narrowing the Theory-practice gap. **Nursing Education Today**, v. 11, p. 225-229, 1991. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026069179190064H>> . Acesso em: 27 nov. 2012.

ASIRIFI, M. A. et al. Preceptorship in the ghanaiian context: coaching for a winning team. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 3, n. 12, p. 168-176, 2013. Disponível em: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/download/2529/1894>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

BOTTI, S. H. de O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

_____. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 102-106, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=317>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

_____. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2013.

_____. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 08 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação na Saúde. Brasília, 13 a 15 de outubro de 2008. In: Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional De Saúde, 3., 2008, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: [s.n.], 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/politica_nacional_saude.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. Ministério da Educação. **Residência multiprofissional**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=813>. Acesso em: 12 ago. 2012.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, abr. 2012. Seção 1, p. 24-25. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=24&data=16/04/2012>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. 2011. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, out. 2009. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2013.

KATELARIS, A.; JORM, C. Solving the problems of practice-based education. **Medical Journal of Australia**, v. 195, n. 4, p. 163, ago. 2011. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2011/195/4/solving-problems-practice-basededucation>> Acesso em: 6 ago. 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MEIRA, M de O. B.; SANTOS, J. E.; SANTANA, J. A. T. Residência multiprofissional em saúde: construção de uma estratégia de formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/251/241>>. Acesso em: 27 nov. 2012

SILVA, M. A.; ERDMANN, A. L.; CARDOSO, R. S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando os cenários das políticas gerenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 448-59, 2008. Disponível em: <<http://www.pen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

SAUCIER, D. et al. How core competencies are taught during clinical supervision: participatory action research in family medicine. **Medical Education**, v. 46, p. 1194–1205, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.12017/abstract>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

2.3 A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão⁴

A PRÁTICA EDUCATIVA DOS PRECEPTORES NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM ESTUDO DE REFLEXÃO

LA PRÁCTICA EDUCATIVA DE PRECEPTORES EN RESIDENCIAS EN SALUD: UN ESTUDIO DE REFLEXIÓN

THE EDUCATIONAL PRACTICE OF PRECEPTORSHIP IN RESIDENCE IN HEALTH: A STUDY OF REFLECTION

RESUMO

O objetivo deste artigo foi refletir sobre o exercício da preceptoria como prática educativa na formação e qualificação do profissional em saúde para o Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma reflexão teórica com apoio na literatura sobre a temática. O preceptor conduz o processo de ensino-aprendizagem e transforma as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho em momentos educacionais. Nessa seara, surgem questionamentos sobre o que é ser preceptor e o seu papel na formação em saúde. Para ensinar são necessários conhecimentos para além do conteúdo da disciplina e, considerando que a preceptoria é uma prática de educação no trabalho, o preceptor precisa de formação pedagógica. Com isso, ser preceptor é ser professor? Essa reflexão nos coloca frente a uma problemática presente em nosso dia a dia que é a formação de quem forma, para uma ação transformadora da prática em Saúde.

Descritores: Saúde. Educação em saúde. Tutoria.

ABSTRACT

The purpose of this article was to reflect on the practice of preceptorship as an educational practice in the training and qualifications of professional health information for the public health system. This is a theoretical reflection with support in the literature. The teacher addresses the teaching-learning process and transforms the activities in the work on

⁴ Artigo oriundo do *Paper* apresentado na qualificação e publicado na *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 11, p. 161-165, 2014.

educational moments. In this area arise questions about what is being preceptor and their role in health education. It is necessary to teach knowledge beyond the content of the discipline, and reflecting about preceptorship as an educational practice in the workplace, the preceptor needs pedagogical preparation. Herewith, being a preceptor means being a teacher? This reflection places us in front of a problem present in our daily exercise, which is the pedagogical training of those who teach for a transformation of practice in health

Descriptors: Health. Health education. Preceptorship.

RESUMEN

El propósito de este artículo es reflexionar sobre la práctica de la preceptoría como práctica educativa en la formación y cualificación de la información de salud profesional para el sistema público de salud. Se trata de una reflexión teórica con apoyo en la literatura sobre el tema. El preceptor conduce el proceso de enseñanza-aprendizaje y transforma las actividades desarrolladas en el ámbito de trabajo en momentos educativos. En este ámbito surgen preguntas acerca de lo que está siendo preceptor y su papel en la educación para la salud. Para enseñar es necesario conocimientos mas allá del contenido de la disciplina y considerando que la preceptoría es una práctica de educación en el trabajo, el preceptor necesita de formación pedagógica. Con eso, ser preceptor es ser profesor? Esa reflexión nos coloca frente a una problemática presente en nuestro día a día que es la formación de quien forma, para una acción transformadora de la práctica en Salud.

Descritores: Salud. Educación en salud. Tutoria.

INTRODUÇÃO

A experiência com programas de residência e a vivência como profissional da prática e docente no ensino superior em saúde fizeram suscitar em mim algumas inquietações sobre a atuação do preceptor na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se o preceptor participa da formação em saúde, articulando o mundo do trabalho com o mundo do ensino, como um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem do programa de residência, ele necessita ter conhecimentos que vão além dos saberes sobre a prática. No exercício da preceptoría, o profissional precisa ter domínio não somente do

conhecimento clínico, mas ser capaz de transformar a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Para isso, o preceptor precisa de conhecimento pedagógico.

Os programas de residência em saúde consistem em formação *latu sensu* fundamentados na educação no trabalho, e o processo de ensino-aprendizagem acontece no serviço, articulando teoria e prática. Nesse contexto, o preceptor (profissional da prática) e o residente (profissional em formação) compartilham o ensinar e aprender, a partir da troca de experiências, reflexões sobre a prática e (re)construção do conhecimento em cenários reais da atenção à saúde.

Dessa forma, o preceptor atua como mediador no processo de aprendizagem e, para isso, precisa mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir tal processo, pois não basta dominar o conhecimento especializado do conteúdo ou uma prática, é preciso saber ensinar de forma a ser compreendido (SHULMAN, 2005). Além disso, é necessário compreender como esse conhecimento se transforma para formar um novo conhecimento aplicado na teoria e na prática (RAMOS; GRAÇA; NASCIMENTO, 2008). Pois "aqueles que sabem, fazem. Aqueles que compreendem, ensinam" (SHULMAN, 1986, p. 14).

Assim, o objetivo deste artigo foi refletir sobre o exercício da preceptoria como prática educativa na formação e qualificação do profissional em saúde para o SUS.

O PRECEPTOR NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Durante as últimas três décadas, o debate sobre a formação do profissional de saúde, no tocante à consolidação do SUS como modelo de saúde e prática social no Brasil, vem crescendo. As discussões pontuam o modelo de formação, suas propostas pedagógicas, os desafios no processo educativo e na prática profissional e buscam romper com o modelo fragmentado e médico-centrado, para uma formação com vistas à integralidade e maior articulação entre o trabalho e a educação (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009).

Sob esse prisma, os programas de residência, articulados à Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), se colocam como estratégia para a formação de recursos humanos para SUS. É nesse cenário que surge a figura do preceptor. Mas qual é seu papel? Quais são as condições necessárias ao profissional da assistência para o exercício da preceptoria?

O preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática ao conhecimento científico. Ele precisa

dominar a prática clínica, bem como os aspectos pedagógicos relacionados a ela, transformando o cenário profissional em ambiente educacional (BOTTI, 2012). Nessa dinâmica, conta com o apoio do tutor, que atua como orientador acadêmico, responsável direto pela implementação do plano pedagógico. Esse tutor é um profissional com titulação mínima de mestre e mais de três anos de experiência profissional, vinculado à instituição formadora ou executora (BRASIL, 2012). Ambos, tutor e preceptor, possuem responsabilidade pedagógica.

Todavia, é ao preceptor que compete o acompanhamento direto do residente, transformando o dia a dia do trabalho num cenário rico em experiências de aprendizagem. Isso requer do preceptor a capacidade de mediar o processo de aprender-ensinar no trabalho, problematizar a realidade e provocar no residente um processo de ação e reflexão para reconstrução da sua prática diária.

Assim, compreendemos que a atuação do preceptor, na formação do profissional de saúde para o SUS, destaca-se e se revela como atitude educativa no trabalho. Ele precisa incentivar o repensar da prática, a comunicação e o compartilhamento de ideias, o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado, e fomentar a educação permanente nos espaços do trabalho em saúde.

SER PRECEPTOR É SER PROFESSOR?

De acordo com Lobo Neto (2002, p. 7), ser professor é:

exercer, numa perspectiva de totalidade pessoal, as mediações possíveis da relação do aluno com o mundo, visando facilitar sua percepção, apreensão, domínio e, portanto, capacidade transformadora da realidade [...] pressupõe mais do que o domínio dos conhecimentos específicos em torno dos quais deverá agir.

É ter consciência, sensibilidade e, sob uma visão emancipadora, transformar o conteúdo informativo em conhecimento e consciência crítica para formação (GADOTTI, 2000). Ensinar é um ato que vai além da transmissão do conhecimento e demanda interação com o estudante na construção do aprendizado. Requer segurança, competência profissional, generosidade, comprometimento, consciência, liberdade, saber escutar, compreender que a educação é um modo de intervir no mundo, tomada

de decisão, disponibilidade para o diálogo e, acima de tudo, o querer bem aos educandos (FREIRE, 2011a).

As estratégias didáticas devem permear essa prática, pois apenas o conhecimento sobre o conteúdo não é suficiente. É necessário que o professor tenha *expertise* da prática pedagógica, além de outros saberes, como o conhecimento dos alunos, dos valores educacionais, do currículo e do contexto educativo (SHULMAN, 1986). Esses conhecimentos permitem autogestão e autocontrole da prática, proporcionando autonomia, discernimento, reflexão e atitude diante das situações que surgem diariamente (TARDIF, 2012). Sob essa ótica, entendemos que para ser professor não basta saber o conteúdo, é preciso saber ensinar, de modo que o processo e o conteúdo sejam compreendidos pelo estudante.

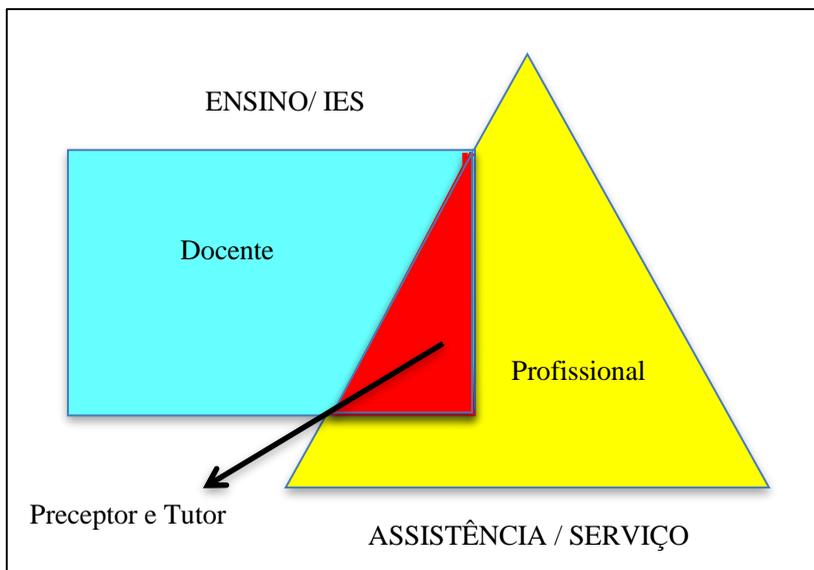
O preceptor, no programa de residência em saúde, desenvolve atividades de educação no trabalho, ações de ensino, nas quais se evidencia uma relação didática estabelecida pela sua interação com o residente e com o conhecimento, o que compõe um processo educativo.

Sob esse ângulo, pode-se então afirmar que ser preceptor é ser professor?

O preceptor é o profissional que se encontra na prática, porém o seu compromisso vai além do cuidado ao usuário. Compete a ele, também, o papel de mediador e facilitador do processo de formação do residente, compartilhando a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento. Nesse processo ele também aprende, pois ninguém educa ninguém ou educa a si mesmo, os homens se educam nas relações estabelecidas entre si e com o mundo (FREIRE, 2011b).

Nessa dinâmica, é preciso que se estabeleça um espaço intercessor entre o professor da Instituição de Ensino Superior (IES) e o profissional da assistência, no qual preceptores e tutores se coloquem como mediadores entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho (Figura 1).

Figura 1 – Inserção do preceptor na dinâmica do ensino e serviço, 2013



Fonte: Elaborado pelas autoras, UFSC, 2013.

Nesse processo, é necessário motivar o residente em sua formação e provocar reflexões para uma prática transformadora da realidade. O professor é um profissional que ensina, mas que também cuida, e o preceptor é um profissional que cuida, mas que também ensina.

O preceptor media os aspectos teóricos e práticos da formação por meio de sua prática clínica, levantando problemas e instigando a busca de explicações (MISSAKA; RIBEIRO, 2011). Esse preceptor precisa dispor de um repertório que o ajude a tornar o conhecimento acessível ao profissional-aprendiz – o residente – e promover uma práxis em saúde que mobilize a um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo.

Nesse aspecto, é necessário o preceptor reconhecer a importância de desenvolver em si o que Shulman (2005) chama de Conhecimento Base para o ensino, que é composto por sete categorias de conhecimento, a saber: do conteúdo; pedagógico geral; do currículo; pedagógico do conteúdo; dos alunos e suas características; dos contextos educacionais; dos objetivos, metas e valores educacionais e sua fundamentação filosófica e histórica. Dentre esses conhecimentos, destaca-se o conhecimento pedagógico do conteúdo (CPC), amálgama do

conhecimento da disciplina com o conhecimento pedagógico geral (RAMOS; GRAÇA; NASCIMENTO, 2008).

Para esse autor, o ensino deve ser um ato cíclico de compreensão, raciocínio, transformação, ação/reflexão (SHULMAN, 2005). É preciso compreender que os processos de raciocínio estão entranhados ao ensino e que para sua evolução é imperativo manter uma interação ativa com as ideias. A compreensão não é, por si só, suficiente, visto que a concretude do conhecimento reside em seu poder de discernir, refletir e agir.

Nesse contexto, não (re)conhecer o processo de ensino como inerente à sua prática pode levar o preceptor a simplesmente delegar suas atividades ao residente e não estabelecer uma verdadeira relação pedagógica (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010). É necessário entender que a preceptoria, como prática educativa, é uma atividade que demanda planejamento, competência, criatividade e sensibilidade (SKARE, 2012).

Portanto, se faz necessário refletir sobre a importância do preceptor na formação e qualificação do profissional de saúde para o SUS, bem como propor uma formação pedagógica que o prepare para o exercício da preceptoria, o que proporcionará maior apropriação de saberes para o ensino e aprimoramento do seu papel de educador no âmbito do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto das residências em saúde precisamos pensar a preceptoria, repensando a prática e o ensino. É necessária maior aproximação entre o campo da prática e da teoria, em que todos (técnicos, preceptores, tutores ou docentes) constituam uma equipe integrada na formação do profissional para o SUS.

Inúmeros são os desafios e não temos a intenção de esgotar essa discussão, mas problematizar e provocar reflexões sobre a temática se constitui em um dos primeiros passos para sua transformação. Avançar no fazer da preceptoria como prática educativa requer romper paradigmas para construir caminhos que viabilizem maior integração entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino.

O preceptor precisa ser um protagonista, visto que compartilha a responsabilidade da formação do residente, e nesse contexto a fundamentação científica e pedagógica são imprescindíveis para que ele possa aplicar no espaço do trabalho os seus saberes, transformando, assim, o ambiente do cuidado em verdadeiro espaço de múltiplas aprendizagens, promovendo a construção/reconstrução do conhecimento.

REFERÊNCIAS

- BARBEIRO, F. M. S.; MIRANDA, L. V.; SOUZA, S. R. Nurse preceptors and nursing residents: interaction in the practice scenario. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** online, v. 2, n. 3, p. 1080-1087, 2010. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651644>>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- BOTTI, S. H. de O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 102-106, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=317>. Acesso em: 27 nov. 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução n. 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abr. 2012. Seção 1, p. 24-25. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vcp3zN7dhWMJ:portal.mec.gov.br/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D10563%26Itemid+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 106-112, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8882>>. Acesso em: 24 out. 2013.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.
- GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo perspect.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 3-11, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em: 22 ago.

2013.

LOBO NETO, Francisco José da Silveira. Ser professor: necessidade de formação profissional específica. In: **FORMAÇÃO: Formação de formadores: a nova docência na educação básica e profissional**, n. 4, p. 5-13, jan. 2002. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2004.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

RAMOS, V.; GRAÇA, A. B. S.; NASCIMENTO, J. V. O conhecimento pedagógico do conteúdo: estrutura e implicações à formação em educação física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 161-171, 2008. Disponível em: <http://www.profdomingos.com.br/conhecimento_pedagogico_conteudo_educ_fisica.pdf> Acesso em: 30 out. 2012.

SHULMAN, L. S. Those Who Understand: Knowledge Growth in Teaching. **Educational Researcher**, v. 15, n. 2, p. 4-14, fev. 1986. Disponível em: <http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman_1986.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

SHULMAN, L. S. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado: Revista de Currículum y Formación del profesorado**, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-30, 2005. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/251/241>>. Acesso em: 20 out. 2013.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 13. ed.
Petrópolis: Vozes, 2012.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O preceptor, a prática educativa e os conhecimentos para o ensino

Nesta pesquisa defende-se o imperativo do preparo profissional e construção de um repertório de conhecimentos para o exercício da prática educativa do preceptor, ancorado no referencial teórico de Lee Shulman.

Essa prática educativa consiste na relação dialógica estabelecida entre o preceptor e o residente, na qual se desenvolve o ensinar e o aprender, por meio da prática em serviço. Nesse contexto o ensinar/educar não deve ter o significado de adestrar, treinar, capacitar, mas precisa ser o condutor no desenvolvimento do aprendiz como sujeito crítico, curioso, e pró-ativo na construção do conhecimento e recriação da realidade (FREIRE, 2011a, 2011b).

Assim, os sujeitos desse processo necessitam compreender que não é possível o ensino sem o aprendizado e ambos sem o conhecimento. O preceptor precisa aprender e ensinar, ter competência e responsabilidade ética e profissional para tal. Nesse processo de educação é preciso cultivar a esperança, incentivar a curiosidade, dialogar, desafiar o educando e a si mesmo, ser capaz de intervir com vistas à promoção de maior percepção e apreensão do mundo (FREIRE, 2011b).

No contexto dos programas de residência em hospitais universitários, o professor muitas vezes encontra-se no papel de tutor, responsável por orientar o preceptor e o residente no desenvolvimento do projeto pedagógico do curso, sendo também responsável pela formação, porém é com o preceptor que o residente vivencia a maior parte de sua prática e, compreendo que esse profissional da saúde, no exercício da preceptoria, assume a função de ‘ensinar’ no trabalho, ele precisa desenvolver conhecimentos para esse exercício.

A *educação no trabalho* é entendida como uma ação coletiva e pautada na comunicação contextualizada pelo cenário do trabalho em saúde e que compõe a ação instrumental, fundamentada pelo arcabouço teórico e técnico-científico, e a ação comunicativa, representada pelas interações nas relações interpessoais (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Sob essa ótica, ao longo deste capítulo, realizar-se-á uma breve apresentação do percurso acadêmico de Lee Shulman e a sua construção teórica acerca do Conhecimento Base (Knowledge Base). Por fim, será realizada uma aproximação deste referencial teórico com a prática educativa do preceptor nos programas de residência em saúde, objeto de estudo desta pesquisa.

3.1.1 Lee S. Shulman

Lee S. Shulman nasceu em 1930, em Chicago/Illinois. Oriundo de uma família de imigrantes judeus, foi educado em uma escola *yeshiva* e se formou em filosofia. Com uma bolsa de doutorado em psicologia e discípulo de Benjamin Bloom, passou a se interessar por psicologia clínica, à qual dedicou alguns anos de sua vida. Por volta de 1962, influenciado por Joseph Schwab, passou a desenvolver estudos sobre o conhecimento, aprendizagem e formação dos professores, dedicando-se à psicologia educacional e liderando esforços pioneiros para a profissionalização do professor (GAIA; CESÁRIO; TANCREDI, 2007; SHULMAN, 2008).

No início dessa trajetória, em 1968, na escola de medicina da Universidade de Michigan, Shulman foi um dos primeiros a elaborar o ensino de ciências focado em problemas. Partindo da curiosidade em como realizar o diagnóstico médico, construiu o arcabouço para o ensino baseado em problemas (Problem Based Learning) (INGUI, 2010).

Na sua experiência como professor de psicologia educacional e educação médica na Universidade de Michigan, passou a compreender que os médicos construíam boa parte do seu conhecimento a partir de suas práticas. A partir dessa compreensão, começou a pensar que isso também se aplicaria aos professores (INGUI, 2010).

Com esse pensamento, Lee Shulman acredita que muitas ideias surgem da experiência e defende que, na evolução da construção do conhecimento, ao se ser solicitado a explicar o que se sabe, se constroem novas compreensões, além disso, se transformam os saberes, quanto ao modo de ensiná-los, tornando-os mais compreensíveis aos outros (INGUI, 2010; SHULMAN, 2005).

Dedicado ao estudo sobre o conhecimento do professor, em 1986, Shulman destacou duas preocupações. A primeira referia-se à compreensão cognitiva do conteúdo por parte dos professores e a segunda relacionava-se à compreensão do conteúdo com aquilo que o docente ensina. Nesse aspecto, chama-se a atenção para um olhar mais atento a como o ensino tem sido realizado e às dificuldades que permeiam essa atividade (SHULMAN, 1989).

Nas últimas décadas, Lee Shulman consagrou-se como professor emérito da Universidade de Stanford e da Carnegie Foundation for Advancement of Teaching, e, com o seu trabalho na temática de formação de professores, avaliação do ensino e da educação nas áreas da medicina, ciência e matemática, tornou-se particularmente reconhecido pela teoria do Conhecimento Pedagógico do Conteúdo – CPC (*Pedagogical Content*

Knowledge – PCK), despontando novas perspectivas à pesquisa na ciência do ensino e formação dos professores (GAIA; CESÁRIO; TANCREDI, 2007; INGUI, 2010; SHULMAN, 2008).

Sobre o CPC, com a intenção de melhor compreendê-lo para fundamentar esta investigação, se faz necessário aprofundar a leitura acerca das obras de Lee Shulman que versam sobre essa temática. Nesse sentido, ao caminhar na construção deste referencial teórico, serão apresentadas algumas considerações sobre o CPC e o modelo da ação e raciocínio pedagógico de Shulman articuladas ao tema de estudos desta pesquisa.

3.2 Conhecimento base para o ensino e a construção do conhecimento pedagógico do conteúdo do preceptor

Os conhecimentos para o ensino são construídos a partir do movimento de interação e reflexão com o cenário da aprendizagem e dos conhecimentos a ele relacionados. Nessa construção, fica cada vez mais claro que existem diferenças entre “saber o conteúdo” e o “saber ensinar o conteúdo”, pois para que a aprendizagem seja concreta não satisfaz saber um assunto em toda sua especificidade, mas é preciso conhecer estratégias que permitam falar sobre o tema de modo a ser plenamente compreendido. Assim, concordo com Shulman (1986, p. 14) quando diz: "Aqueles que sabem, fazem. Aqueles que compreendem, ensinam".

Compreender quais saberes é necessário dominar para ensinar vem constituindo-se, na área da educação, motivo de inúmeras discussões. Porém, neste tópico, gostaria de chamar atenção para os preceptores no processo educativo dos programas de residência em saúde. O preceptor é o profissional de saúde que se encontra no âmbito da prática e nesse cenário conduz o processo de ensino-aprendizagem do residente ou profissional em formação por meio dos programas de Residência em Saúde. Na composição desse cenário dispomos de alguns elementos-chave: O Tutor (docente); o Preceptor (profissional da prática); o Residente; e a Aprendizagem na prática. Nesse sentido, uma relação didática é estabelecida e tem como produto final a construção do conhecimento.

Ainda que Schulman discuta a formação do professor de profissão e considerando que o professor é aquele que se encontra em uma situação de ensino/aprendizagem, seja ela formal ou não, advogo a favor da ideia de que o profissional de saúde inserido no campo do trabalho, ao se tornar preceptor em um programa de residência multiprofissional, para além de sua responsabilidade com o cuidado, também assume o papel de educador

e, para isso, requer desenvolver em si um repertório de conhecimentos para o exercício da prática educacional.

Reforço a ideia sustentada por Shulman (1986, 2005), que afirma não bastar o saber por si só, mas é preciso compreender acerca de como esse conhecimento se transforma para formar um novo conhecimento e atender às exigências da prática educativa (RAMOS; GRAÇA; NASCIMENTO, 2008; SHULMAN, 1986, 2005).

Para o exercício da docência, Shulman (1986) descreveu o Conhecimento Base (Knowledge Base) do Ensino, uma composição de sete categorias de conhecimentos: conhecimento do conteúdo, conhecimento pedagógico geral, conhecimento do currículo, conhecimento dos alunos e suas características, o conhecimento do contexto, o conhecimento pedagógico do conteúdo e o conhecimento dos objetivos, das finalidades e dos valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos (GROSSMAN, 2005; SHULMAN, 1986, 2005). Para essa construção, Shulman (2005) distingue quatro fontes principais. São elas:

- A formação acadêmica na disciplina a ser ensinada (requer o conhecimento da literatura e o teor científico do conteúdo, além disso, associa o saber histórico-filosófico sobre a natureza do conhecimento nos campos de estudo);
- Os materiais e o contexto do processo de educação institucionalizada (relaciona currículos, livros, a estrutura escolar e seu financiamento, assim como a organização da carreira do professor);
- A pesquisa sobre educação, desenvolvimento e disposição social da aprendizagem, entre outros fenômenos que integram e interagem com o exercício da prática educativa;
- O saber advindo da própria prática.

Fundamentada no referencial teórico de Lee Shulman, busquei associar suas contribuições à prática de ensino do preceptor, redimensionando os conhecimentos na perspectiva de ampliá-los e potencializar o papel da educação no trabalho realizado na preceptoria. Reforço que não há nenhuma intenção de comparar o preceptor ao professor, mas de compreender os conhecimentos que o preceptor utiliza para ensinar. Dessa forma, busquei fazer um paralelo entre cada conhecimento dito por Shulman com a prática da preceptoria.

3.2.1 O conhecimento do conteúdo

O Conhecimento do conteúdo ressalta o conhecimento que o professor tem acerca da própria disciplina que ministra. Refere-se ao conteúdo que deve ser de domínio do professor, de modo que o mesmo perceba como o estudante compreendeu, ou não, o que foi discutido e quais aspectos ainda precisam ser reforçados. Quando não se tem o conhecimento essencial sobre o conteúdo com que se está trabalhando, o ensino pode ser afetado (GROSSMAN, 2005; SHULMAN, 1986, 2005).

Nesse aspecto, observo que o preceptor, inserido no seu campo de prática, tem o domínio da sua especialidade, conteúdo específico constituído ao longo de sua formação, e fundamentado cientificamente por um arcabouço teórico e pelo saber da sua experiência. É por meio de cursos de especialização e da experiência no trabalho que o preceptor fortalece o seu conhecimento específico e conseqüentemente constrói o seu conhecimento do conteúdo, do qual tem total domínio e competência para identificar o que precisa ser discutido ou reforçado na formação do residente.

3.2.2 O conhecimento pedagógico geral

O Conhecimento didático geral, por sua vez, corresponde às estratégias gerais de planejamento e condução do ensino. Esse conhecimento está intrinsecamente relacionado ao conhecimento que o professor tem acerca da prática pedagógica que utiliza para ensinar, além da sua afinidade com as metodologias de ensino-aprendizagem (GARCIA, 1992; GROSSMAN, 2005; MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011; SHULMAN, 1986, 2005).

Garcia (1992) afirma, em seus estudos, que esse conhecimento se refere aos saberes, crenças e habilidades que os professores apresentam e que estão essencialmente atrelados à educação, à aprendizagem, aos estudantes, aos princípios gerais de ensino, ao tempo de aprendizagem, à gestão da sala de aula, entre outros.

Sobre esse conhecimento, Shulman (2005) faz referência às estratégias aplicadas à ação de ensinar. Considerando que o preceptor não tem formação pedagógica e que a preceptoria é uma atividade de ensino, questiono: como o preceptor conduz o residente à aprendizagem? Para desenvolver o processo ensino-aprendizagem na preceptoria, é necessário o conhecimento pedagógico geral, para que na relação didática estabelecida com o residente o preceptor possa desenvolver estratégias que orientem à aprendizagem. Não basta ter um bom desempenho técnico

nas atividades rotineiras, delegar ou dividir as tarefas com o residente ou deixá-lo por si só. Para que ocorra aprendizagem o preceptor precisa realizar uma prática educativa com intencionalidade pedagógica.

3.2.3 O conhecimento do currículo

O Conhecimento do currículo, nesse contexto, refere-se ao domínio dos materiais e programas que regem a instituição, curso, disciplina. É o conhecimento dos objetivos, metas e missões que norteiam o programa de ensino, ou seja, é o conhecimento que manifesta a consciência e intencionalidade do professor ao conduzir o processo de aprendizagem (GROSSMAN, 2005; SHULMAN, 1986, 2005).

Esse conhecimento traduz o domínio do professor quanto aos materiais e programas que orientam a disciplina (SHULMAN, 2005). Assim é preciso conhecer o projeto pedagógico que norteia o curso, seus objetivos e a realidade na qual se insere.

Sobre esse aspecto, compreendo que para o exercício da preceptoria é necessário que o preceptor compreenda o seu papel nesse processo, reflita e entenda para que, quem e o que ele necessita ensinar. Ele precisa ter consciência e com suas ferramentas desenvolver a intencionalidade de atuar “no” e “para” o sistema de saúde vigente. Nesse sentido, conhecer o currículo do programa no qual está inserido norteará o processo ensino-aprendizagem do preceptor.

3.2.4 O conhecimento dos alunos e suas características

O Conhecimento dos alunos e suas características corresponde ao conhecimento do professor sobre os alunos na sua individualidade e coletividade, para que assim possa distinguir as necessidades específicas e coletivas, traçar o percurso do ensino, adequando os objetivos pedagógicos e adaptando as metodologias de ensino. Vale salientar que esse conhecimento só é possível acontecer quando o professor está inserido na prática do ensino (GARCIA, 1992; GROSSMAN, 2005; SHULMAN, 2005).

Compreender os residentes que fazem parte desse espaço de formação, seja na individualidade ou no coletivo, servirá de bússola ao preceptor para que avance ou recue no processo ensino-aprendizagem, realize ajustes dos objetivos pedagógicos e adequações nas metodologias utilizadas para o ensino. Esse conhecimento requer que o preceptor compreenda as necessidades ímpares dos seus residentes, para que o ensino não se torne algo atemporal, descontextualizado e impessoal. O

conhecimento sobre o residente proporcionará ao preceptor subsídios para conduzir a aprendizagem de modo prazeroso e motivador.

3.2.5 O conhecimento do contexto educativo

O Conhecimento do contexto educativo constitui o conhecimento sobre o cenário de educação (nesse caso, o mundo do trabalho), envolvendo a estrutura da instituição como espaço físico, recursos materiais disponíveis e seus recursos humanos. Além disso, também diz respeito ao contexto social, econômico e cultural da comunidade envolvida nesse processo, bem como às estratégias políticas que permeiam esse cenário (GARCIA, 1992; GROSSMAN, 2005; MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a, 2011b; SHULMAN, 1986, 2005).

Garcia (1992) descreve esse conhecimento como aquele que faz referência ao local e a quem se ensina. É necessário que o professor, com base no conhecimento do contexto, seja capaz de adaptar o seu conhecimento do conteúdo aos aspectos particulares dos estudantes e da própria escola (LEINHARDT, 1992).

Esse conhecimento é igualmente relevante nas decisões que o preceptor deverá tomar para condução da preceptoria. Shulman (2005) revela que esse conhecimento constitui o saber sobre o espaço onde acontece o ensino, sua estrutura, gestão e políticas que o instituem. Com a LDB e as DCNs para os cursos de graduação, muitas mudanças aconteceram no contexto educacional do Brasil e o ensino na saúde vem direcionando seus esforços à formação de um profissional generalista e apto para trabalhar no SUS. Também conhecer as políticas públicas relacionadas com a formação de recursos humanos em saúde, em especial a PNEPS, principal responsável pela indução dos programas de residência em saúde, como estratégia importante de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

No conhecimento do contexto educacional, no caso da saúde, também merece destaque o conhecimento do perfil epidemiológico locorregional, da realidade profissional e da corresponsabilidade da equipe de saúde na promoção da qualidade de vida a partir de sua ação no processo saúde-doença-cuidado.

3.2.6 O conhecimento dos objetivos, das finalidades e dos valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos

O conhecimento dos objetivos, das finalidades e dos valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos, declaram-se aspectos específicos e ao mesmo tempo gerais que estão relacionados às experiências, aos valores, contextos históricos e filosóficos que direcionam o professor a uma postura de mediador do processo de ensino-aprendizagem (SHULMAN, 1986). O professor, a partir desses conhecimentos, sabe quais habilidades e competências os estudantes precisam desenvolver no contexto educacional em que se inserem (SHULMAN, 2005).

Sobre esse conhecimento na preceptoria, destacam-se a proposta de formação para o SUS e a educação no trabalho. Vale salientar que os valores ideológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais aqui tratados precisam ser apresentados não como julgamento de valores, mas como realidades com as quais se convive e que influenciam o planejamento, a organização e a formação para os quais se propõem.

3.2.7 O conhecimento pedagógico do conteúdo

O conhecimento pedagógico do conteúdo (CPC) é aquele que compreende o conhecimento acerca da matéria e da didática, no qual se alcança o entendimento sobre o que ensinar, para quem, como organizar, reformular o conhecimento e como ensiná-lo de modo compreensível ao outro (SHULMAN, 1986).

Ainda que o conhecimento da matéria e o conhecimento pedagógico geral constituam aspectos centrais do conhecimento do professor, este possui um conhecimento particular de como ensinar da melhor forma um determinado conteúdo, de modo que o estudante possa compreendê-lo (CARTER, 1990; GROSSMAN, 2005; HASHWEH, 2005; LEINHARDT, 1992).

No CPC se reconstrói, reorganiza e simplifica o conhecimento para torná-lo compreensível aos estudantes. Shulman (1986, p. 9-10), em seu artigo intitulado *Those who understand: Knowledge Growth in Teaching*, afirma que o conhecimento pedagógico do conteúdo inclui os conteúdos mais “ensinados em uma disciplina específica, os meios mais úteis de ilustrar as ideias, comparações, representações, exemplos, sínteses sobre como representar e organizar um conteúdo para torná-lo compreensível aos outros”. Além disso, também inclui aquele conhecimento que facilita ou dificulta a aprendizagem, as concepções e percepções que os

estudantes trazem consigo e que foram construídos ao longo de sua trajetória acadêmica (GROSSMAN, 2005; SHULMAN, 1986, 2005).

Na preceptoria é o conhecimento que ganha composição e coerência a partir da compreensão, transformação, reflexão e ação do preceptor em sua prática, resultando na construção de novas compreensões aplicadas ao ensino, que irão constituir o seu repertório de saberes.

O CPC é definido como o amálgama entre o conteúdo da disciplina e o conhecimento pedagógico, e constitui a compreensão e interpretação que o professor conota ao que deve ser ensinado e como deve ser ensinado (GARCIA, 1992; GROSSMAN, 2005; MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a; SHULMAN, 1986).

A elaboração desse conhecimento, por parte do preceptor, é o que o transforma em um educador por excelência, apto a realizar uma prática pautada na reflexão de suas ações, com vistas à transformação dos saberes e construção permanente de novos conhecimentos. Para isso, é necessário que preceptor reconstrua sua prática para além da ação clínica tornando-a, propositalmente, também pedagógica. Eis o amálgama entre o conhecimento pedagógico e do conteúdo, que caracteriza o saber e o fazer do preceptor, o revela como um profissional que instrumentaliza o exercício técnico com o saber pedagógico, e o desperta para uma prática com possibilidade de aprendizados.

O CPC é composto por uma gama de conhecimentos que, apesar de serem definidos separadamente por Shulman, articulam-se e favorecem a sua construção. Sob essa ótica se sobressaem o conhecimento do conteúdo, o conhecimento pedagógico geral e o conhecimento dos alunos. Além desses conhecimentos, também se deve considerar a experiência de vida e profissional do professor (GROSSMAN, 2005; GUDMUNSDOTTIR; SHULMAN, 2005).

Shulman (2005) entende que o objetivo do ensino é levar os alunos a aprender, a compreender e resolver problemas, aprender a pensar de forma crítica, criativa e reflexiva. Nesse sentido, aprender passa a não ser um fim em si, mas sim um veículo para outros fins e o ensino culmina em uma nova compreensão por parte do professor e dos alunos.

A base do conhecimento para o ensino não possui caráter fixo e/ou definitivo. Quanto mais se aprende sobre o ensino, mais se reconhecem e se elaboram inovações para a prática e se destacam os aspectos que caracterizam os bons professores (SHULMAN, 2005). Isso provoca uma tempestade interior com repercussões no ambiente de ensino e leva a repensar e redefinir atitudes e posturas, assim como o próprio conhecimento.

Nessa conjuntura, compreende-se que os conhecimentos base para o ensino, com destaque ao conhecimento pedagógico do conteúdo, discernem o bom professor daquele que somente sabe a própria disciplina, e isso pode ser provado mediante análise aprofundada dos planejamentos e sistematizações realizados pelo professor às disciplinas que ministra, leituras que seleciona, como ensina e conduz as discussões, como avalia e o quanto os estudantes compreendem o conteúdo e se sentem motivados nesse processo. Esse conhecimento requer que o professor amplie seu olhar e compreenda como a complexidade do seu conhecimento pode ser (re)significada de forma a ser mais bem apreendida pelo educando (INGUI, 2010).

Para transformar o conteúdo em matéria ensinável, Shulman (1986, 2005) afirma que existem etapas que ocorrem naturalmente no processo de construção do CPC. Tudo começa a partir da reflexão acerca de um conhecimento geral para organização e estruturação do conteúdo. Vivenciada essa etapa, os professores transformam o conteúdo que irão desenvolver, selecionando os materiais a serem utilizados, exemplos a serem aplicados, ilustrações a serem apresentadas e explicações a serem dadas. Ainda é nesse momento que adaptam o conteúdo às características dos estudantes, seu contexto e experiência. Segue-se a fase de instrução e nessa fase o professor reflete sobre suas ações, avalia a compreensão do estudante durante seu ato e passa novamente a refletir sobre o seu desempenho em particular. Por fim[,] o professor reestrutura seu conhecimento, reconstrói suas compreensões e recria a sua postura diante do processo de ensino-aprendizagem (SHULMAN, 1986, 2005).

Esse processo é denominado por Shulman (2005) como modelo de raciocínio e ação pedagógica, composto por seis etapas, definidas como: (a) compreensão; (b) transformação, definida pelas fases de preparação, representação, seleção e adaptação; (c) ensino; (d) avaliação; (e) reflexão; e (f) nova compreensão. No Quadro 1 observa-se com mais detalhes essas etapas que conduzem à elaboração do CPC pelo professor.

Quadro 1 – Modelo de raciocínio e ação pedagógica

Compreensão

Dos objetivos, estrutura da matéria, ideias dentro e fora da disciplina.

Transformação

- **Preparação:** Interpretação e análise crítica de textos, estruturação e segmentação, criando um repertório curricular e esclarecimento dos objetivos.
- **Representação:** O uso de um repertório de representações, incluindo as analogias, metáforas, exemplos, demonstrações, explicações, etc.
- **Seleção:** Escolher um repertório que inclui métodos de ensino, organização e gestão.
- **Adaptação e adequação às características dos alunos:** Considerar os conceitos, preconceitos, equívocos e dificuldades, linguagem, cultura e motivações, classe social, sexo, idade, habilidade, aptidão, interesses, autoconceitos e atenção.

Ensino

Corresponde ao manejo, apresentação, interação, trabalho em grupo, disciplina, humor, questionamentos, e outros aspectos da aprendizagem ativa, a instrução de descoberta ou de inquérito, além de formas observáveis de ensino em sala de aula.

Avaliação

Verificar a compreensão do aluno durante o ensino interativo. Avaliar a compreensão do aluno ao final da lição ou unidades. Avaliar o próprio desempenho e adaptar-se às experiências.

Reflexão

Revisar, reconstruir, representar e analisar criticamente o desempenho e fundamentar as explicações.

Novas formas de entendimento

Nova compreensão dos objetivos, da matéria, dos estudantes, do ensino e de si mesmo. Consolidação de novas formas de entender e aprender com a experiência.

Embora esse modelo seja ilustrado por etapas, não representa uma sequência de passos rígidos, ou seja, pode ocorrer numa ordem diferente, de modo que o professor seja capaz de participar, caminhar e progredir livremente no exercício pedagógico (SHUMAN, 2005).

Com relação a esse modelo, Marcon, Graça e Nascimento (2011, p. 268) apontam que o “caráter dinâmico, instável e imprevisível das práticas pedagógicas [...] impõe ao professor o desafio de gerenciar essas questões simultaneamente, para alcançar seus objetivos e a aprendizagem dos alunos”. Nesse sentido, apreende-se que o movimento é flexível e tem nas reflexões o marco essencial à construção do CPC ao longo da trajetória de ensino. Assim, por meio do modelo de raciocínio e ação pedagógica o professor/preceptor aplica os seus saberes e ao mesmo tempo os reconstrói, em especial o CPC, constituindo por fim sua prática pedagógica no processo educacional.

Vale ressaltar que o processo de elaboração do CPC não se constitui um evento de acumulação do conhecimento. Ele é o resultado do exercício de reflexões, críticas, criações e reconstruções persistentes da identidade profissional e pessoal do docente em sua trajetória (NÓVOA, 1995).

Com base nessa discussão, acredito que o preceptor como profissional da prática precisa ser preparado para a preceptoria e, nesse contexto, os Conhecimentos Base, assim como o modelo de raciocínio e ação pedagógica podem subsidiar e instrumentalizar esse processo. Pois é na preceptoria que o preceptor realiza o ensino, põe o CPC em ação e constrói o seu repertório de conhecimentos, e isso lhe permite conduzir o processo ensino-aprendizagem no contexto dos programas de residência em saúde.

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Delinear quer dizer ‘esboçar, traçar, começar’ (HOUAISS; VILAR, 2009), oportuno ao movimento de planejamento, necessário ao início de uma pesquisa. Delinear o caminho a ser percorrido não é um trabalho fácil, pois requer concentração, esforço intelectual, e tomada de decisão do pesquisador, coerente à natureza do fenômeno, questionamentos, objetivos do estudo e o seu referencial teórico.

A decisão metodológica é um grande desafio imposto ao pesquisador em todo o processo de investigação. Tal decisão precisa ser orientada pelo problema de pesquisa e as atividades planejadas devem vir a solucionar os questionamentos realizados acerca do fenômeno. Dessa forma, o desenho metodológico orienta o pesquisador, levando-o a realizar ações que lhe façam alcançar o objetivo proposto no estudo (PRADO et al., 2008).

Neste capítulo apresento a trajetória metodológica desta investigação. Uma construção que norteou os passos trilhados, com respeito ao rigor dos procedimentos metodológicos e à flexibilidade pertinente à reflexão e criação do pesquisador.

Este estudo integra o macroprojeto *O conhecimento profissional do docente da área da saúde: processos de construção e transferência para a prática docente*, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com o grupo Formación Docente y Innovación Pedagógica (FODIP) da Universidade de Barcelona.

4.1 As primeiras linhas

(Re)conhecer a preceptoria como prática educativa requer conhecer o significado de ser preceptor e compreender os conhecimentos que o preceptor utiliza e que orientam o seu processo de ensino-aprendizagem na formação em saúde. Assim, esta pesquisa insere-se no campo da educação em saúde, utilizando o referencial de Lee Shulman, sobre os conhecimentos base para o ensino, com ênfase no conhecimento pedagógico do conteúdo que o preceptor desenvolve para sua prática educativa. Trata-se da busca de elementos que compõem a prática educativa no trabalho, articulados às dimensões particulares e coletivas que permeiam o exercício da preceptoria, vivenciada diuturnamente nos programas de residência em saúde. Um fenômeno complexo e que exige sensibilidade e dedicação do pesquisador na sua elucidação.

Quando o pesquisador trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que remete a um campo mais intenso das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restritos e reduzidos à operacionalização matemática, ele avança para o campo das subjetividades e esse estudo denomina-se Qualitativo (MINAYO, 2010). Esse modelo prima pela compreensão holística, envolvimento do pesquisador no campo, técnicas específicas para coleta de dados, bem como uma análise contínua do material empírico obtido, além da flexibilidade e habilidade para se ajustar às descobertas durante o curso da pesquisa, o que configura a construção processual da pesquisa qualitativa (POLIT; BECK, 2011).

Nessa perspectiva, optei por realizar um estudo exploratório e descritivo, numa abordagem qualitativa, com a intenção de olhar o fenômeno como um todo, inserido em um contexto, no qual se estabelecem diversas relações, além da intenção de interpretar, compreender e significar a sua dinâmica (PRADO et al., 2008).

A pesquisa qualitativa é realizada pelo pesquisador, no seu tempo, no seu ritmo, e é constituída por uma linguagem ricamente fundamentada em conceitos, pressupostos, técnicas, instrumentos e métodos, que integrados determinam o seu ciclo, um processo de trabalho que se inicia com um problema e ao seu término faz surgir novos questionamentos (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2010) esse ciclo é composto por três etapas definidas como: exploratória (momento no qual o pesquisador desenvolve o arcabouço que o orientará na realização da pesquisa e está relacionada à elaboração do projeto de investigação e fundamentação teórico-metodológica para inserção do pesquisador no campo); trabalho de campo (fase que consiste no momento de inserção do pesquisador no campo e o uso de técnicas e instrumentos para coleta de dados, na intenção de buscar subsídios que elucidem o problema em estudo); e, por fim, a fase de análise ou tratamento do material (fase de teorização sobre o material empírico, com a elaboração de resultados e sua articulação com o arcabouço teórico, que fazem emergir a contribuição do estudo).

Considerando que a etapa exploratória foi construída ao longo da elaboração do projeto e que orientou o caminho para o desenvolvimento desta investigação, serão apresentadas a seguir as estratégias metodológicas que foram utilizadas para realizar o trabalho de campo e o processo de análise dos dados aplicado ao tratamento do material obtido.

4.2 O trabalho de campo: estratégias em ação

4.2.1 Local do estudo e seleção dos participantes

O estudo foi desenvolvido com preceptores de programas de residência em saúde de três hospitais universitários públicos federais do Estado do Rio Grande do Norte, na Região Nordeste do Brasil.

O Rio Grande do Norte (RN) é uma das 27 unidades federativas do Brasil, dividido em 167 municípios, sendo um deles a cidade de Natal, sua capital, e que tem uma área correspondente a 52.811,047 km², que equivale a aproximadamente 0,63% em terra do Brasil e 3,43% da área do Nordeste. Sua população em 2010 era de 3.168.027 habitantes e estima-se que em 2014 sua população seja de aproximadamente 3.408.510 habitantes, sendo o décimo sexto estado mais populoso do Brasil (IBGE, 2014).

Atualmente o RN tem três hospitais universitários, vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e recentemente, a partir de 2014, gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL); Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC); e Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Dois se encontram na cidade de Natal, enquanto que o HUAB localiza-se no Município de Santa Cruz, situado na região agreste do RN, a 111 km da capital do estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ, 2013).

Nesses hospitais funcionam programas de residência médica e programas de residências integradas multiprofissionais.

4.2.1.1 *Os programas de residência médica*

O programa de residência médica foi o primeiro a ser implantado nos hospitais universitários do Rio Grande do Norte, iniciando nos anos de 1980 no HUOL e posteriormente na MEJC, seguido do HUAB.

Atualmente são oferecidos cursos de residência, modalidade de especialização, em 25 áreas de atuação (HUOL, 2013a), sete programas de residência na MEJC e dois programas no HUAB (Quadro 2).

Quadro 2 – Instituições executoras e programas de residência médica nos Hospitais Universitários do Rio Grande do Norte, 2013

HU	ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
HUOL	Anestesiologia
	Cardiologia
	Cirurgia Geral
	Cirurgia do Aparelho Digestivo
	Cirurgia Videolaparoscópica
	Clínica Médica
	Dermatologia
	Endocrinologia e Metebologia
	Endocrinologia Pediátrica
	Endoscopia Digestiva
	Gastroenterologia
	Hepatologia
	Infectologia
	Medicina Familiar e Comunidade
	Medicina Intensiva
	Nefrologia
	Neurocirurgia
	Neurologia
	Oftalmologia
	Otorrinolaringologia
Patologia	
Psiquiatria	
Radiologia	
Reumatologia	
Urologia	
MEJC	Endocrinologia Pediátrica
	Endoscopia Ginecológica
	Gastroenterologia Pediátrica
	Ginecologia e Obstetrícia
	Neonatologia
	Neurologia Pediátrica
	Pediatria
HUAB	Medicina Familiar e Comunidade
	Pediatria

Fonte: Edital de Seleção para o Programa de Residência Médica, 2015.

4.2.1.2 Os programas de residência multiprofissional

Os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde são financiados pelo Ministério da Educação – MEC/Brasil e iniciaram no ano de 2010, a partir da implementação de políticas de expansão dos programas de residência em saúde no Brasil, em especial nos hospitais universitários, de caráter público e acesso universal. A expansão dos programas de residência em saúde integra as estratégias de uma política indutora de transformações no processo de formação de profissionais de saúde, para um alinhamento com os princípios e diretrizes da política nacional de saúde, o Sistema único de Saúde – SUS.

Atualmente institucionalizados na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, os cursos de residência, em nível de pós-graduação *lato sensu* (especialização), funcionam vinculados à Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PPG) da UFRN, a qual certifica os residentes ao final do curso. Isso se deve ao fato de que o MEC, diante da grande demanda nacional de programas, ainda não realizou a visita *in loco* para certificação, sendo autorizados a funcionar, porém ainda não reconhecidos. São quatro programas distribuídos nos três hospitais universitários, sendo dois programas no HUOL, um programa na MEJC e outro programa no HUAB (Quadro 3).

Quadro 3 – Instituições executoras, áreas de concentração e profissões dos programas de residência integrada multiprofissional do Rio Grande do Norte, 2013

HU	ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	PROFISSÕES
HUOL	Terapia Intensiva adulto	Enfermagem Nutrição Fisioterapia Farmácia Psicologia Serviço Social
	Atenção à saúde da criança	Enfermagem Nutrição Farmácia Psicologia Odontologia Serviço Social
MEJC	Terapia Intensiva Neonatal	Enfermagem Nutrição Farmácia
HUAB	Assistência Materno-Infantil	Enfermagem Nutrição Fisioterapia Farmácia Serviço Social Psicologia Odontologia

Fonte: Elaborado pela autora, UFSC, 2015.

4.2.2 Seleção dos participantes

Considerando a localização e o porte das instituições, a inserção no campo da pesquisa pelo pesquisador se deu inicialmente no HUOL, seguido da MEJC e posteriormente no HUAB. Os participantes do estudo foram os preceptores dos programas de residência médica e dos programas de residência multiprofissional dos referidos hospitais universitários.

Foram incluídos no estudo os preceptores que acompanhavam as atividades dos residentes no primeiro e/ou no segundo ano de formação, com mais de um ano de experiência na preceptoría; e excluídos aqueles preceptores que exerciam a função de docente efetivo em instituições de

ensino superior ou de nível técnico e aqueles que exerciam o papel de coordenador do programa de residência. Aqueles que em algum momento de sua carreira profissional já tinha tido experiências em sala de aula como professores substitutos não foram excluídos, pois acredito que o caráter temporário e limitado por no máximo dois anos dessa condição não configura preparo, ou seja, formação docente, a esse profissional.

Os participantes foram selecionados de modo intencional com o auxílio dos coordenadores e tutores dos programas de residência, que indicaram o nome dos preceptores que poderiam contribuir, levando-se em consideração sua inserção e sua participação no programa. Assim, participaram 34 preceptores de um total aproximado de 300, distribuídos nos programa de residência médica e multiprofissional dos três hospitais universitários do RN, de diferentes profissões da área da saúde e com tempo de preceptoria superior a 1 ano. Porém foram excluídos três participantes, pelo fato de um dos preceptores ter esclarecido que coordenava um curso de graduação em uma universidade privada, e, portanto, tinha o vínculo docente, enquanto que os demais foram excluídos pois haviam exercido ou exerciam o papel de coordenadores de programa de residência.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes do estudo quanto ao programa de residência no qual estavam inseridos, profissão e tempo de preceptoria, Rio Grande do Norte, 2015

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA	CODINOME	PROFISSÃO	TEMPO DE VÍNCULO COM O HOSPITAL	TEMPO DE PRECEPTORIA EM ANO
Residência Multiprofissional Terapia Intensiva	Canopus	Assistente Social	8	4
	Alfa Centauri	Assistente Social	9	4
	Arcturus	Enfermeiro	8	4
	Wega	Enfermeiro	13	4
	Sírius	Enfermeiro	13	4
	Capela	Farmacêutico	9	3
	Rigel	Farmacêutico	18	4

	Prócion	Fisioterapeuta	10	4
	Lacaille	Fisioterapeuta	12	5
	Hadar	Nutricionista	8	4
	Aldebaran	Nutricionista	18	4
	Mira	Nutricionista	25	4
Residência Multiprofissional Terapia Intensiva Neonatal	Spica	Enfermeiro	5	4
	Electra	Enfermeiro	11	4
	Regulus	Farmacêutico	2	2
	Pleione	Farmacêutico	10	4
	Merope	Nutricionista	2	2
	Mirach	Nutricionista	19	4
Residência Multiprofissional Saúde da Criança	Epsilon	Enfermeiro	2	2
	Atlas	Enfermeiro	10	4
	Bellatrix	Farmacêutico	10	4
Residência Multiprofissional Atenção Materno-Infantil	Antares	Enfermeiro	10	4
Residência em Clínica Médica	Pollux	Médico	4	4
	Unuk	Médico	10	5
Residência em Cardiologia	Propus	Médico	28	8
Residência em Nefrologia	Yed	Médico	10	10
Residência em Ginecologia e Obstetrícia	Maia	Médico	2	2
	Polar	Médico	3	4
	Mirzam	Médico	19	19
	Etanin	Médico	19	19
Residência em Pediatria	Dubhe	Médico	10	10

Fonte: Elaborado pelas autoras, UFSC, 2015.

Para a delimitação do número de participantes foi considerada a saturação dos dados, a qual foi alcançada durante a coleta de dados no segundo hospital universitário, sendo, portanto, entrevistados mais três profissionais no terceiro HU, dos quais uma das três entrevistas fez parte

do conjunto das excluídas, pois a profissional era a única preceptora da profissão nessa instituição e também exercia o papel de coordenação.

Na pesquisa qualitativa, a amostragem por saturação é uma estratégia frequentemente utilizada. Nesse sentido, essa estratégia estabelece o momento para interromper a captação de novos componentes ao estudo, uma vez que não são apresentados dados novos ao material empírico (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.2.3 A coleta dos dados

Este é um momento fundamental na pesquisa e é caracterizado pela ação e busca das informações necessárias para elucidar o fenômeno em investigação. Esta fase precisa estar coerentemente articulada ao referencial teórico, bem como aos aspectos conceituais e metodológicos que fundamentam o estudo. Além disso, é necessário estar organizada e sistematizada, de tal forma, que permita a captura completa das informações (MINAYO, 2010).

Neste estudo, a coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, tendo a duração de oito meses. Para o seu procedimento utilizei a técnica de entrevista semiestruturada, que remete ao sentido mais amplo da comunicação verbal e caracteriza-se por uma conversa a dois com o propósito de construir informações pertinentes ao fenômeno da pesquisa, por meio da interação entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador (MINAYO, 2010).

Elaborei um roteiro com algumas perguntas que serviram de guia no direcionamento da entrevista à temática do estudo (APÊNDICE A) (FLICK, 2009; POLIT; BECK, 2011). O uso dessa técnica permitiu que o participante do estudo tivesse a liberdade de falar, sem respostas ou condições por mim determinadas. O roteiro foi composto por questões norteadoras à entrevista e proporcionou apreensão dos pontos de vista dos sujeitos da investigação, facilitando e proporcionando um aprofundamento na comunicação (MINAYO, 2010).

Realizei a entrevista com cada um dos participantes e, para melhor captação dos depoimentos, com suas aquiescências, as entrevistas foram gravadas (APÊNDICE B) por meio de um gravador de áudio, no qual obtive gravações com duração entre 30 e 40 minutos, para cada entrevista.

Após a realização de cada entrevista, a mesma foi transferida imediatamente para o computador, por meio do Windows Media Player®, como tecnologia de áudio que permite pausar, voltar e adiantar a gravação de voz, e transcrita para um documento de texto no Microsoft Word®. As transcrições foram realizadas por uma acadêmica de enfermagem

previamente orientada para o exercício dessa atividade e sequencialmente validadas por mim, como pesquisadora, garantindo, assim, a fidedignidade na transcrição das falas dos sujeitos. Esse procedimento proporcionou uma primeira análise do material obtido, orientando a busca de sujeitos potenciais para o estudo, assim como as devidas adaptações a serem realizadas no roteiro de entrevista a ser aplicado posteriormente ao próximo participante.

Vale salientar que as entrevistas foram marcadas previamente com os participantes do estudo, adequando-se à disponibilidade de cada entrevistado, e realizadas em ambiente reservado no próprio hospital universitário, para manter a privacidade do participante e o sigilo das informações obtidas.

Os arquivos de gravação de voz e as transcrições foram enumeradas por ordem de acontecimento e salvos em pastas distintas, sem a identificação real do entrevistado.

4.3 Tratamento, análise e interpretação dos dados

A fase de análise dos dados não é uma etapa dissociada das demais, ela tem como propósito compreender o material empírico obtido durante a coleta dos dados, confirmar ou não os pressupostos da investigação e, enfim, compreender os contextos para além do que simplesmente aparenta o fenômeno (SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010).

Para esse procedimento, utilizei o referencial de Strauss e Corbin (2008), que propõe a organização conceitual dos dados em categorias, por meio de um processo de codificação, o que direciona o pesquisador na descrição e compreensão acerca do fenômeno em estudo.

Trata-se do movimento constante de retorno aos dados com liberdade e sem o rigor da linearidade, o que exige do pesquisador sensibilidade, flexibilidade e criatividade para identificar e compreender os significados, bem como concatenar os conceitos que vão emergindo. Os dados passam a ser investigados constantemente acerca de sua relevância no desvelar o fenômeno em estudo e o pesquisador questiona-se: Esse dado refere-se a este estudo? O que ele aponta? O que está acontecendo? (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Sobre esse processo, Strauss e Corbin (2008, p. 56) expressam-se como: “ter discernimento e ser capaz de dar sentido aos fatos e acontecimentos dos dados. Isso significa conseguir ver além do óbvio para descobrir o novo”. Para Strauss e Corbin (2008) o procedimento de análise é composto por três etapas distintas, porém complementares denominadas de: a) codificação aberta; b) codificação axial; e c)

codificação seletiva.

Para este estudo, realizei as etapas de codificação aberta e codificação axial, para enfim chegar às categorias de análise. A etapa de codificação seletiva não foi cumprida, pois esse procedimento tem como finalidade a construção da teoria, o que não corresponde aos objetivos deste estudo.

4.3.1 A codificação aberta

Diante das transcrições das entrevistas em arquivo do Word e nomeadas por ordem de acontecimento, as mesmas foram salvas em uma pasta no computador para o procedimento de tratamento e análise dos dados. Para esse procedimento utilizei o *software* Atlas ti[®] 7.

Nesse *software*, criei uma unidade hermenêutica, na qual foram inseridas todas as entrevistas realizadas, e iniciando a leitura em profundidade de cada arquivo. Para essa leitura retomei as questões de pesquisa e observei em cada linha os aspectos que correspondiam ao fenômeno em estudo. Dei início ao processo de codificação, revelado por Strauss e Corbin (2008) como codificação aberta. Nesse procedimento emergiram 162 códigos e, após releitura, reorganizei os códigos semelhantes, sem alterar ou perder qualquer excerto de fala correspondente a ele, encontrando ao final desse procedimento um total de 121 códigos.

Quadro 5 – Processo de extração dos códigos a partir do texto das entrevistas

FALAS	CÓDIGOS
<p>a gente não tem a didática, a parte de formação, para poder ter uma forma de passar esse conhecimentos pra eles (<i>Yed</i>)</p> <p>Eu acho que muita coisa. Desde um pouco de instrução pedagógica, que normalmente a gente não tem (<i>Wega</i>)</p> <p>eu acho que a gente não tem muita didática para receber o residente [...] a questão didática, porque muitas vezes a gente não consegue passar aquilo porque não tem a didática que o residente está esperando que a gente tenha (<i>Arcturus</i>)</p>	<p>O preceptor não tem didática</p>

<p>a gente não tem nenhum tipo de treinamento pedagógico, a gente não tem técnica pedagógica nenhuma, a gente faz mais por instinto do que outra coisa, cada um tem a sua forma de ensinar (<i>Polar</i>) não tem preparo, assim, a gente vai no estudo, no jogo de cintura (<i>Antares</i>)</p>	<p>O preceptor faz a preceptoria por instinto</p>
<p>tem que dominar o assunto, a especialidade, mas é preciso que você tenha algum conhecimento de técnicas, como metodologia do ensino (<i>Propus</i>) Eu acho que a gente precisa ter mais um pouco de treinamento em serviço, a parte também da própria metodologia científica, da parte didática, porque a gente não é treinado para isso (<i>Electra</i>)</p>	<p>Sente a necessidade de ferramentas e formação para o ensino</p>
<p>Eu acho que a gente deveria ter um treinamento (<i>Canopus</i>) eu acho que falta um pouco do preparo em si (<i>Pleione</i>) deveriam ter uma formação direcionada para isso (<i>Maia</i>)</p>	<p>É necessário formação para a preceptoria</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, UFSC, 2015.

4.3.2 A codificação axial

Após esse exercício, os códigos que se assemelhavam ou se relacionavam foram agrupados e deram origem a 12 famílias, constituindo o procedimento de codificação axial (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesse procedimento a intenção foi reunir os dados e estabelecer conexões entre os códigos (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996). A criação de famílias, por sua vez, corresponde a um recurso do *software* Atlas ti, no qual o pesquisador agrupa códigos, deixando-os em um mesmo grupo, pois reúnem aspectos semelhantes acerca de um tema, questão ou conceito relacionados ao objeto de estudo (CONTRERAS, 2014). Finalizado esse processo, foi possível visualizar de um modo geral o que os dados apresentavam acerca do fenômeno em estudo, e o desafio

de retornar aos questionamentos acerca do fenômeno e desvelar o que os dados falavam sobre ele foi lançado. Isso permitiu o refinamento do material empírico em três macrofamílias: (1) O significado da preceptoria e de ser preceptor; (2) A prática da preceptoria; (3) Os Conhecimentos para o ensino.

No Quadro 6, apresento um exemplo de como se deu o processo de construção das famílias e macrofamílias, a partir do resultado da codificação aberta durante o tratamento dos dados.

Quadro 6 – Construção da macrofamília “Os Conhecimentos para o ensino” e seus respectivos códigos

Codificação Aberta	Codificação Axial	
Códigos	Famílias	Macrofamílias
O preceptor não tem didática	Conhecimento Pedagógico Geral	Os conhecimentos para o ensino
O preceptor faz a preceptoria por instinto		
Sente a necessidade de ferramentas e formação para o ensino		
É necessária formação para a preceptoria		
Não se reconhece preceptor porque não tem a formação		
A qualificação é uma exigência		
Há algumas iniciativas pontuais de qualificação		
A qualificação profissional (<i>lato e/ou stricto sensu</i>) colabora para uma melhor compreensão acerca da preceptoria; traz fundamentação pedagógica para o ensino		
Teoria e prática	Conhecimento do Conteúdo	
Teoria		
Experiência prática	Conhecimento do currículo	
Há um modelo que orienta		
Segurança do preceptor pois sabe o que cobrar e como funciona		

Fonte: Elaborado pela autora, UFSC, 2015.

Por fim, de posse de todo o material empírico devidamente organizado, procedi ao agrupamento de macrofamílias que convergiam para uma mesma temática e emergiram duas categorias centrais de análise, a saber: A preceptoria; Os conhecimentos para o ensino na preceptoria, como ilustrado no Quadro 7.

Quadro 7 – Exemplo do processo de codificação aberta e axial com elaboração das categorias de análise, UFSC, 2015

Códigos	Famílias	Macrofamílias	Categoria
Planejamento das ações	Conhecimento Pedagógico do Conteúdo	Os conhecimentos para o ensino	Os Conhecimentos para o ensino na preceptoria
É necessário ter o DOM para o ensino			
O preceptor não tem didática	Conhecimento Pedagógico Geral		
O preceptor faz a preceptoria por instinto			
Sente a necessidade de ferramentas e formação para o ensino			
É necessária formação para a preceptoria			
Não se reconhece preceptor porque não tem a formação			
A qualificação é uma exigência			
Há algumas iniciativas pontuais de qualificação			
Teoria e prática			
Teoria			

Experiência prática			
Há um modelo que orienta	Conhecimento do currículo		
Segurança do preceptor pois sabe o que cobrar e como funciona			
Conhecer os residente e suas características	Conhecimento do Residente		
Conhecer os objetivos e finalidades do ensino	Conhecimento do Contexto Educacional		
Conhecer a instituição			
Senso ético entre outros aspectos como sensibilidade, inter-relações, conhecer o perfil dos pacientes são importantes para a ensino do preceptor	Outros domínios		
Dificuldade na área da pesquisa			
Atividade de pesquisa escassa			
Falta de preparo do preceptor para a pesquisa			

Fonte: Elaborado pelas autoras, UFSC 2015.

4.4 Aspectos éticos

O desenvolvimento da pesquisa científica envolve valores e, entre eles, a ética, um ato de intenção e compromisso, preparação e conscientização do profissional no processo de construção do conhecimento (SOUZA et al., 2008). Assim, os aspectos éticos relacionados ao estudo devem ser respeitados pelo pesquisador.

Nesse contexto, este estudo respeita as normas de desenvolvimento

de pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que prevê a submissão do projeto, e todos os documentos a ele relacionados, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do cadastro do projeto na Plataforma Brasil, no endereço eletrônico <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>, além de outros procedimentos que foram cumpridos antes, durante e após a coleta dos dados. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 426.570, no dia 14 de outubro de 2013.

Nesse sentido, reafirmo o compromisso com a ética na pesquisa e garanto que os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa e estão armazenados em banco de dados que compõe o acervo do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Além disso, para manter o anonimato dos participante da pesquisa os mesmos foram denominados com os nomes de estrelas.

5 RESULTADOS

Neste capítulo apresento os resultados obtidos por meio da análise do material empírico, seguindo o passo a passo, conforme descrito no capítulo anterior do “delineamento metodológico”. Assim, atendendo à Instrução Normativa 06/2009 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), organizei os resultados desta pesquisa em quatro manuscritos, que ressaltam as categorias e subcategorias que emergiram durante o processo de codificação dos dados (Quadro 8) e conduziram às respostas dos questionamentos desta investigação.

Neste momento, busquei aproximar o referencial teórico de Lee Shulman, que trata dos Conhecimentos Base para o Ensino, aos dados obtidos. Esse processo fez compreender o significado de ser preceptor, como é a prática da preceptoria e quais são os conhecimentos que os preceptores utilizam para ensinar.

No primeiro manuscrito busquei compreender o significado da preceptoria e de ser preceptor nos programas de residência. No segundo manuscrito, direcionei à prática da preceptoria como ação (o que faz) e finalidade pedagógica (para que), usando o gerúndio para reforçar a ideia de processo. No terceiro manuscrito, busquei compreender como o conhecimento do aluno e suas características e o conhecimento do conteúdo são utilizados pelos preceptores no processo de ensino-aprendizagem dos residentes. E no quarto manuscrito propus compreender como os saberes pedagógicos, que integram o Conhecimento Base para o Ensino, são percebidos pelos preceptores na preceptoria.

No Quadro 8 podemos observar como foram organizados os manuscritos, com seus respectivos objetivos, categorias centrais e subcategorias, respondendo ao objetivo geral proposto para este estudo.

Quadro 8 – Resumo dos manuscritos da tese, com objetivos, categorias e subcategorias, Florianópolis/SC, 2015

OBJETIVO GERAL			
Compreender a preceptoría em saúde e os conhecimentos base para o ensino dos preceptores dos programas de residência de hospitais universitários.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
Compreender o significado da preceptoría e de ser preceptor para os profissionais/preceptores de hospitais de ensino.	Conhecer como se dá a prática da preceptoría, a partir da percepção de preceptores de hospitais de ensino.	Compreender quais conhecimentos base para o ensino o preceptor utiliza no processo de ensino-aprendizagem do residente.	
MANUSCRITO 1	MANUSCRITO 2	MANUSCRITO 3	MANUSCRITO 4
		Objetivo: Compreender como o conhecimento do aluno e suas características e o conhecimento do conteúdo são utilizados pelos preceptores no processo de ensino-aprendizagem dos residentes.	Objetivo: Compreender como os saberes pedagógicos, que integram o Conhecimento Base para o Ensino, são percebidos pelos preceptores na preceptoría.
QUEM É O PRECEPTOR	A PRÁTICA DA PRECEPTORIA	O CONHECIMENTO DE CONTEÚDO	O CONHECIMENTO PEDAGÓGICO GERAL.
O preceptor é o profissional da prática e que se preocupa com a formação.	Exigindo preparo pedagógico e institucional – a preceptoría não é tarefa fácil		
Ser preceptor é ser um professor, é ensinar.	Usando a intuição – é realizada de modo singular e particular		
O preceptor é um mediador entre a teoria e a prática.			
O preceptor compartilha conhecimentos com	Orientando e acompanhando – estando junto	O CONHECIMENTO SOBRE OS	O CONHECIMENTO DO

o residente, sendo um guia, um modelo.		RESIDENTES E SUAS CARACTERÍSTICAS	CURRÍCULO, DO CONTEXTO EDUCACIONAL, DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES EDUCACIONAIS E OUTROS SABERES
O QUE É A PRECEPTORIA			
A preceptoria é uma função inerente nos hospitais universitários.	Problematizando a prática – estimulando o pensamento reflexivo		
A preceptoria é uma atividade de ensino.			CONHECIMENTO PEDAGÓGICO DO CONTEÚDO
A preceptoria é uma oportunidade para transformações nos cenários de prática.	Compartilhando responsabilidades – construindo a autonomia do residente		

Fonte: Elaborado pelas autoras, UFSC, Florianópolis/SC, 2015.

5.1 Manuscrito 1: o significado de ser preceptor nos programas de residência em saúde: com a palavra os protagonistas

O SIGNIFICADO DE SER PRECEPTOR NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE: COM A PALAVRA OS PROTAGONISTAS

THE MEANING OF PRECEPTOR IN HEALTH RESIDENCY PROGRAMS: THE WORD THE PROTAGONISTS

EL SIGNIFICADO DE SER PRECEPTOR EM LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA EN SALUD: CON LA PALABRA LOS PROTAGONISTAS

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva cujo objetivo foi compreender o significado da preceptoria e de ser preceptor para os profissionais/preceptores de hospitais de ensino. Participaram 31 preceptores de programas de residência médica e multiprofissional de três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, utilizando a técnica de entrevista semiestruturada. Da análise dos dados,

por meio da técnica de codificação proposta pela Teoria Fundamentada nos Dados, emergiram as categorias: (1) quem é o preceptor; e (2) o que é a preceptoria, com suas respectivas subcategorias. Para os participantes, ser preceptor significa ser um profissional com competências para desenvolver o ensino e garantir a prática do estudante no âmbito da assistência, guiando-o no desenvolvimento do raciocínio clínico e habilidades pertinentes a uma prática de qualidade, segura e coerente com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Preceptoria. Educação em saúde. Internato e residência. Preceptor. Residência multiprofissional.

ABSTRACT

This qualitative, exploratory and descriptive research aimed at understanding the meaning of preceptorship and being mentor for professionals at teaching hospitals. a total of 31 mentors from medical and multidisciplinary residency programs of three university hospitals in a city in the brazilian northeast were involved in this study. data collection was conducted from december 2013 to july 2014, by using a semi-structured interview technique. data was analysed through a coding technique proposed by grounded theory, and the following categories emerged: (1) who is the mentor and (2) what is preceptorship, and their respective subcategories. the findings showed that to the participants being mentor means to be a professional with skills develop to teaching and to support the practice of students on guiding their development of clinical skills relevant to a qualified, safely and consistent practice the health system principles.

Keywords: Preceptorship. Health education. Internship and residency. Preceptor. Multiprofessional residency.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva cuyo objetivo fue comprender el significado de la preceptoría y de ser preceptor para los profesionales/preceptores de hospitales de enseñanza. Participaron 31 preceptores de programas de residencia médica y multi profesional de tres hospitales universitarios de una ciudad del noreste de Brasil. La colecta de datos fue realizada en el periodo de diciembre de 2013 a julio de 2014, utilizando la técnica de entrevista semi estructurada.

Del análisis de datos, por medio de la técnica de codificación propuesta por la Teoría Fundamentada en los Datos, emergieron las categorías: (1) quien es el preceptor; y (2) que es la preceptoría, con sus respectivas subcategorías. Para los participantes, ser preceptor significa ser un profesional con competencias para desarrollar la enseñanza y garantizar la práctica del estudiante en el ámbito de la asistencia, guiándolo en el desarrollo del raciocinio clínico y habilidades pertinentes a una práctica de calidad, segura y coherente con los principios del SUS.

Palabras claves: Preceptoría. Educación en salud. Internado y residencia. Preceptor. Residencia multiprofesional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os cursos de residência na saúde tiveram início em 1944, com a residência médica em ortopedia na Universidade de São Paulo, seguindo o modelo de formação da residência médica da Universidade Johns Hopkins, criada em 1889. A proposta correspondia ao treinamento dos médicos mais jovens por aqueles com maior experiência (SKARE, 2012). Denominado de preceptor, esse profissional assume um papel estratégico na formação profissional no âmbito da prática clínica.

Mas o que é ser preceptor? Quem é esse profissional? Qual é o seu papel? O que é a preceptoría? Esses são alguns questionamentos que ainda permeiam a discussão acerca da educação na saúde e que suscitam a necessidade iminente de identificar o profissional que ensina e cuida no seu dia a dia.

Ao tratar do tema educação no trabalho, a figura do preceptor vem se destacando há alguns anos e caracterizando-se como um dos protagonistas no âmbito da formação profissional em saúde (RODRIGUES, 2012), pois, inserido na academia e/ou nas instituições assistenciais, esse profissional está diretamente vinculado ao ensino da prática.

No tocante ao conceito da palavra “preceptor”, tem-se que sua origem é do latim *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Apesar de consagrado na área militar, no século XVI o termo “preceptor” passou a ser usado para denominar aqueles que atuavam como educador, mentor, instrutor (ARMITAGE; BURNARD, 1991; BAIN, 1996; BOTTI; REGO, 2008; MILLS; FRANCIS; BONNER, 2005). O dicionário, por sua vez, traz como significado de preceptor: “1. que(m) dá preceitos, instruções; educador, instrutor; 2.

educador particular de criança ou jovem” (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 597).

O preceptor é o profissional que se encontra na assistência e é responsável pelo ensino prático, pois dá suporte e compartilha experiências clínicas, ajudando o graduando e/ou o profissional iniciante a adquirir e aperfeiçoar suas habilidades e competências para o exercício da profissão (BOTTEI; REGO, 2008; RIBEIRO; PRADO, 2014).

Esse preceptor precisa proporcionar as mais diversas situações práticas necessárias para que intervenções e condutas sejam exercitadas, refletidas, transformadas e apreendidas de modo satisfatório durante o processo de formação, o que torna a preceptoria uma prática educativa.

No âmbito internacional, o aperfeiçoamento constante, a grande experiência no campo de assistência e a orientação ao estudante com o propósito de que ele aplique a teoria na prática(,) são as competências estabelecidas pela Canadian Association of Schools of Nursing (2010) para o exercício da preceptoria. Porém muitos ainda são os questionamentos acerca do significado de ser preceptor e da preceptoria, principalmente quando termos como “mentor”, “supervisor” e “tutor” também são utilizados, havendo quem os considere sinônimos, enquanto que outros ocupam-se em esclarecer as diferenças.

Nos programas de residências em saúde no Brasil, destacam-se os termos ‘Preceptores’ e ‘Tutores’. O primeiro é considerado aquele diretamente inserido na assistência e conseqüentemente encarregado do ensino da prática, enquanto que o segundo ocupa-se em garantir o cumprimento do projeto pedagógico do curso, apoiando didaticamente o preceptor e o estudante no desenvolvimento das atividades teóricas (BRASIL, 2012).

Considerando o contexto aqui apresentado, o objetivo desta investigação consiste em compreender o significado da preceptoria e de ser preceptor para os profissionais/preceptores de hospitais de ensino. Acredito que os resultados poderão contribuir na constituição de subsídios teóricos que possam fundamentar a identidade do preceptor e da sua prática, auxiliando-o no delineamento de suas ações como educador na formação profissional em saúde, bem como indicar aos gestores possíveis estratégias para a qualificação desses profissionais.

METODOLOGIA

Este artigo constitui uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 31 preceptores de programas de residência médica e multiprofissional de três hospitais universitários de uma cidade

do Nordeste do Brasil, selecionados intencionalmente, contando com o auxílio do coordenador de cada programa.

Na seleção dos participantes foram incluídos aqueles preceptores que tinham mais de 1 ano de experiência na preceptoria dos residentes de primeiro e/ou segundo ano e excluídos aqueles que exerciam a função de professor efetivo em instituições de ensino superior ou nível técnico, ou constituíam ou já haviam participado da coordenação de algum programa de residência.

A coleta de dados foi realizada no intervalo de dezembro de 2013 a julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, com o auxílio de um roteiro pré-estabelecido e o gravador, para melhor captação dos depoimentos dos participantes.

De acordo com os preceitos éticos exigidos pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob Protocolo n° 426.570. Os participantes assinaram o TCLE e, para garantir o anonimato, foram identificados por nomes de estrelas.

Com os dados empíricos em mãos, dei início ao procedimento de codificação, apoiado em Strauss e Corbin (2008). Esse processo está relacionado à organização conceitual dos dados bruto em categorias, constituindo três etapas distintas e complementares denominadas de: a) codificação aberta; b) codificação axial; e c) codificação seletiva. Considerando que utilizei essa técnica apenas para codificação dos dados e determinação das categorias de análise, cumpri até a etapa de codificação axial, quando emergiram as categorias.

Para auxiliar o procedimento de codificação, utilizei o *software* Atlas ti® 7. Nesse *software* criei uma unidade hermenêutica, na qual inseri as entrevistas na íntegra e parti para a etapa de leitura em profundidade. Nessa fase, retomei as questões de pesquisa, ressaltando os aspectos diretamente relacionados ao fenômeno em estudo. Os códigos que emergiram foram agrupados por similaridade, concluindo-se a codificação axial, processo onde reuni os códigos que se conectavam, pois compartilhavam aspectos semelhantes acerca do tema (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ao final desse processo emergiram as seguintes categorias: (1) quem é o preceptor; e (2) o que é a preceptoria, apresentadas a seguir.

RESULTADOS

QUEM É O PRECEPTOR

Nesta categoria, por meio do olhar do preceptor sobre si, busco compreender quem é esse preceptor, como ele se reconhece, uma vez que nas instituições (local do estudo) não há nenhuma medida que formalize essa função. Nesse sentido, emergiram quatro subcategorias: o preceptor é o profissional da prática e que se preocupa com a formação; ser preceptor é ser um professor, é ensinar; o preceptor é um mediador entre a teoria e a prática; o preceptor compartilha conhecimentos com o residente, sendo um guia, um modelo.

O preceptor é o profissional da prática e que se ocupa com a formação

Ao tentar compreender o significado de ser preceptor, se faz importante saber, primeiramente, quem é esse preceptor. Durante as entrevistas, emergiu esse questionamento e os participantes do estudo apontaram que o **preceptor é aquele profissional que se encontra na prática diariamente**, que assume múltiplas funções, pois, além de plantonista, fica responsável pelas atividades desenvolvidas pelo residente em um determinado horário.

O médico plantonista, ele vira automaticamente o preceptor da residência. (POLLUX)

A gente está ali com aquele residente, mas você está mais como plantonista compartilhando ali todas as decisões. (MAIA)

Aqui a gente tem multifunções, porque eu fiz concurso para ser médico assistencial aos pacientes. (UNUK)

Alguns desses profissionais da assistência, que são preceptores, também são professores da instituição de ensino vinculada ao hospital universitário e essa situação foi relatada por alguns preceptores da residência médica.

Muitos médicos que são técnicos administrativos são também professores, é um número muito grande e isso é misturado. (POLLUX)

Alguns preceptores da cardiologia são também professores. (PROPUS)

O professor vinculado à universidade pode ou não colaborar com os programas de residência, uma vez que tais programas estão relacionados à prática assistencial e, portanto, diretamente atrelados ao serviço.

Tem vários professores convidados. Então, de acordo com a programação é que se inclui [...], então você sabe que a residência pertence ao hospital, não é da docência, então não necessariamente o docente tem compromisso com a residência, ele pode não ter nenhuma ligação e não querer, porque teoricamente não é obrigação dele, mas é uma coisa que atrai, pós-graduação, residência, todo mundo gosta de ensinar, então tem vários preceptores que são professores, não são técnicos, mas são preceptores, mas a maioria dos preceptores são técnicos. (PROPUS)

Na prática, é preceptor aquele que está em contato com o residente diariamente, desenvolvendo atividades da prática clínica de modo a proporcionar aprendizagem. Porém nem todos se reconhecem como preceptores. Sobre isso, *Sírius* revela que para ser preceptor é necessário haver vontade do profissional em desenvolver essa atividade e estar preocupado com a formação.

Para você ser preceptor primeiro você tem que querer. [...] Termina que o aluno tá aqui, então ele vai ficar com a gente, mas você tem que ter vontade também de participar desse processo. [...] a gente também se preocupa com a formação. Poxa! Quando esses alunos saírem estarão levando o nome de nós, preceptores, porque eles foram formados na nossa UTI. (SÍRIUS)

Ser preceptor é ser um professor, é ensinar

Outros acreditam que para ser preceptor é necessário **ter uma formação pedagógica, ser professor**, por isso não se reconhecem como

preceptores, ainda que afirmem que no seu dia a dia compartilham seu conhecimento com os residentes.

Na verdade eu não sou preceptor, eu não tenho formação, eu não me acho com formação assim, eu não fiz mestrado, não fiz doutorado, não fiz algo que me desse o título de professor e na verdade eu passo ensinamentos, aqui no final eu tenho essa função (UNUK).

Propus também concorda com *Unuk*, no sentido de que é necessário que o preceptor tenha uma formação pedagógica, pois, seja plantonista ou professor ou plantonista e professor, nos programas de residência, é preceptor aquele que está envolvido com o ensino no serviço.

Preceptor é aquela pessoa que está envolvida principalmente com o ensino de pós-graduação, e ele pode ser preceptor que seja professor ou pode ser um preceptor que não seja professor, seja só técnico, mas é interessante que essa pessoa tenha algum conhecimento, alguma formação em ensino. (PROPUS)

O preceptor se declara como aquele que está na prática e tem o compromisso com o ensino e para tal precisa buscar ampliar seus conhecimentos, para uma prática cientificamente fundamentada. Todavia, enquanto uns denominam-se professores, outros não se reconhecem dessa forma, o que parece gerar um pouco de insegurança.

Porque você na realidade vai ser um professor e vai ensinar. (PROPUS)

[...] a gente não é um professor que está sempre ali, dentro dos protocolos, assistindo aula e preparando aula, acho que a gente, assim, sente um pouco incomodada com isso, assim, com medo de não estar preparada, para acompanhar.(ANTARES)

Por outro lado, esse compromisso com o ensino foi revelado por alguns participantes do estudo como um aspecto que dá à figura do preceptor o significado de sacrifício enfrentado diariamente, associando

à sobrecarga no trabalho, uma vez que acaba desenvolvendo dois papéis: a assistência; e o ensino. Isso está exemplificado pela fala a seguir:

[...] ser preceptor para mim significa muito sacrifício, para lhe ser sincero [...] Ensinar é muito difícil [...] Devido ao volume de trabalho. (POLAR)

O preceptor é um mediador entre a teoria e a prática

Os participantes do estudo, em sua maioria, indicaram que ser preceptor significa ter responsabilidade com o ensino e a formação do residente, pois ele é **o mediador na articulação da teoria com a prática**, como observamos nas falas.

Preceptor para mim é uma pessoa fundamental na preparação do profissional [...] o preceptor eu acho que é aquela pessoa que pega aquele conhecimento teórico que foi dado lá no banquinho da faculdade e transforma aquilo em realidade. Então, assim, é o cara que compartilha mesmo como funciona, que nem tudo é tão bonito como é mostrado no livro [...] é quem bate a real mesmo sobre o que é a profissão. (WEGA)

[...] a preceptoria consegue aproximar mais a prática do dia a dia com a docência [...] é o que aproxima mais a teoria que é vista lá no departamento com a prática que a gente faz aqui, é uma forma de integrar. (ARCTURUS)

Ser preceptor, pra mim, é uma responsabilidade grande, porque [...] para ensinar você tem que ter muita responsabilidade. (CANOPUS)

Ser essa ponte, [...] a gente não é tanto como o professor que chega, vai passar aquele conhecimento teórico, a gente é mais um facilitador aqui dentro mesmo, entre o trabalho e o ensino. (EPSILON)

O preceptor compartilha conhecimentos com o residente, sendo um guia, um modelo

Os participantes do estudo também apontaram que **ser preceptor significa ser um orientador, um guia, modelo ou referencial** para o residente, um colaborador na construção do conhecimento do residente sobre e na prática.

[...] ser preceptor é ser um guia, um guia num processo, num caminho, num caminhar, porque você não é um residente, você é um residente para se tornar o enfermeiro fundamentado. Eu acho que, o preceptor, ele é um guia, uma pessoa que está ali do lado, não tá à frente, tá do lado, ajudando. (SÍRIUS)

A gente ainda é uma referência sobre os profissionais que saem daqui. (ALDEBARAN)

É participar do ensino daquela estudante, orientar, contribuir na formação dela. (MIRACH)

[...] além de você estar ajudando e orientando, você está ali como um modelo para a própria residente [...] Ela vê em você um modelo, uma forma de trabalhar e também de tirar uma dúvida. (MEROPE)

É um colaborador na construção do conhecimento do residente. [...], um colaborador, mas da parte prática (ANTARES).

Outro aspecto que foi relevante nos depoimentos dos entrevistados corresponde ao compromisso assumido pelo preceptor em **compartilhar conhecimentos com o residente**, ensinar e aprender, como podemos observar nas falas seguintes. Inclusive reforçam o compromisso desse profissional, que está inserido em um hospital universitário, com o ensino clínico na prática.

[...] nós estamos aqui para dividir os conhecimentos, e é uma satisfação muito grande, pois [...], a gente não só ensina, a gente aprende também. (PLEIONE)

É uma troca de sabedoria. É a sua experiência, é a sua compreensão teórica jogado na prática. (PRÓCION)

É uma maneira de ir aprendendo também. (ATLAS)

Ser preceptor é isso, é você buscar, ter sempre os conhecimentos atualizados, para que você de fato passe com segurança para esses profissionais que um dia eles irão assumir esse papel, seja aqui, seja onde quer que seja. (ALDEBARAN)

O QUE É A PRECEPTORIA

Esta categoria apresenta o olhar do preceptor acerca da preceptoria e o significado por ele atribuído, descrito nas seguintes subcategorias: a preceptoria é uma função inerente aos hospitais universitários; a preceptoria é uma atividade de ensino; e a preceptoria é uma oportunidade para transformações nos cenários de prática.

A preceptoria é uma função inerente aos hospitais universitários

A ação educativa realizada pelo profissional que se encontra na prática caracteriza e dá significado à preceptoria, que, por se tratar aqui de Hospitais Universitários, é vista como uma atividade intrínseca ao perfil institucional, uma vez que o ensino e a formação em saúde são compromissos assumidos por esse modelo.

Acredito que não tenha [escolha de não ser preceptor], justamente por ser um hospital universitário. [...] por ser um hospital universitário, quando você entra, passa num concurso para ser técnico administrativo, você sabe antecipadamente que vai ter contato com residente. (POLLUX).

Natural [...] Todo mundo tem ciência de que é um preceptor. (ALFA CENTAURI)

Não somos docentes, mas a gente entende, como técnico administrativo do hospital universitário, que, por estar inserido nesse contexto, não pode se negar a receber o aluno aqui, que o residente

também é um aluno, é um aluno já graduado, mas é um aluno. (RIGEL)

Quando eu entrei no hospital, o diretor médico, ele teve uma reunião, falou das obrigações que normalmente nós tínhamos como médicos e, como se tratava de um hospital formador, existia a obrigação também com a formação, voltada especificamente para residentes.(YED)

A preceptoría é entendida como uma condição inerente às atividades diárias, da qual os profissionais foram convidados a participar, sendo, também, considerada por alguns deles como uma atividade voluntária, como podemos observar nas falas a seguir:

Na hora que decidiu que a gente ia abrir a residência, fez uma reunião para saber se aceitava e foi comunicado que todo mundo seria envolvido. (CANOPUS)

A coordenadora da residência daqui me fez a proposta de ser preceptor. (REGULUS)

A residência é um voluntariado, se você gosta de ensinar você vai pra lá, se você não gosta, não precisa ir, também não tem obrigação não (PROPUS).

Todavia, há quem se negue a realizá-la, ao mesmo tempo em que existem negociações para que ela seja feita. Encontramos tais aspectos explícitos nos depoimentos dos preceptores, ilustrados seguir:

Antigamente era assim, se eu não quisesse ficar com o aluno, eu não ficava, eu tinha um ambulatório meu, eu atendia mais pacientes e quem ensinava atendia a um número menor. Depois, com a aposentadoria de alguns, então não tinha como, quem era técnico teria que ficar com aluno. (ETANIN)

Quando eu era residente, teve até uma profissional no ambulatório, eu não cheguei a ter contato com ela, mas que ela virou e disse assim: “Eu não recebo residente no meu ambulatório.”. Então foi

até motivo de discussão na época, porque como é que você está em um serviço que você sabe que tem residência, tem alunos passando por ali e não somente a residência, mas graduação também, que é uma instituição de ensino e você não aceita estudante? Não dá. Para mim isso é uma coisa natural, acaba caminhando junto, preceptoria e plantão, não dá para dissociar. (MAIA)

Ainda existem situações em que o preceptor não aceita receber o residente e em que, para não ir contra o sistema, acaba por desenvolver a preceptoria de qualquer forma e sem interesse, repercutindo negativamente na formação do residente.

Porque caiu de paraquedas: “Você vai ser preceptor.”, porque a gente não tem a opção de não querer ser, porque eles dizem assim: “Vocês estão em um hospital universitário.”. Mas existem os colegas que não querem ser, não se impõem, mas também não dão apoio nenhum e acabam não sendo. De certa forma não nega, mas também não participa, bota o residente para fazer tudo e não discute nada com ele, e o residente acaba que já vai se afastando daquele preceptor. (ANTARES)

A preceptoria é uma atividade de ensino

Para os participantes, a preceptoria significa um momento educacional, onde ocorre a troca de saberes, na qual a responsabilidade do preceptor permeia o aprender, o ensinar e o fazer, na relação com o residente.

Eu aprendo muito com eles também [...] o que acontece é uma troca de saberes, eles me ensinam e eu ensino e a gente acaba trocando. (ARCTURUS)

Eu vejo a preceptoria como uma responsabilidade nossa de estar junto daquele aluno e aprender muito com ele [...] Em alguns momentos eu vejo que tenho algo a repassar, mas na maioria das vezes eu fico muito feliz porque eu acho que eu aprendi mais. (ALFA CENTAURI)

É uma troca de sabedoria. É a sua experiência, é a sua compreensão teórica jogado na prática. (PRÓCION)

A gente não só ensina, a gente aprende também, porque eles trazem ideias muito boas para o serviço e o serviço tem mudado muito com eles. (PLEIONE)

Os entrevistados também apontaram que, o preceptor supervisiona, articula teoria e prática e compartilha com o residente a sua rotina de trabalho.

Você acaba compartilhando com eles o dia a dia no serviço e ensinando. Porque, por exemplo, os RI, que são os que acabam de chegar ao serviço, tudo que eles fazem praticamente a gente tem que estar do lado, principalmente nesses primeiros seis meses. [...] eles têm muito pouco conhecimento da dinâmica do plantão. Então a gente tem que estar sempre supervisionando [...] tudo que os residentes fazem passa pelo meu crivo. (MAIA)

No dia a dia a gente chega a puxar esse julgamento clínico, o que é prioridade, porque que a gente tem que fazer isso primeiro, qual é a importância disso na assistência do paciente naquele momento, no prognóstico do paciente, a tomada de decisões, então tudo isso a gente, como tem mais prática como preceptor, e, os alunos, eles não têm essa maturidade, essa vivência, a gente consegue passar isso. Mas para fazer isso precisa se fundamentar. (SÍRIUS)

Sempre quando tem procedimento, [...] eu sempre chamo a residente para fazer comigo, ou ela faz comigo olhando [...] eu gosto de estar do lado. (ANTARES)

A preceptoria é uma oportunidade para transformações nos cenários de prática

A preceptoria é um processo que provoca reflexões e transformações no cenário da prática, assim como nos processos de trabalho e na dinâmica institucional, como apontado nas falas a seguir:

Ela traz o pensar, assim, ela me faz refletir sobre muitas questões que precisam ser mudadas no setor. (SÍRIUS)

Eu via uma luz para modificar um pouco o perfil desse hospital, das práticas desenvolvidas aqui no hospital, porque são práticas muito individuais, [...] pessoas especializadas, mas todo mundo no seu quadrado. (ALFA CENTAURI)

Eu acho que é importante porque é um crescimento da instituição. (CANOPUS)

Eu acho que a residência fez um diferencial aqui e que ela tem que continuar com esse diferencial. (MIRA)

A residência [...], foi a coisa mais importante para o serviço, porque sem residente ficava mais difícil agregar e com a residência agregou todo mundo, e na realidade todos os preceptores têm um empenho bem grande. (PROPUS)

Também foram atribuídos à preceptoria a **motivação do profissional em buscar aprender mais para poder compartilhar com o residente**, o reconhecimento sobre a responsabilidade na formação profissional e o valor que tal atividade agrega ao setor e à instituição.

É muito importante essa troca do profissional, tem gente que já está aqui há 18 anos no hospital, então a gente muitas vezes acaba sendo tragado pela rotina, e o aluno, seja o aluno de graduação ou residente, ele até força a gente muitas vezes a buscar coisas que a gente não estava buscando no dia a dia (RIGEL).

Ao longo do tempo eu fui vendo que a residência trouxe coisas boas, a oportunidade de a gente participar da formação de alguém de uma forma mais direta, servir de referencial, foi também uma oportunidade de estudar, muitas vezes eles tiram dúvidas e trazem muitas questões que fazem a gente refletir a nossa prática (SÍRIUS).

A gente não só ensina, a gente aprende também, porque eles trazem ideias muito boas para o serviço e o serviço tem mudado muito com eles (PLEIONE).

DISCUSSÃO

Os hospitais universitários federais são considerados “importantes centros de formação de recursos humanos na área da saúde e prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior às quais estão vinculados” (BRASIL, 2014, p. 1). Por caracterizar-se como instituição de ensino, encontramos profissionais que exercem o cuidado e o processo educativo em sua rotina de trabalho, por vezes perfeitamente articulados, enquanto que, por outras, caminhando com passos desencontrados.

Apesar de não estar vinculado à academia, o profissional de saúde inserido em um hospital de ensino participa diretamente da formação do profissional no ambiente do trabalho, e está envolvido com o processo de ensino-aprendizagem que aprende a desempenhar no seu dia a dia (MILLS; FRANCIS; BONNER, 2005).

Diante dos resultados apresentados, constato que esses profissionais encontram-se na assistência e que se encarregam do ensino da prática no dia a dia. Em sua maioria estão diretamente vinculados à assistência, porém também estão presentes aqueles que são docentes, que, por terem duplo vínculo – docência e assistência, também exercem a preceptoria.

Constato também que alguns professores exercem a preceptoria nos programas de residência médica, enquanto que na residência multiprofissional os docentes geralmente compõem o corpo de tutores, responsável pela execução e acompanhamento do projeto pedagógico.

Em alguns programas de residência, principalmente os programas médicos, que têm uma história antiga na formação por meio do treinamento em serviço, os preceptores são escolhidos pelos seus méritos profissionais, o que não garante a competência para ensinar, pois não

possuem preparo pedagógico adequado (SKARE, 2012). Nunes et al. (2011) afirmam que é corriqueira a designação de médicos plantonistas como preceptores e, nesse aspecto, é importante o apoio docente na supervisão e/ou tutoria do programa. Vale salientar que com os demais profissionais da área da saúde acontece da mesma forma.

Isso pode prejudicar o processo de formação, pois, na preceptoria, o profissional transforma-se na figura de facilitador do processo de aprendizagem e precisa trabalhar para que o residente instrumentalize-se e desenvolva as habilidades necessárias, para as quais o programa de formação se propõe, e, para isso, é preciso que haja planejamento, criatividade, competência e sensibilidade, prática na qual o saber na área pedagógica orienta e oferece subsídio para um melhor desempenho (SKARE, 2012).

Identifico que, em alguns casos, o preceptor não se reconhece preceptor, principalmente por não se sentir habilitado para o ensino no serviço, mas acaba tendo que assumir esse papel, por estar inserido em uma instituição hospitalar de ensino. Alguns se empenham e buscam conhecimentos que subsidiam sua prática de preceptoria, enquanto que outros não a assumem com responsabilidade e compromisso.

Diante dos resultados, noto que há alguns preceptores que não se envolvem e acabam realizando a preceptoria de qualquer forma. Isso é preocupante, pois o estudante, sem o devido acompanhamento do preceptor, fica sem orientação e acaba se expondo a práticas ruins e que influenciarão sua formação e conseqüentemente sua atuação profissional (JESUS; RIBEIRO, 2012). Missaka e Ribeiro (2011) apontam que o despreparo dos preceptores assim como o seu pouco envolvimento com a prática da preceptoria fazem com que os residentes fiquem sozinhos nos serviços. Quando isso acontece, o espaço do trabalho deixa de ser um espaço de aprendizagem, já que não há a ação mediadora e nem a intencionalidade pedagógica do preceptor.

Para que isso não ocorra é preciso que o preceptor se reconheça como educador e compreenda que o residente é um estudante sob sua responsabilidade. Também se faz imprescindível que os gestores valorizem o preceptor e o residente, e proporcionem condições para que o processo educativo aconteça. Fajardo e Ceccim (2010, p. 194) apontam que alguns profissionais buscam “cursos de pós-graduação junto às instituições conveniadas e outras, com o objetivo de se aperfeiçoarem para o exercício da docência em serviço”. Nesse caso, reafirmam a importância do incentivo oferecido pela instituição, o que pode refletir na qualidade pedagógica e assistencial da própria instituição (FAJARDO; CECCIM, 2010)

Nunes et al. (2011) revelam que o preceptor devidamente preparado conduz com habilidade a maioria dos desafios que surgem durante o processo de aprendizagem, mas esse preceptor precisa compreender e reconhecer a preceptoria na residência como um processo de educação no trabalho e não como um favor ou simples prestação de serviço, como tem sido observado em algumas práticas.

É necessário que o preceptor sinta-se motivado ao exercício do ensino em serviço, para que o processo de aprendizagem aconteça com qualidade.

Andersson et al. (2013) afirmam que o desenvolvimento pedagógico do preceptor lhe propicia melhor desenvoltura na condução das situações de ensino no dia a dia e maior segurança na prática do ensino, pois essa formação proporciona ao preceptor visão ampliada acerca do processo de aprendizagem, bem como subsidia novas ideias pedagógicas. Do mesmo modo, Williams e Irvine (2009) apontam que o preceptor se sente mais seguro quando recebe apoio acadêmico por meio da colaboração docente, bem como referem ser imprescindível o desenvolvimento de um programa de formação ao preceptor, com o propósito de prepará-lo para esse papel (HEFFERNAN et al., 2009; LEE et al., 2009).

Diante dos resultados, pudemos perceber que os preceptores reconhecem sua responsabilidade com a formação profissional e seu papel na articulação da teoria com a prática, usando a reflexão como uma ferramenta pedagógica, como sugerem Andersson et al. (2013). Porém O'donova (2006) discorda nesse aspecto e afirma que os preceptores apresentam pouca ou nenhuma experiência de tal reflexão, o que por vezes pode transformar o processo de aprendizagem em uma simples repetição de técnicas.

Apesar das habilidades técnicas serem imprescindíveis, se faz necessário que os preceptores também desenvolvam habilidades pedagógicas que lhes possibilitem conduzir o processo de ensino de forma que aconteça a aprendizagem. Para isso são necessários o exercício tanto do pensamento quanto da ação, uma boa relação entre a compreensão da matéria e a destreza pedagógica, pois dessa forma o conhecimento pode ser ensinado ao estudante/residente, e estes têm a oportunidade de aprender (SHULMAN, 1989, 2005).

Nesse contexto, para além da articulação da teoria com a prática, os preceptores são percebidos como orientadores que norteiam o estudante em suas ações na construção do conhecimento e habilidades na prática clínica e, são por muitos considerados a referência e o modelo do

ensino na assistência, sempre apoiando os estudantes a alcançar os seus objetivos (ANDERSSON et al., 2013)

É por isso que Santos et al. (2012) afirmam que o preceptor deve ser um profissional com conhecimento, habilidade, criatividade, sensibilidade e bom senso, disposto a encarar os residentes que questionam a sua prática, os retiram de sua zona de conforto, e provocam reflexões para o desenvolvimento de novas ações (SANTOS et al., 2012).

Saupe e Geib (2002) e Paton (2010), por sua vez, acreditam que o preceptor precisa conduzir o processo de aprendizagem de modo a facilitar a percepção, compreensão e ação do residente na direção da conquista de sua formação. Isso corrobora os resultados encontrados, uma vez que a maioria dos entrevistados aponta a responsabilidade do preceptor com o ensino. Ainda que isso, muitas vezes, sobrecarregue o processo de trabalho do preceptor, por acumular funções, como mencionado pelos participantes deste estudo.

Isso também foi apontado por um estudo com olhar fenomenológico acerca de ser enfermeiro e preceptor em um hospital-escola. Tavares et al. (2011) afirmaram que o trabalho exercido pelo profissional de saúde em um hospital-escola permeia inúmeras tarefas que, em alguns momentos, não se convergem e geram conflitos, destacando a complexidade que envolve o cuidado e o ensino diariamente presentes na rotina do trabalho em saúde.

A sobrecarga de trabalho percebida pelos preceptores precisa ser considerada e equacionada, em especial porque parece estar diretamente ligada à compreensão de seu papel como preceptor, associado à insegurança provocada pela falta de preparo para exercer a preceptoria.

Por fim, vale destacar que o preceptor é o profissional que está inserido na prática e que assume a função educativa no âmbito dos programas de residência articulada ao trabalho em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado e discutido ao longo deste artigo, concluo que ser preceptor significa ser um profissional com competências para estabelecer a ponte entre a teoria e a prática; é aquele que desenvolve atividades de ensino junto ao residente nos cenários da atenção à saúde, guiando-o no desenvolvimento do raciocínio clínico e habilidades pertinentes a uma prática de qualidade, segura e coerente com os princípios do SUS, sendo a preceptoria inerente aos hospitais universitários entendida como uma atividade educativa e uma oportunidade para promover mudanças institucionais.

Esta discussão coloca-nos frente a um grande desafio, que é o de reconhecer a identidade do preceptor, o profissional que ensina ao cuidar e cuida ao ensinar. Esse aspecto aponta para a necessidade de um preparo adequado desse profissional para exercício da preceptoria, que é imprescindível na formação profissional em saúde.

O estudo trouxe contribuições quanto à compreensão do significado da preceptoria e de ser preceptor para os profissionais/preceptores de hospitais de ensino e apontou fatores necessários para que essa atividade educativa seja realizada de forma consciente, científica e pedagogicamente fundamentada, na qual o preceptor tenha condições de criar e promover a articulação da teoria com a prática e fomentar o processo de ensino/ação/reflexão/transformação do cenário em que está inserido.

Por fim, acredito que seja preciso provocar a comunidade acadêmica para um olhar atencioso acerca desse fenômeno em busca de aprofundar as discussões nessa área, para que possamos trabalhar as atividades que são de competência do preceptor com maior propriedade e contribuir diretamente na formação e qualificação do profissional para o SUS.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, C. S. R. et al. Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives. **Journal of Nursing Management**, v. 21, p. 263-272, 2013.

ARMITAGE, P.; BURNARD, P. Mentors or preceptors? Narrowing the Theory-practice gap. **Nursing Education Today**, v. 11, p. 225-229, 1991. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026069179190064H>>
. Acesso em: 27 nov. 2012.

BAIN, L. Preceptorship: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 104-147, 1996.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, abr. 2012. Secção 1, p. 24-25. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=24&data=16/04/2012>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Hospitais Universitários**: Rede Federal, 2014. Disponível em: <<http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios/rede-federal>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING (CASN). ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES (ACESI). **Guidelines for Quality community health nursing clinical placements for baccalaureate nursing students**. Ottawa: CASN, 2010.

FAJARDO, A. P., CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

HOUAISS A; VILLAR, M.S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HEFFERNAN, C. et al. Evaluating a preceptor programme in south West Ireland: perceptions of preceptors and undergraduate students. **Journal of Nursing Management**, Baltimore, USA, v. 17, n. 5, p.539-549, 2009.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

LEE, T.Y. et al. Effects of a preceptor programme on turnover rate, cost quality and professional development. **Journal of Clinical Nursing**, Canada, USA, v. 18, n. 8, p. 1217–1225, 2009.

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses: a review of the literature. **Rural Remote Health**, Victória, Austrália, v. 5, n. 3, p. 1-10, ago. 2005.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

NUNES, M. P. T. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 35-40, out. 2011.

O'DONOVAN, M. Reflecting during clinical placement: discovering factors that influence pre-registration psychiatric nursing students. **Nurse Education in Practice**, v. 6, n. 3, p. 134-140, 2006.

PATON, B. I. The professional practice knowledge of nurse preceptors. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 49, n. 3, p. 143-149, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19954134>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014.

SANTOS, E. G. et al. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 547-552, dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000600017>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

SAUPE, R.; GEIB, L. Programas tutoriais para os cursos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p.721-726, 2002. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1711/1756>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

SHULMAN, L. S. Paradigmas y programas de investigación en el estudio de la enseñanza: Una perspectiva contemporánea. In: WITTROCK, M. (Ed.). **La investigación en la enseñanza I: enfoques, teorías y métodos**. Madrid: Paidós-MEC, 1989. p. 9-91. Disponível em: <http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Shulman_Unidad_1.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2013.

SHULMAN, L. S. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado: Revista de Currículum y Formación del profesorado**, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-30, 2005. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2013.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/251/241>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

RODRIGUES, C. D S. **Competências para a preceptoria: construção no programa de educação pelo trabalho para saúde**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TAVARES, P. E. N. et al. A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 798-807, out./dez. 2011.

WILLIAMS, L.; IRVINE, F. How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. **Journal of Nursing Management**, Baltimore, USA, v. 17, n. 4, p. 474-483, 2009.

5.2 Manuscrito 2: A prática da preceptoria no ensino em saúde na percepção de preceptores

A PRÁTICA DA PRECEPTORIA NO ENSINO EM SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES

THE PRACTICE OF PRECEPTORSHIP PRACTICE IN HEALTH EDUCATION IN THE PRECEPTORS PERCEPTION

LA PRÁTICA DE LA PRECEPTORÍA EN LA ENSEÑANZA EM SALUD EM LA PERCEPCIÓN DE LOS PRECEPTORES

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com o objetivo de conhecer como é a prática da preceptoria nos programas de residência em saúde, a partir da percepção de preceptores de hospitais de ensino. Foi desenvolvida com 31 preceptores de programas de residência de três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados, realizada no período de dezembro de 2013 a julho de 2014. Para tratamento dos dados foi aplicado o processo codificação da análise da Teoria Fundamentada nos Dados, do qual emergiu a seguinte categorização: “a prática da preceptoria” e suas subcategorias: (1) exigindo preparo pedagógico e institucional: a preceptoria não é tarefa fácil; (2) usando a intuição: é realizada de modo singular e particular; (3) orientando e acompanhando: estando junto; (4) problematizando a prática: estimulando o pensamento reflexivo; (5) compartilhando responsabilidades: construindo a autonomia do residente. Os resultados reafirmam que a preceptoria é uma atividade educativa desenvolvida no âmbito da prática e caracterizada pela intrínseca relação entre teoria e prática, o que requer preparo para seu desempenho, tanto pessoal quanto institucional.

Palavras-chave: Preceptoria. Educação em saúde. Internato e residência. Preceptor. Residência multiprofissional.

ABSTRACT

This qualitative, exploratory and descriptive research aimed at knowing the methodology behind the practice of preceptorship in residency programs in health from the perception of tutors at teaching hospitals. A

total of 31 **mentors from** residency programs of three university hospitals in a city in the Brazilian northeast were involved in this study. Data collection was conducted from December 2013 to July 2014, by using a semi-structured interview technique. The data was analysed according to the Grounded Theory method, and the following the category “the preceptorship practice” have emerged with its subcategories: (1) demanding pedagogical and institutional preparation — preceptorship is not an easy task; (2) using intuition — it is held in a unique and special way; (3) guiding and monitoring — being together; (4) questioning the practice — encouraging reflective thinking; (5) sharing responsibilities — building the resident autonomy. Therefore, results of this study show that preceptorship is an educational activity carried out within the practice and characterized by an intrinsic relationship between practice and theory, indeed requiring both personal and institutional preparation.

Keywords: Preceptorship. Health education. Internship and residency. Preceptor. Multiprofessional residency.

RESUMEN

Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, con el objetivo de conocer como es la práctica de la preceptoría en los programas de residencia en salud, a partir de la percepción de preceptores de hospitales de enseñanza. Fue desarrollada con 31 preceptores de programas de residencia de tres hospitales universitarios de una ciudad del noreste de Brasil. Fue utilizada la entrevista semi estructurada para la colecta de datos, realizada en el periodo de diciembre de 2013 a julio de 2014. Para tratamiento de los datos fue realizado el proceso de codificación de análisis de la Teoría Fundamentada en los Datos, del cual emergieron las siguientes categorías “la práctica de la preceptoría” y sus sub categorías: (1) exigiendo preparación pedagógica e institucional: la preceptoría no es tarea fácil; (2) usando la intuición: es realizada de modo singular y particular; (3) orientando e acompañando: estando juntos; (4) problematizando la práctica: estimulando el pensamiento reflexivo; (5) compartiendo responsabilidades: construyendo la autonomía del residente. Los resultados reafirman que la preceptoría es una actividad educativa desarrollada en el ámbito de la práctica y caracterizada por la intrínseca relación entre teoría y práctica, lo que requiere preparación para su desempeño, tanto personal como institucional.

Palabras clave: Preceptoría. Educación en salud. Internado y residencia. Preceptor. Residencia multiprofesional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o advento da reforma sanitária, mudanças vêm acontecendo no âmbito do ensino em saúde, porém o sistema educacional responsável pela formação dos profissionais da saúde vem tentando alcançar o ritmo dessas mudanças, com a intenção de formar um profissional qualificado para atuar na prática com vistas à integralidade do cuidado. Mas as conquistas ainda não trouxeram resultados significativos, o que caracteriza essa tarefa como um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Acredito que[,] para isso, um dos caminhos reside no incentivo e investimento à educação permanente para que se qualifique o profissional e, conseqüentemente, se (re)signifique a prática assistencial e de formação em saúde, na intenção de fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto, a preceptoría emerge como elemento-chave e estratégia de educação permanente na formação do profissional de saúde para o SUS.

A preceptoría é uma prática realizada para proporcionar o ensino e a aprendizagem no ambiente clínico (ASIRIFI et al., 2013), sendo reconhecida na dinâmica assistencial e acadêmica como um desafio e ao mesmo tempo estratégia na formação dos profissionais de saúde.

Nessa conjuntura, o profissional da saúde transforma-se em um educador que precisa reunir conhecimentos, habilidades e atitudes para intervir no processo de trabalho que caminha numa dinâmica de articulação do cuidado e da educação. Para Afonso (2012) é justamente a ação de educador, característica da preceptoría, que a torna um desafio, uma vez que educar é um processo (re)construtivo em busca de autonomia.

Ciente de que a preceptoría é uma prática educativa, este estudo teve como objetivo conhecer como é a prática da preceptoría nos programas de residência em saúde, a partir da percepção de preceptores de hospitais de ensino.

A realização deste estudo pode ajudar na compreensão de como é realizada a preceptoría no cotidiano do trabalho em saúde, destacando as potencialidades e fragilidades desse processo educativo, bem como ressaltar a importância de conhecimentos que auxiliam o preceptor no desempenho das ações de educador nos programas de residência em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de delineamento exploratório e descritivo, realizada com 31 preceptores de programas de residência médica e multiprofissional de três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil. Esses preceptores foram selecionados de forma intencional, com ajuda do coordenador do programa. Foram incluídos os preceptores com mais de 1 ano de experiência na atividade. Como critério de exclusão foi considerado o exercício da função de professor efetivo em instituições de ensino superior ou de nível técnico, ou coordenação de programas de residência.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, com o auxílio de um roteiro pré-estabelecido e o uso do gravador, para registro das falas dos participantes. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo e tiveram a duração média de 30 e 40 minutos.

O estudo seguiu os preceitos éticos exigidos pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Protocolo nº 426.570. Os participantes assinaram o TCLE e, para garantia de anonimato, foram identificados com os nomes de estrelas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, diante dos dados empíricos, realizei o processo de codificação, com base na análise da Teoria Fundamentada nos Dados, de Straus e Corbin (2008). Esse procedimento corresponde à organização conceitual dos resultados em categorias, utilizando-se da codificação, seguindo as etapas de codificação aberta e codificação axial. Para esse processo utilizei o *software* Atlas ti®, versão 7.0. Nesse *software* foi criada uma unidade hermenêutica, na qual foram inseridas as entrevistas na íntegra, seguida de leitura em profundidade. Nesse momento, retomei as questões de pesquisa, destacando os aspectos que se relacionavam diretamente ao fenômeno em estudo, por meio de códigos – codificação aberta. Os códigos gerados foram agrupados por similaridade, caracterizando o procedimento de codificação axial, na qual o pesquisador agrupa os códigos que se conectam, uma vez que compartilham aspectos semelhantes acerca de um tema, questão ou conceito arrolados ao fenômeno em estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ao final desse procedimento emergiu a categoria denominada “a prática da preceptoria”, com as seguintes subcategorias: (1) exigindo preparo pedagógico e institucional – a preceptoria não é tarefa fácil; (2) usando a

intuição – é realizada de modo singular e particular; (3) orientando e acompanhando – estando junto; (4) problematizando a prática – estimulando o pensamento reflexivo; (5) compartilhando responsabilidades – construindo a autonomia do residente; as quais serão descritas a seguir.

RESULTADOS

A PRÁTICA DA PRECEPTORIA

Exigindo preparo pedagógico e institucional – a preceptoria não é tarefa fácil

Os preceptores revelaram que no início da preceptoria foi assustador, predominavam os sentimentos de desconforto e insegurança, principalmente por não saberem o que fazer, como realizá-la, por não terem sido ensinados a ensinar. Desenvolver a preceptoria nos programas de residência parece não ser uma tarefa fácil.

Nós não sabíamos como proceder dentro de uma instituição engessada dessa. (ALFA CENTAURI)

De início, que era algo novo, a gente tinha algumas certas dificuldades de saber qual era o papel da gente, qual era o papel junto àquele residente que estava chegando, o que era ser preceptor, que tipo de postura eu deveria ter, para a gente auxiliá-lo tanto nas atividades acadêmicas como nas atividades práticas junto ao paciente internado. (HADAR)

Foi muito mais difícil no início, a gente meio que fugia delas, mas hoje eu acho que elas são grandes aliadas da gente no serviço, então a gente consegue conciliar bem [...] hoje eu me sinto bem mais confortável do que antes, mas é o que eu digo a você, eu ainda não me sinto totalmente preparada, porque eu não me sinto professora. Você é profissional no serviço e você ao mesmo tempo tem que ser professora. (ANTARES)

As primeiras dificuldades a gente foi aprimorando [...]. Hoje a gente já trabalha com mais

tranquilidade porque a gente já trabalhou essas dificuldades, que foi a dificuldade da avaliação e a dificuldade da abordagem diante dos procedimentos. (ATLAS)

Os preceptores reconheceram também que para desenvolver a atividade se faz necessário um preparo específico, tanto pessoal como institucional. A falta de preparo pedagógico e organização institucional gera dificuldades tais como: a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, advinda do acúmulo de tarefas.

A gente muitas vezes não consegue exercer o papel de preceptor. A gente está ali com aquele residente, mas você está mais como plantonista compartilhando ali todas as decisões, do que recebendo e tendo o suporte de um preceptor naquelas decisões, porque é difícil você tocar um serviço que está sempre superlotado, está sempre com uma demanda muito alta de pacientes e ao mesmo tempo estar ensinando. (MAIA)

O trabalho fica meio que dobrado, porque você tem que ver o doente e ver a evolução do residente, supervisionar para ensinar. Se eu for passar um intracath, vamos supor que eu gaste uns dez minutos, passar um intracath com o residente eu vou fazer em trinta minutos. Toda assistência, normalmente ela torna-se mais demorada porque eu tenho que fazer ensinando. (UNUK)

A gente não tem tempo de estar supervisionando e ensinando os estudantes. (MAIA)

É difícil estar no serviço, a gente quer dar conta da demanda do trabalho, mais aliar isso à questão de transmitir, de passar o conhecimento. (EPSILON)

A falta de apoio por parte dos gestores, que querem ver os resultados positivos, porém não oferecem estímulos que motivem o profissional ao exercício da preceptoria, também foi relatada pelos entrevistados.

A chefia do serviço nunca viu a residência como atividade de ensino e dessa instituição, era como se fosse um apêndice. (MIRA)

Aqui no trabalho a gente não tem, por exemplo, um incentivo para acompanhar o aluno, nem as próprias pessoas que participam da coordenação, que estão a frente da residência. (SÍRIUS)

Falta muito, é, não sei se é a diretoria do hospital ou se é a universidade enquanto instituição, valorizar mais as pessoas que botaram esse barco para navegar, mesmo ainda sem ter a rota correta para seguir. (LACAILLE)

Não existe treinamento, orientação, não existe protocolo, não existe informação, não existe estímulo. (PRÓCION)

Usando a intuição – a preceptoría é desenvolvida de modo singular e particular

Apesar de conhecerem a sua prática e dominarem o conhecimento da matéria, isso por si só não é suficiente. Com o passar do tempo a preceptoría vai sendo desmistificada e se tornando uma atividade fundamentada por um repertório de conhecimentos constituído por cada preceptor em sua prática, tornando-se uma atividade singular e particular de cada profissional, sem um padrão, na qual alguns preceptores reproduzem o modelo que conhecem ou que já vivenciaram.

Tem preceptor que passa visita, tem outro que não passa, tem outro que discute dentro da sala de medicação, tem outro que discute na beira do leito, tem outro que pede para o residente trazer algum material para poder discutir, um artigo ou uma aula, e tem outros que não fazem isso, tem outros que dão menos interesse... Dão mais importância a algumas coisas do residente, respondem melhor as perguntas, outros não, então varia muito de preceptor para preceptor. Talvez se tivesse uma coisa mais uniforme, mais homogênea, o residente aproveitaria mais [...] mas ainda fica muito a questão da coisa individual, da coisa subjetiva de cada preceptor,

não estou dizendo que tem uns melhores do que os outros, mas é que nem todo mundo segue um padrão uniforme. (POLLUX)

É de cada um. Eu acho que é um defeito da preceptoría nesse âmbito do técnico administrativo que cada um tem seu jeito de passar. Não existe um protocolo, uma coisa de treinamento, vamos chamar assim, para um técnico saber passar para o profissional essa obrigatoriedade, vamos dizer assim [...] a gente não tem esse aprendizado pra isso. A gente não tem algo que explique a você o que é realmente a preceptoría, mas gente vê pela formação que a gente tem. [...] Eu tive uma formação na Unifesp e lá eu pratico o que foi desenvolvido comigo. [...] Eu faço um espelho do que eu passei. A forma como a gente viu e que a gente faz. (PRÓCION)

Na verdade não existe um treinamento efetivo para isso. É basicamente [...] da forma que você aprendeu o conhecimento e com o treinamento que a gente tem durante a residência mesmo, porque na verdade você tem a situação desde a época de acadêmico de você fazer exposição, de você passar informações, de você dar aula, então na verdade o aprendizado é a partir dessa situação. (YED)

A nossa preceptoría é no modelo que eu conheço em Ribeirão Preto. (MIRZAM)

Cada preceptor desenvolve a preceptoría ao seu modo, como acredita que deve ser. Isso repercute no processo de aprendizagem do residente, que tem que se adequar ao modo de cada preceptor durante os rodízios nos cenários de prática, os quais apresentam uma determinada regularidade (mensais, bimestrais ou trimestrais). Esse aspecto foi destacado pelos participantes do estudo, como ilustram os depoimentos a seguir:

No início ele [o residente] se choca um pouco, mas ele sabe, vai ter de se adequar a cada tipo de preceptor. Vai ter aquele que tá atendendo na sua frente, com o aluno; o preceptor atende e o aluno

não tem espaço de prática, o tipo de atendimento dele é de acordo com o que ele passou na vida dele, não necessariamente é o certo. Aí chega outro profissional que tem toda uma metodologia no sistema prático e ele se adequa [...] tem gente que quer dar o plantão e ir embora, terminar o seu horário que é o melhor que faz. (PRÓCION)

Um trabalha de um jeito e outro trabalha de outro (MIRACH).

É dessa forma que os preceptores vão aprendendo a realizar a preceptoria e reafirmam que aprendem a desenvolvê-la com a sua prática, e isso acontece no dia a dia.

Eu fiquei como preceptora direta, vamos dizer assim, porque eu pude as ver realizando o trabalho delas e a gente sentava, discutia os pacientes, eu fui compreendendo melhor, embora, assim, eu acho que até hoje é um aprendizado, sabe, até hoje a gente vai melhorando, aperfeiçoando (HADAR).

A maioria dos entrevistados revelou que não tinha conhecimento sobre o projeto pedagógico do programa de residência do qual fazia parte, que por sua vez orienta a formação do residente.

Orientado e acompanhando o residente – estando junto

Mas, como realmente ela acontece no dia a dia? No estudo perguntamos aos preceptores como eles faziam a preceptoria no seu cotidiano de trabalho. A maioria respondeu que fazer a preceptoria está relacionado à orientação direta ao residente, ao corpo a corpo no dia a dia, à supervisão das atividades delegadas, à retirada de dúvidas e discussões de casos.

Eles fazem as prescrições e as evoluções e você o orienta de forma direta sobre praticamente tudo que eles estão fazendo [...] tudo o que o residente faz, cada tomada de conduta, cada passo que ele dá, o orientador, ele está por trás supervisionando, tirando dúvida, vendo, estimulando, enfim, está orientando de uma forma

bem completa. [...] Ter a disponibilidade de estar ali ao lado deles. Aqui é uma coisa muito prática, a UTI, e você praticamente pega na mão do residente, fica do lado dele, discute todos os itens da evolução, todos os itens da prescrição médica, então é uma coisa bem corpo a corpo com o residente. Quando ele vai fazer um procedimento você está do lado dele, guiando a mão dele. (POLLUX)

Enquanto uns preceptores acreditavam que para fazer a preceptoria é necessário estar ao lado do residente guiando sua prática e seu aprendizado, outros revelaram que não é necessário pegar na mão desse estudante e optavam por fazer uma preceptoria mais a distância, discutindo as condutas que foram tomadas e articulando a teoria à prática.

Quando ele atende há uma assessoria por trás disso, não necessariamente ao lado, mas pode ser um pouco mais afastado, não precisa estar pegando na mão para fazer preceptoria. Questão de texto, artigo científico, metodologia, pelo menos a minha preceptoria foi dessa forma, não tinha a presença física, ao lado o tempo todo, [...] você era como se fosse o profissional do hospital. Então, no segundo momento, sempre existiu essa abordagem e questionamento sobre o que foi atendido. (PRÓCION)

Não quer dizer que estar próximo está acompanhando. Às vezes você está sozinho mesmo [...] Eu acho que eles aprendem muito por ouvir, participar junto com a gente de algumas ações, ele vai vendo a nossa visão, mas eu acho que a gente ainda carece disso aqui, de sentar mesmo, para eles verem e entenderem que a gente pode sentar e discutir, independente de ser só preceptor, de poder sentar e passar algumas orientações teóricas também. (ALFA CENTAURI)

Problematizando a prática – desenvolvendo o protagonismo do residente

Há o reforço de que o residente precisa ser o protagonista de seu aprendizado e nesse contexto o preceptor busca ao seu modo

problematizar a prática, para que o residente construa o seu conhecimento. Nesse sentido, busca-se alcançar o ensino da prática de forma crítica e reflexiva.

A gente orienta o aluno a buscar essa informação, porque eu não posso também dar tudo mastigado pra ele [...] a gente tem que ensinar o caminho das pedras, ensinar a pescar e não ir lá pescar o peixe, eu vejo assim, porque é uma tendência natural da gente querer que as coisas aconteçam da forma mais cômoda, mas assim, fazê-lo ir buscar a informação, fazê-lo procurar e trazer para discutir. (RIGEL)

Eu procuro tirar dele o que ele sabe, eu procuro, diante do paciente, diante do caso, diante do doente, eu procuro buscar o que é que ele já sabe sobre aquilo, procuro aprofundar de uma forma que ele próprio perceba o raciocínio, eu procuro não dizer o que é que eu estou pensando, eu espero que ele perceba [...] para ele treinar o raciocínio. (POLAR)

Trago que o aluno desenvolva a resposta daquilo que ele perguntou [...] eu trabalho o raciocínio, se ele busca essa resposta da pergunta dele, com certeza ele vai fixar mais do que a simples resposta, que provavelmente se eu perguntar amanhã ele não irá saber a resposta que eu dei. [...] eu não sou de tá pegando na mão e dizer eu não sou de tá pegando na mão e dizer; Você vai sentar aqui, que eu vou explicar um assunto pra você. Não. Parto da vontade dele: Quer discutir? Tem alguma coisa pra discutir? Tem dúvida em alguma coisa? Traga pra mim. Quando traz essa vontade dele, é a primeira imagem que eu vou ter desse aluno. A partir disso eu digo: Agora estude o que você quer discutir comigo. Para quê? Para o que eu falar ele ter base. [...] Vem com dúvidas que eu acho mais interessante, acho mais proveitoso, do que simplesmente tirar dúvida de assunto sem estudar. Então eu abordo o residente dessa forma. Nessa troca de informação. (PRÓCION)

Compartilhando responsabilidades – construindo a autonomia do residente

Nesse processo, na medida em que vai adquirindo segurança, o residente conquista a confiança do preceptor, e a cada dia vai se tornando mais autônomo, e passa a compartilhar a prática e as responsabilidades sobre ela.

Quando eles chegam, a primeira vez eu passo para eles como é a minha rotina de trabalho, para que eles vejam [...] e a partir da minha rotina de trabalho, o meu processo, eles desenvolvam o deles e a gente vai soltando. Então eles começam comigo ali o tempo todo. Eu até brinco e digo: Tudo que você vai fazer, você faça com narração: Agora eu vou fazer isso, porque tem isso... Explico desde os processos de gestão de materiais e de pessoal do começo do horário até realmente a assistência direta com os pacientes. [...] aí depois eu começo a atribuir e a dividir tarefas. (WEGA)

Quando o residente já é R2, que ele já está treinado, então ele já começa a ter independência. Ele já faz as coisas meio que só, meio que só não, ele já faz bastante coisa só, e ajuda bastante na divisão das tarefas, eles vêm nas dúvidas, mas essa parte prática eles já estão mais rápidos, estão mais independentes. (UNUK)

Inicialmente eu acompanho as residentes, e a gente vai observando as condutas delas. Elas vão vendo primeiro a minha conduta, eu apresento todos os pacientes, as situações tais, o que é que aquele paciente tem, o que a gente tem feito [...], e aí encaminha junto com elas e chega um determinado momento que eu solto. [...] eu já vou sendo o suporte delas, eu peço retorno, vou acompanhando, sabendo das situações dos pacientes integralmente e vendo o que é que precisa ser feito. (ALDEBARAN)

No início a gente pega mais na mão, vai de paciente por paciente com eles, explica, passa tudo direitinho, quando eles pegam a rotina do

serviço é que a gente começa a dividir [...]. Quando eles já se sentem seguros em fazer aquele procedimento eu falo: Você quer fazer só? Você já fez só? – “Não, não, eu já quero fazer só.”. Então a gente tenta dar um pouco de autonomia para elas, mas assim, sem sair muito dali. (ANTARES)

À medida que a gente vai e fica com esses residentes, a gente vai vendo que eles vão crescendo e vão tendo mais autonomia. (DUBHE)

DISCUSSÃO

A preceptoria é uma atividade educativa desenvolvida no âmbito do trabalho e caracterizada pela intrínseca relação estabelecida entre a teoria e a prática, intercedida pelos preceptores e tutores. Neste processo de mediação do conhecimento destaco a importância em se constituir intenções e relações pedagógicas, para um exercício que oriente à aprendizagem do residente (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Mas qual é a forma certa de fazer a preceptoria? Existe um modelo? Os preceptores sentem a necessidade de uma formação que os prepare para o exercício da preceptoria, para uma atividade que articule teoria e prática no espaço do serviço e que exija do profissional uma postura de educador para que ocorra aprendizagem.

Rocha e Ribeiro (2012) afirmam que a preceptoria é uma atividade que apresenta aspectos próprios da docência, pois o preceptor assume a responsabilidade da formação profissional e lida com o ensino da teoria diariamente, atribuindo ao preceptor o título de professor da prática. Para fazer a preceptoria é preciso estabelecer uma relação de interação de saberes, na qual ensinar e aprender encontram-se imbricados. É uma relação de um para um por um período de tempo limitado, no qual a experiência clínica é intensa e contribui para o desenvolvimento do conhecimento (BRATHWAITE; LEMONDE, 2011). Nela o preceptor passa a compreender-se como aquele que, no exercício do processo educativo, propõe-se a intervir e transformar o acadêmico/residente sob a sua tutela em um profissional ciente da prática que precisará exercer (SILVA; ESPOSITO; NUNES, 2008).

Seja direta ou indiretamente, a preceptoria necessita da relação entre o residente e o preceptor. Como podemos observar nos resultados, uns acreditavam que seja necessário um contato mais corpo a corpo, enquanto outros se posicionavam mais a distância, apostando nas discussões teóricas e sobre as condutas tomadas.

É preciso compreender que a preceptoria, como atividade educativa e de formação, necessita ser realizada com envolvimento e compromisso, para provocar naqueles que a vivenciam o prazer em construir o seu saber. Também porque os preceptores precisam avaliar diariamente o desempenho dos residentes e para isso se faz necessário estar perto, manter uma relação próxima (SAUCIER et al., 2012).

Acredito que devam ser seguidos passos, nos quais, ao longo da trajetória, os preceptores passam de papel central, na assistência ao paciente, para um papel mais de apoio (BALMER et al., 2008), pois o residente vai sentindo maior segurança em realizar a prática e o preceptor, maior segurança em suas habilidades. Nesse processo, a cada dia o residente vai construindo sua autonomia, imprimindo no cuidado prestado e no próprio serviço a sua personalidade, a sua ‘cara’.

Brathwaite e Lemnode (2011) identificaram, em seu estudo, que os estudantes desenvolvem habilidades clínicas e o conhecimento em um ambiente de trabalho positivo, enquanto que os preceptores colaboram com a educação em serviço quando, em sua carga horária de trabalho, destinam tempo à preceptoria. Essa afirmação reforça a importância da preceptoria para a formação em saúde, mas também traz o recado aos gestores das instituições de ensino, que precisam, em seu planejamento estratégico, priorizar e viabilizar as ações de educação permanente nas suas instituições, caracterizadas como unidades de ensino e que recebem fomento do governo para isso.

Nesse contexto, se faz necessário pensar na formação e/ou preparo pedagógico do preceptor, que atualmente exerce a preceptoria de modo singular e particular, apoiado em experiências anteriores, pautadas na vivência de cada um.

Há uma simultaneidade de funções na qual não se visualiza uma padronização das atividades, o que acentua a dificuldade em perceber o limite entre o trabalho que se pede e o que é realizado (FAJARDO; CECCIM, 2010).

O estudo de Ribeiro (2012, p. 78) coaduna-se aos resultados encontrados aqui, quando reafirma a ausência de um planejamento ou qualquer orientação que conduza ao desenvolvimento dessa atividade, a não ser o próprio fazer:

os preceptores nunca haviam discutido ou planejado o que fariam, de maneira que os residentes chegavam aos serviços – assim nos relataram – e eram inseridos nas atividades cotidianas. E eles, preceptores, abertos às

experiências de ensino-aprendizagem, buscaram oferecer o que de melhor tinham com base em suas vivências prévias. Dedicamos um tempo para conversar sobre isso, e pareceu-nos claro que, de fato, não havia planejamento, não havia uma intencionalidade explicitada, pactuada, que orientasse práticas e decisões no exercício da preceptoria: os sujeitos preceptores fazem o trabalho, mas não se reconhecem como aqueles que o constroem e transformam.

Percebemos aqui que essa é uma condição proporcionada pela insegurança gerada inicialmente, pois não sabem o que fazer com o residente, aplicam o modelo que conhecem, não há um planejamento para as atividades, e o residente é inserido na rotina de trabalho, compartilhando com o preceptor a responsabilidade sobre o cuidado realizado em sua rotina diária. Ribeiro (2012) destaca que nesse processo os preceptores revelam-se acessíveis às experiências de ensino-aprendizagem, e colocam ao dispor todo o seu conhecimento adquirido por meio das vivências prévias, mas precisam estar orientados para onde seguir e o que fazer.

Esse processo de aprendizagem é configurado pelo compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades, onde o residente precisa ser o protagonista em sua formação, sendo capaz de arguir e defender sua prática, sustentar cientificamente e transformar as rotinas das quais faz parte, fiel ao seu compromisso com a ética e oferecendo o melhor de si (RIBEIRO, 2012), enquanto que do outro lado o preceptor carece despertar o fazer reflexivo sobre sua prática. Para isso é necessário que o preceptor saiba o que fazer e adote uma postura questionadora na interação com o residente, a fim de ampliar e aprofundar a compreensão acerca da situação que o envolve. Com relação a esse aspecto, os resultados apontam que alguns preceptores buscavam assumir essa postura no processo de aprendizagem, porém reconheciam a falta de preparo adequado para tal.

Andersson et al. (2013) destacam em seu estudo questionamentos de natureza cognitiva, afetiva e contextual que podem ajudar o preceptor a tornar a sua prática mais reflexiva, como: O que aconteceu? Onde, quando e por que isso aconteceu? O que você achou? Como você se sentiu? Qual foi a conduta que você tomou? Quais podem ser as consequências? O que mais você poderia ter feito?

Assim, concordo com Jesus e Ribeiro (2012) quando consideram que é necessário haver uma formação pedagógica para o exercício da

preceptoria e que nela precisa estar clara sua finalidade, a compreensão acerca do significado de ensino-aprendizagem e da educação permanente no serviço. Nesse sentido, se faz necessário adotar um modelo que transcenda a simples transmissão de conhecimentos e que conduza os profissionais à reflexão sobre a prática e construção em si de um repertório de conhecimentos que lhes possibilite superar os obstáculos, aprender, proporcionar momentos educativos e transformar a sua prática. O processo de ensino e aprendizagem com essas perspectivas é complexo, pois demanda romper paradigmas seculares e requer a construção de novas práticas (VALENTE et al., 2014).

Por fim, considerando a preceptoria uma prática educativa no trabalho, que requer ser realizada de modo a proporcionar aprendizado, e tomando como base alguns autores que trabalham essa temática (BRATHWAITE; LEMONDE, 2011; JESUS; RIBEIRO, 2012; RIBEIRO, 2012), destaco alguns aspectos que precisam ser ponderados ao ‘fazer a preceptoria na prática’ e que foram corroborados pelos achados neste estudo, como:

- O preceptor precisa estar apto a realizar ações educativas que proporcionem aprendizagem ao residente, para isso é necessário uma formação adequada;
- O ambiente precisar ser propício à aprendizagem, no qual o residente e o preceptor se sintam apoiados e valorizados;
- É preciso que as relações e interações estejam fundamentadas na troca de saberes, cientes de que para esse processo educativo a responsabilidade sobre a aprendizagem é compartilhada entre os preceptores, residentes, professores, gestores e a comunidade;
- É imprescindível estabelecer uma aproximação entre o hospital de ensino e a academia, para que se fortaleça a relação do saber com o fazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo busquei conhecer como acontece a preceptoria nos programas de residências em saúde, no âmbito de hospitais universitários. Percebi que, apesar de ser inerente ao exercício profissional daqueles que compõem o quadro funcional nos hospitais de ensino, ainda é uma atividade que precisa ser discutida e aperfeiçoada.

No início assusta, causa insegurança, pois os profissionais que, em sua maioria, automaticamente tornam-se preceptores, não recebem formação adequada para o exercício da preceptoria. Assim, os residentes

são inseridos na prática diária, compartilham as responsabilidades dos cuidados prestados com o preceptor, discutem casos clínicos, planejam ações e intervenções de cuidado, enquanto que outros executam tarefas, ficam soltos e desorientados, pois não há um padrão para a preceptoria. Mesmo fundamentada em um projeto pedagógico que orienta o desenvolvimento do curso, a prática da preceptoria carece de uma identidade, de uma estrutura teórico-pedagógica que a norteie, para que suas ações não sejam reduzidas à transmissão de saberes e divisão de tarefas isentas de qualquer intencionalidade pedagógica.

Por fim, acredito ser necessário aprofundar o conhecimento sobre esse fenômeno para enfim subsidiar a elaboração de uma política de formação do preceptor, na qual o profissional da saúde que se encontra na prática seja preparado para desenvolver uma preceptoria com competência e constituída de criticidade, criatividade, reflexividade, flexibilidade, para que seja desenvolvida com qualidade em qualquer espaço de formação.

REFERÊNCIAS

AFONSO, D. H. O Compromisso da Abem com a residência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Manguinhos, v. 36, n. 2, p. 151-152, 2012.

ANDERSSON, C. S. et al. Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives. **Journal of Nursing Management**, v. 21, p. 263-272, 2013.

ASIRIFI, M. A. et al. Preceptorship in the Ghanaian context: coaching for a winning team. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 3, n. 12, p. 168-176, 2013. Disponível em: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/download/2529/1894>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

BALMER, D. F. et al. Understanding pediatric resident) continuity preceptor relationships through the lens of apprenticeship learning. **Medical Education**, v. 42, p. 923-929, 2008.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRATHWAITE, A. C.; LEMONDE, M. Team Preceptorship Model: A solution for students' clinical experience. **International Scholarly Research Network ISRN Nursing**, Toronto, Canadá, v. 2011, p. 1-7. Article ID 530357. DOI:10.5402/2011/530357

FAJARDO, A. P, CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**: UERJ, Rio de Janeiro, ano 11, 2012. Suplemento.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012.

SAUCIER, D. et al. How core competencies are taught during clinical supervision: participatory action research in family medicine. **Medical Education**, v. 46, p. 1194–1205, 2012.

SILVA, G. T. R.; ESPOSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2015.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

VALENTE, G. S. C et al. Nursing mentoring in primary care: building skills from practice. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 7, p. 3047-3058, set. 2014.

5.3 Manuscrito 3: a preceptoria em saúde e os conhecimentos da disciplina e dos alunos e suas características: uma análise fundamentada em Shulman

A PRECEPTORIA EM SAÚDE E OS CONHECIMENTOS DA DISCIPLINA E DOS ALUNOS E SUAS CARACTERÍSTICAS: UMA ANÁLISE FUNDAMENTADA EM SHULMAN

THE PRECEPTORSHIP IN HEALTH AND THE MATTER OF KNOWLEDGE AND STUDENTS KNOWHOW AND ITS CHARACTERISTICS: AN EVALUATION BASED IN SHULMAN

LA PRECEPTORIA EN SALUD Y LOS CONOCIMIENTOS DE LA DISCIPLINA Y DE LOS ALUMNOS Y SUS CARACTERÍSTICAS: UN ANÁLISIS FUNDAMENTADO EN SHULMAN

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como os conhecimentos do residente e suas características e o conhecimento do conteúdo são utilizados pelos preceptores no processo de ensino-aprendizagem dos residentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada nos programas de residência médica e multiprofissional de três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil, com 31 preceptores. A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica para coleta de dados, desenvolvida no período de dezembro de 2013 a julho de 2014. Para tratamento e análise do material empírico, utilizamos o *software* Atlas ti®, versão 7.0., que auxiliou na codificação dos dados, a qual foi realizada com base na Teoria Fundamentada nos Dados. Desse processo emergiram as categorias: (1) o conhecimento do conteúdo; e (2) o conhecimento sobre os residentes e suas características. Os resultados demonstraram que[,] para além do saber teórico, o conhecimento do conteúdo para o preceptor também consiste no saber da experiência. O

conhecimento sobre os estudantes, por sua vez, contribui para que o preceptor adapte a sua prática e o conteúdo a ser ensinado, assim como também proporciona maior segurança ao preceptor em sua prática de ensino.

Palavras-chave: Preceptoria. Educação em saúde. Ensino. Preceptor.

ABSTRACT

This study is aimed at understanding how the student's knowhow and characteristics can be used by tutors in a reciprocally teaching-learning process. As a qualitative, exploratory and descriptive research, it was carried out in medical and multi residence program at three university hospitals in a Brazilian northeast city. The semi-structured interview was applied in 31 tutors programs for data collection, between the months of December 2013 and July 2014. Atlas ti[®] 7 software was used as a tool for empirical data treatment and analysis, which has codified the data based on the Grounded Theory. This process emerged two categories: (1) the content knowledge, and (2) the resident knowledge and their characteristics. The findings showed that in addition to theoretical knowledge, the mentor's expertise is also a wisdom experience. Indeed, students' knowhow do also contribute to the preceptor practice and action regarding the content to be taught, as well as providing greater confidence to the preceptor in their practice.

Keywords: Preceptorship. Health education. Teaching. Preceptor.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender como los conocimientos del alumno y sus características y del contenido son utilizados por los preceptores en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada en los programas de residencia médica y multi profesional de tres hospitales universitarios de una ciudad del noreste de Brasil con 31 preceptores. La entrevista semi estructurada fue utilizada como técnica para colecta de datos, desarrollada en el periodo de diciembre de 2013 a julio de 2014. Para tratamiento y análisis del material empírico, utilizamos el software Atlas ti[®], versión 7.0., que ayudó en la codificación de los datos, la cual fue realizada con base en la Teoría Fundamentada en los Datos. De ese proceso emergieron las categorías:

(1) El conocimiento del contenido; y (2) el conocimiento sobre los residentes y sus características. Los resultados demostraron que más allá del saber teórico, el conocimiento del contenido para el preceptor también consiste en el saber de la experiencia. El conocimiento sobre los estudiantes, a su vez, contribuye para que el preceptor adecue su práctica y el contenido a ser enseñado, así como también proporciona mayor seguridad al preceptor en su práctica de enseñanza.

Palabras clave: Preceptoría. Educación en salud. Enseñanza. Preceptor.

INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde no Brasil na modalidade de residência apresentou uma grande expansão no início do século XXI, impulsionada fundamentalmente por um conjunto de políticas públicas dirigidas à consolidação da política nacional de saúde – o Sistema Único de Saúde/SUS. Dentre elas, destacamos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) que apontam estratégias na orientação de recursos humanos para o SUS e buscam articular o trabalho, o ensino, a gestão e a comunidade.

Sobre isso, Albuquerque et al. (2008) ressaltam que, apesar do grande desafio, a educação permanente é um meio para o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e desenvolvimento das instituições, reforçando, em seus discursos, a relação das ações de formação com a gestão e o controle social.

No conjunto das ações de educação permanente, os programas de residência na área da saúde assumiram papel estratégico na última década. Passamos de um cenário quase exclusivo de oferta de cursos na modalidade de residência para médicos para uma oferta ampliada aos demais profissionais de saúde. Apesar de algumas terem sido criadas há mais de 30 anos (REF) e outras recentemente, na conjuntura atual desempenham importante papel na formação de profissionais para o SUS. Com o caráter de pós-graduações *lato sensu* e assinaladas pela educação no trabalho, articulam teoria e prática, ensino e serviço e provocam inquietações nos profissionais que ali estão no exercício da profissão e que são os responsáveis pelo direcionamento das atividades que os residentes desenvolvem, um profissional que é chamado de preceptor e que precisa estar qualificado para o desempenho dessa função.

A preceptoría é uma atividade de ensino e o preceptor é, na maior parte do tempo, aquele que está ao lado do residente, atividade que requer

o desenvolvimento de habilidades para ensinar, a fim de proporcionar ao residente uma aprendizagem adequada e necessária à sua formação. No dia a dia, observa-se que de forma inconsciente, ou intuitiva ou, por vezes, leiga, os preceptores, em sua maioria, sem formação ou experiência docente, desenvolvem uma prática educativa ancorada em suas experiências prévias, de alunos ou professores em outros contextos.

Shulman (1986), ao destacar a importância da formação dos professores, aponta para sete conhecimentos base para o ensino, necessários à prática docente: o conhecimento do conteúdo; o conhecimento dos alunos e suas características; o conhecimento pedagógico geral; o conhecimento do currículo; o conhecimento do contexto educacional; o conhecimento pedagógico do conteúdo e o conhecimento dos objetivos, as finalidades e os valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos. Neste artigo, serão discutidos o conhecimento do conteúdo e o conhecimento dos alunos e suas características. Para Shulman, o professor, para ensinar (no nosso caso, o preceptor), necessita possuir o domínio da matéria, o conhecimento da disciplina a ser ensinada, assim como conhecer os alunos e suas características, o currículo, o contexto educacional, entre outros.

Assim, na intenção de investigar sobre essa temática e ofertar subsídios para um repertório de conhecimentos do preceptor no ensino da prática clínica, o objetivo deste estudo foi(,) compreender como o conhecimento do aluno e suas características e o conhecimento do conteúdo são utilizados pelos preceptores no processo de ensino-aprendizagem dos residentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, inserido em uma dimensão qualitativa, desenvolvido em três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil e fundamentado no referencial teórico de Lee Shulman.

Participaram do estudo 31 preceptores dos programas de residência médica e multiprofissional, selecionados de forma intencional, com o auxílio do coordenador do programa. Nesse processo, foram incluídos os preceptores com mais de 1 ano de experiência na preceptoría e que acompanhavam as atividades dos residentes no primeiro e/ou no segundo ano de formação, e foram excluídos aqueles preceptores que exerciam a função de professor efetivo em instituições de ensino superior ou de nível técnico, bem como aqueles que desenvolviam o papel de coordenador de programa de residência.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, sendo utilizada a entrevista semiestruturada, com o auxílio de um roteiro pré-estabelecido e do gravador, para captar com fidedignidade os depoimentos. As entrevistas ocorreram em local previamente acordado com os entrevistados, o que garantiu a privacidade. As entrevistas tiveram duração entre 30 e 40 minutos cada, e posteriormente foram transcritas na íntegra.

Vale ressaltar, que o estudo seguiu os preceitos éticos exigidos pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Protocolo nº 426.570, no dia 14 de outubro de 2013. Os participantes assinaram o TCLE e, para garantir o anonimato, são identificados com os nomes de estrelas.

Com o material empírico em mãos, prossegui ao processo de codificação, com base na análise da Teoria Fundamentada nos Dados, embasada em Strauss e Corbin (2008), que orientam a organização conceitual dos dados em categorias, por meio de um processo específico de codificação. Para este estudo foram utilizadas as duas etapas iniciais desse processo, consideradas distintas e complementares, denominadas de: a) codificação aberta e b) codificação axial.

O processo de codificação foi realizado com apoio do *software* Atlas ti® 7, no qual foi criada uma unidade hermenêutica, com a inserção de todas as entrevistas, e dei início à leitura em profundidade. Nesse procedimento retomei as questões de pesquisa e os aspectos que se relacionavam diretamente ao fenômeno em estudo. Nesse primeiro momento, denominado de codificação aberta, foram criados 162 códigos, e após releitura os códigos semelhantes foram reorganizados, sem alterar ou perder qualquer fragmento das falas, totalizando ao final 121 códigos.

No segundo momento agrupei os códigos que se relacionavam, caracterizando o procedimento de codificação axial (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Cassiani, Caliri e Pelá (1996), nesse momento a intenção foi reunir os dados e estabelecer conexões entre os códigos. Ao final dessas duas etapas foi possível visualizar, de um modo geral, o que os dados apresentavam acerca do fenômeno em estudo, emergindo as categorias: (1) o conhecimento do conteúdo; e (2) o conhecimento sobre os residentes e suas características.

RESULTADOS

O conhecimento do conteúdo e o conhecimento dos alunos e suas características, duas das sete categorias que compõem o Conhecimento

Base para o Ensino, descritas por Shulman (1986, 2005), emergiram nas falas dos participantes deste estudo, evidenciando como eles constituem o repertório do preceptor para o ensino no contexto dos programas de residência em saúde. Essas categorias serão descritas a seguir.

O CONHECIMENTO DO CONTEÚDO

O conhecimento do conteúdo está diretamente relacionado ao conhecimento sobre a matéria a ser ensinada (SHULMAN, 1986, 2005; MARCON, 2013). Nesta categoria busquei identificar o conhecimento do conteúdo do preceptor, considerando que ele é um profissional que se encontra na prática, responsável pelo ensino e a formação em serviço do residente.

Para realizar a preceptoria, quais são os conhecimentos que você precisa ter? Esse foi o questionamento aplicado ao preceptor para compreender um pouco sobre os conhecimentos que ele utiliza para ensinar. De imediato, o conhecimento do conteúdo foi identificado nas falas de todos os preceptores e caracterizado pelo saber teórico e científico, assim como técnico, prático, também revelado como o saber da experiência.

Em um primeiro olhar sobre o material empírico, observa-se que para realizar a preceptoria alguns preceptores enfatizaram **o saber teórico** como condição essencial. Esse aspecto pode ser identificado nos seguintes depoimentos:

O conhecimento teórico (ARCTURUS).

Eu acho que é fundamental que eu tenha conhecimento, pelo menos generalizado, sobre as diversas patologias, ou principalmente aquelas que são mais comuns aqui [...] eu preciso, minimamente, saber do que eu posso fazer com relação às condutas nutricionais para com essas áreas que aqui são procuradas como referências. (HADAR)(.)

Precisa de no mínimo você dominar ou ter conhecimento da especialidade (MIRZAM).

A nossa especialidade já tem uma obrigação de saber (POLAR).

A gente tem um protocolo operacional padrão, então a gente procura segui-lo o máximo possível (BELLATRIX).

Apesar de em algumas entrevistas o conhecimento teórico não ter sido citado como essencial para o desenvolvimento da preceptoria, os preceptores relataram que a sua busca precisa ser constante, pois reconheciam a importância da fundamentação científica no direcionamento da prática e consequentemente na condução da formação do residente.

A gente tem que estar lendo, estar amparado, na preceptoria, todo o tempo, puxando para que as pessoas leiam, para que as pessoas saibam as instituições que rodeiam esse contato interinstitucional [...] Então isso aí nos dá um acúmulo de saberes ao longo do tempo, de articulação, para que a gente possa atuar junto na preceptoria. (ALFA CENTAURI)

É necessária certa atualização de nós, profissionais, nas nossas áreas a cada período. É um estudo contínuo, necessário demais, senão você acaba não tendo muito que contribuir cientificamente. (HADAR)

Olha, a gente tem que estar sempre estudando, tem que ter a questão do conhecimento científico, tem sempre que haver [...] (DUBHE)

Para você participar muito junto à residência você tem que estudar, você tem que se atualizar, ler artigo científico, discutir. (SÍRIUS)

Outro aspecto que chamou a atenção refere-se à compreensão, pelo preceptor, de que o **saber da prática** é o conhecimento necessário para desenvolver a preceptoria. Nas falas, alguns preceptores colocaram que a experiência é o conhecimento necessário, além disso, reforçaram que a prática está para o preceptor assim como o conhecimento teórico está para o residente, que é recém-formado e traz consigo o conhecimento teórico da academia.

A gente vai muito pela nossa vivência prática, mas a parte acadêmica da coisa a gente não tem. (ELECTRA)

[...] [é preciso] o conhecimento técnico do próprio profissional para poder instruir, discutir os casos e dar as diretivas e orientações para eles. (YED)

Eu acho que a gente precisa de técnica. (ANTARES)

Se você tem aquele aluno que tem dúvida para você e você não tem segurança de passar ou não tem segurança mesmo até do atendimento em si para o paciente, isso traz insegurança [...] Então, eu creio que para ser preceptor ele tem que dominar a região que ele está atuando. (PRÓCION)

Acho que [é preciso ter] os conhecimentos básicos da profissão da gente [...] elas trazem os conhecimentos da faculdade delas, eu tento passar o que eu sei, o que eu já aprendi aqui, a experiência, pouca experiência, mas a experiência que eu já tenho aqui. (EPSILON)

Algumas coisas da experiência da gente, porque o aluno vem com uma base teórica boa, mas às vezes a gente tem que dizer: Não, vamos por aqui, vamos ver se dá certo assim, [...] não vamos desistir porque não deu certo. Mas não que tenha muito que ensinar, mas sim para mediar, mediar as questões que a gente tem mais experiência. (ALFA CENTAURI)

Embora o saber da prática e o saber da teoria tenham sido citados como condições distintas necessárias ao preceptor, a maioria revelou ser necessário **articular esses dois conhecimentos**, pois não se concebe dissociar esses dois aspectos, como pode-se identificar nos depoimentos a seguir:

Muita segurança teórica e prática do que você vai fazer. (WEGA)

Os conhecimentos que eu aprendi durante a minha vida de curso [...] a residência é muito conhecimento prático, mas também teórico junto. (UNUK)

Além da técnica, [...] a formação teórica e prática que a gente tem. (MAIA)

Conhecer as práticas, porque eu só vou saber passar alguma coisa para ela se eu tiver conhecimento, assim como também uma teoria, eu só vou saber passar pra elas se eu tiver algum conhecimento, se eu não tiver, eu não vou ter como passar. (ATLAS)

Como é que eu vou receber um aluno, orientar o aluno se eu não tenho o conhecimento teórico e prático daquela atividade que eu desempenho? (RIGEL)

Mesmo diante das inúmeras dificuldades que enfrenta diariamente, principalmente aquelas relacionadas às atividades de cunho assistencial, o preceptor tem a preocupação em articular a teoria com a sua prática e sente a necessidade de realizar uma preceptoria fundamentada cientificamente, como ilustrado nas falas a seguir:

A gente tem que ter um conhecimento global [...] você tem que ter tempo de ter uma leitura, de ler artigos, de ler livros, de ver, associar a prática com a leitura (CANOPUS).

A gente, como tem mais prática como preceptor, e os alunos, eles não têm essa maturidade, essa vivência, a gente consegue passar, mas pra fazer isso precisa se fundamentar (SÍRIUS).

A gente pode passar talvez a questão da experiência que a gente tem ao longo dos anos, mas a parte do conteúdo científico é uma coisa muito boa e de fato eles trazem para gente, principalmente o aluno de hoje que trabalha muito com as revisões, com artigos que são muitas atualizações, diferentemente da gente, que eram os livros em si, que quando você utiliza um livro ao

longo do tempo você de fato já está desatualizado, pode-se dizer. De fato eles trazem isso e a gente tenta buscar [...] você tem que saber que enquanto profissional tem suas responsabilidades e tem que correr atrás e estar atualizado com as situações, com o conhecimento sobre as doenças, porque muita coisa modifica, porque hoje a visão é uma e amanhã é outra. (ALDEBARAN)

Eu acho que, se a gente é preceptor, a gente também tem que ter um pouco de embasamento também teórico, e não ficar só na questão da prática, até porque a prática puxa pela teoria. Mas não, a gente está só ali no serviço, não tem esse tempo designado ao preceptor, para pesquisa, para atualização, para ver artigo, não tem, a gente tem que desenvolver dentro do nosso plantão, e muitas vezes não consegue fazer tudo, não dá. (ANTARES)

Vale salientar que esse preceptor não detém o conhecimento de forma absoluta, mas entende que não pode fazer a preceptoria de qualquer forma, é necessário buscar, estudar, pesquisar.

Se tiver algum caso que eu não conheço [...], eu vou, estudo, às vezes, quando elas mesmas me perguntam, eu vou lá, a gente vai junta e vai tentar aprender juntas, porque assim, não é obrigado nem eu saber nem elas saberem de tudo. Então, quando surgem coisas, como a gente já está aqui há mais tempo, às vezes acontece as coisas que elas nunca viram, então aí a gente passa pra elas o que sabe. Quando eu não sei, vamos estudar, vamos ver o que é isso. (SPICA)

Assim, compreendo nesta categoria que a maioria dos preceptores revelou o conhecimento sobre a matéria como uma composição de saberes teóricos e práticos e poucos não tinham a consciência de que o ensino no serviço é caracterizado por esses dois conteúdos, que, por sua vez, precisam estar em perfeita sintonia.

O CONHECIMENTO DO RESIDENTE E SUAS CARACTERÍSTICAS

O Conhecimento dos alunos e suas características corresponde àquele conhecimento sobre os estudantes em sua individualidade e coletividade, que permite identificar as necessidades, delinear o percurso do ensino, adequar os objetivos pedagógicos e adaptar as metodologias utilizadas para que ocorra aprendizagem (SHULMAN, 2005).

Ao longo das entrevistas, os preceptores apontaram que é necessário conhecer os residentes e compreender as suas características. Cada residente traz consigo um conhecimento acerca do mundo e ter esse conhecimento proporciona ao preceptor subsídios que orientam a sua prática educativa e fazem desenvolver o seu repertório de conhecimentos.

A gente tem residentes com N perfis. (SÍRIUS)

O aluno quando chega já tem uma formação, ele sabe, já faz uma leitura da realidade. (CANOPUS)

Eles já vêm com uma base de o que é um recém-nascido, de como nasce, de toda a trajetória daquele recém-nascido. (SPICA)

A residente já vinha formada, já vinha com uma experiência melhor, com uma visão mais ampla. (ATLAS)

Cada pessoa tem seu parâmetro, então você sabe como lidar. Então é importante conhecer, porque você sabe como lidar com esse residente. Tem um que você já precisa trabalhar mais as palavras, mais buriladas, outros você já vai mais direto ao assunto [...] a característica, a sensibilidade de cada um. (CAPELA)

O conhecimento acerca dos residentes também proporciona segurança ao preceptor e influencia a sua postura diante da prática. Quando ele não os conhece, sente-se mais inseguro, e dedica maior tempo e atenção às atividades que são por ele desenvolvidas. Sobre esse aspecto, destacam-se os depoimentos:

[...] [quando não conhece o residente] passo a policiar mais o que elas estão fazendo, até uso mais

tempo do meu tempo de assistência para policiar o que ela está fazendo (ARCTURUS).

A pessoa que já vem mais com alguma experiência você acaba, digamos assim entre aspas, perdendo menos tempo na parte teórica do falar, do explicar, do que aquele que já vem com alguma bagagem; aquele residente, ele me consome mais tempo no orientar, no treinar do que o que já vem com alguma experiência, para mim a diferença é praticamente essa. Vai chegar um ponto que a gente espera que nivele. (RIGEL)

Nesse processo, o preceptor desenvolve estratégias para o ensino de modo a adequar o conhecimento às características do residente para que haja aprendizagem, como ilustrado nas falas a seguir:

A gente tem que entender o universo do aluno [...] a gente tem que saber o universo deles, chegar ali junto para poder ir de acordo com eles (ETANIN).

Entender, mais ou menos, a diferença entre as pessoas, efetivamente. Como são especificamente as pessoas, ter uma forma de entender, mais ou menos, com ela pensa, como é que ela lida com essa situação da informação, isso ajuda já pra você conhecer e tentar, digamos, adaptar o seu conhecimento ou a informação que você vai passar pra aquela pessoa, diante da capacidade dela de aprendizado. (YED)

Diante do exposto nesta categoria, observo que conhecer o residente torna-se imprescindível para realizar o ensino em serviço, pois esse saber norteia o preceptor na condução da preceptoria e o ajuda a pensar na melhor combinação entre o conhecimento do conteúdo e a estratégia pedagógica a ser utilizada para ensinar, ser compreendido, enfim, proporcionar aprendizado.

DISCUSSÃO

Realizar a preceptoria traz ao profissional que está na prática a responsabilidade de ensinar e, para exercer essa função, é necessário que

domine conhecimentos que lhe permitam proporcionar ao residente aprendizado em seu processo de formação.

Os participantes do estudo, profissionais que estão totalmente vinculados à prática assistencial, ressaltaram aspectos importantes que precisam compor a base de conhecimentos do preceptor. E esses aspectos correspondem ao que Shulman (1986) define como Conhecimento Base para o ensino, um arranjo de sete categorias de conhecimentos (do conteúdo; dos alunos e suas características; pedagógico geral; do currículo; do contexto educacional; pedagógico do conteúdo; e dos objetivos, as finalidades e os valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e histórico) imprescindíveis ao bom professor e oriundos de quatro fontes principais: a formação acadêmica; o contexto educacional; a pesquisa; e o saber advindo da experiência (SHULMAN, 2005).

Sabe-se que existem diferenças que marcam o processo de trabalho assistencial e docente, e os tornam dois caminhos distintos. Fala-se que para o profissional que está na assistência o foco corresponde ao fazer técnico, à rotina constituída pela repetição, muitas vezes de forma não crítica e não reflexiva, enquanto que ficam reservados ao processo de trabalho docente o ensino do conhecimento científico, a pesquisa e as atividades de extensão (SILVA et al., 2014). Porém discordo dessa afirmação, pois na preceptoria tem-se que esses dois caminhos se complementam e a articulação entre a teoria e a prática se faz necessária.

Nesse panorama, conhecer a matéria, ou seja, ter o conhecimento sobre o conteúdo a ser ensinado, foi relatado pela maioria dos preceptores como condição *sine qua non*. No estudo de Marcon (2011), ele percebeu que o conhecimento do conteúdo é um dos saberes que predomina ao longo do processo de ensino-aprendizagem, mantendo-se presente em elevados índices tanto no processo de formação do professor iniciante quanto no concluinte. Considerando o preceptor um dos protagonistas do processo educativo no âmbito da prática assistencial, observo que nesse aspecto há uma aproximação do processo de ensino exercido pelo professor.

O conhecimento do conteúdo se relaciona diretamente à matéria a ser ensinada (MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a), compreende o conhecimento específico sobre um conteúdo ou disciplina, assim como seus princípios teóricos, estrutura e organização conceitual (SHULMAN, 2005).

No entanto, falar em conhecimento do conteúdo para o preceptor não consiste somente no saber teórico advindo do livro, mas no saber da experiência, que nesse contexto também compõe o conhecimento da matéria, destacada na fala de alguns participantes, e ressaltada como

conhecimento necessário ao preceptor para realizar a preceptoria. A teoria complementa e fundamenta cientificamente a prática, enquanto que a experiência torna realidade as palavras e os exemplos apresentados nos livros e artigos, o que dá um toque especial e delinea o perfil do preceptor, o torna singular, lhe dá identidade. E, nesse panorama, constitui o seu conhecimento do conteúdo, aquele conhecimento que para o preceptor é o necessário para ensinar e que para o residente é o conteúdo necessário a ser ensinado, é aquilo que fará sentido.

A experiência é um processo ativo e corresponde àquilo que nos acontece e que nos atinge, faz refletir, nos toca (BONDIA, 2002). Porém, por mais que a experiência seja importante no processo de formação, por si só não assegura os elementos necessários ao ensino (BACKES et al., 2013), pois sem o saber teórico a experiência de ensino pode ser fortuita, idiossincrática, e até mesmo enganosa (GROSSMAN, 2005).

Acredito que esse saber compõe o conhecimento do conteúdo, por proporcionar ao preceptor o domínio acerca da matéria a ser ensinada, mas não pode ser considerado o único necessário. O conhecimento tácito pode ser característico de algumas ações dos professores, porém é necessário que esse conhecimento seja explicitado. Para isso é preciso refletir sobre a experiência prática e teórica (BOLÍVAR, 2005).

O saber para o ensino é composto por vários outros saberes que são oriundos de diferentes fontes, e a experiência é uma delas (TARDIF, 2012). Trata-se da sabedoria advinda da própria prática (SHULMAN, 2005), conhecimentos que emergem no fazer diário, na vivência, e são por ela autenticados, pois a experiência é “fonte de bons hábitos, isto é, de maneiras-de-fazer, de truques, de maneiras de proceder comprovadas pelo tempo e pelos êxitos sucessivos” (TARDIF, 2012, p. 159). Porém, é necessário que haja consciência desse conhecimento e fundamentação científica, para que a teoria e a prática, o saber e o fazer não se tornem duas condições estranhas uma à outra, mas dois aspectos que se encontram e se completam, constituindo o conhecimento do conteúdo do preceptor, pois isso irá configurar qualidade ao conhecimento do preceptor e essa qualidade repercutirá diretamente na aprendizagem e formação do residente.

Backes et al. (2013) apontam que esse conhecimento do conteúdo, decorrente do processo de formação, e os saberes da prática fundamentam a ação do professor e qualifica o ensino. E o saber do conteúdo precisa estar organizado e ser transformado, levando-se em consideração o conhecimento sobre os alunos, o contexto e o currículo (BOLÍVAR, 2005).

Nesse contexto, emerge, como resultado neste estudo, o conhecimento acerca dos residentes. Conhecer o residente orienta o preceptor às necessidades de aprendizagem, bem como à forma como direcionar e exigir do residente no ambiente no qual está inserido. Esse saber pode proporcionar ao preceptor parâmetros para lidar com o residente e conduzir seu processo de aprendizado, adaptando o conteúdo de acordo com as características e evolução no processo de formação.

Grossman (2005) aponta que alguns conhecimentos podem predominar, em detrimento de outros. Professores com menor experiência direcionam seu esforço ao conhecimento do conteúdo, tornando-o eixo fundamental para o alcance de seu objetivo, enquanto que os mais experimentados fundamentam-se melhor no conhecimento de mundo dos estudantes e trabalham o conteúdo como fonte para o desenvolvimento de habilidades e ampliação das perspectivas dos seus estudantes (GROSSMAN, 2005).

Na proposta de SHULMAN (1987), o conhecimento sobre os alunos sugere o conhecimento sobre as particularidades sociais, culturais e psicológicas dos estudantes, considerado um dos pilares da base de conhecimentos. Esse conhecimento ajuda o professor a planejar o ensino, partindo do pressuposto de que os estudantes já trazem consigo conhecimentos construídos ao longo de sua formação, bem como alerta o professor ao que poderá se deparar, como dificuldades, quando tratando sobre determinado tema (GROSSMAN, 2005).

Sobre isso, Grossman (2005) também aponta que, ao conhecer melhor o seu aluno, o professor sente maior confiança para conduzi-lo e avaliá-lo, enquanto que aqueles que não conhecem acabam encontrando dificuldades na condução do conteúdo e por vezes são surpreendidos e não conseguem corresponder às expectativas do estudante. Bisset (2001), ao tratar sobre essa temática, ressalta que o sucesso no ensino consiste no conhecimento e reconhecimento afetivo e pedagógico do professor sobre seus alunos.

Ao relatarem ser importante conhecer o residente para poderem ensinar, não percebemos nas falas dos participantes do estudo a presença de um planejamento para tal exercício, pois o movimento do ensino na preceptoria difere em alguns aspectos do movimento do ensino na sala de aula, uma vez que o cenário da prática é moldado pela dinâmica diária, algumas vezes controlado pela rotina, porém exposto às mais diversas situações imprevisíveis relacionadas ao cuidado em saúde. Mas conhecer o residente ajuda ao preceptor a direcionar a prática desse profissional em formação no serviço, bem como proporciona maior segurança na realização da preceptoria, pois ele passa a conhecer as necessidades de

aprendizagem do aluno, quais oportunidades de aprendizagem ele precisa e como ele aprende.

Por fim, diante dos resultados apresentados e discutidos neste manuscrito, posso afirmar que o conhecimento do conteúdo e o conhecimento sobre o residente e suas características são saberes que compõem o conhecimento base para o ensino na preceptoria. A associação entre esses dois conhecimentos subsidia a base para o conhecimento pedagógico do conteúdo do preceptor, um repertório de saberes que protagoniza um estilo de ensino/preceptoria flexível, adaptado às características dos estudantes/residentes e à complexidade da matéria de domínio desse profissional que desenvolve o ensino no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo busquei compreender como o conhecimento do conteúdo e o conhecimento sobre o residente e suas características se apresentam na preceptoria e constituem a base de saberes que os preceptores utilizam para ensinar.

Com isso, observo que, para além do conteúdo teórico, o conhecimento da matéria é composto pelo saber da disciplina e pelo saber da experiência, que emerge como conhecimento imprescindível no contexto educativo da prática.

A maioria dos preceptores acredita que o conhecimento advindo da experiência precisa caminhar articulado com o conhecimento teórico, e, juntos, constituírem o saber da matéria. Além disso, é necessário que o preceptor conheça o seu residente para, com postura de educador, conduzir o processo de formação no âmbito do trabalho.

Ao final, constato que ainda há muito que se descobrir sobre esse fenômeno. Realizar outros estudos que busquem aprofundar o olhar acerca do desenvolvimento do conhecimento do conteúdo e do conhecimento sobre os residentes na prática, para que possamos construir subsídios teóricos que constituam a identidade do preceptor, como um dos protagonistas na formação profissional, a ser reconhecida por todos no âmbito do ensino e da prática em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Manguinhos, v. 32, n.

3, p. 356–362, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2012.

BACKES, V. M. S. et al. Expressões do conhecimento didático do conteúdo de um professor experimentado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 804-810, jul./set. 2013.

BISSET, R. T. **Expert teaching**: knowledge and pedagogy to lead the profession. Londres, UK: David Fulton, 2001.

BOLÍVAR, A. Conocimiento didáctico del contenido y didácticas específicas. Pedagogical content knowledge and subject matter didactics. **Profesorado**: Revista de currículum y formación del profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-39, 2005.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, jan./abr. 2002.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

GROSSMAN, P. L. Un estudio comparado: las fuentes del conocimiento didáctico del contenido en la enseñanza del inglés en secundaria. **Profesorado**: Revista de currículum y formación del profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2005. Disponível em: <www.ugr.es/~recfpro/?p=235>. Acesso em: 15 jan. 2013.

MARCON, Daniel. **Construção do conhecimento pedagógico do conteúdo dos futuros professores de educação física**. 2011. 574 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto) – Universidade do Porto, Portugal, 2011. p. 467-506.

MARCON, D. **Conhecimento pedagógico do conteúdo**. A integração dos conhecimentos do professor para viabilizar a aprendizagem dos alunos. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2013.

MARCON, D.; GRAÇA, A. B. S.; NASCIMENTO, J. V. Reinterpretação da estrutura teórico-conceitual do conhecimento

pedagógico do conteúdo. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 323-339, abr./jun. 2011a.

SHULMAN, L. S. Those Who Understand: Knowledge Growth in Teaching. **Educational Researcher**, v. 15, n. 2, p. 4-14, fev. 1986.

Disponível em:

<http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman_1986.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

SHULMAN, L. S. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado: Revista de Currículum y Formación del profesorado**, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-30, 2005. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

SILVA, L. A. A. et al, 2014. Percepções de professores enfermeiros sobre a intersecção do trabalho assistencial e docente. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 313-322, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10081>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

STRAUSS, A. L; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

5.4 Manuscrito 4: A preceptoría em saúde e os conhecimentos do preceptor: uma análise a partir de Lee Shulman

A PRECEPTORIA EM SAÚDE E OS CONHECIMENTOS DO PRECEPTOR: UMA ANÁLISE A PARTIR DE LEE SHULMAN

THE PRECEPTORSHIP IN HEALTH AND KNOWLEDGE OF THE TEACHER: AN ANALYSIS FROM LEE SHULMAN

LA PRECEPTORIA EN SALUD Y LOS CONOCIMIENTOS DEL PRECEPTOR: UN ANÁLISIS A PARTIR DE LEE SHULMAN

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como os saberes pedagógicos que integram o Conhecimento Base para o Ensino são percebidos pelos preceptores no processo ensino-aprendizagem dos residentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 31 preceptores de programas de residência médica e multiprofissional de três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, no período de dezembro de 2013 a julho de 2014. Para tratamento dos dados utilizamos o proposto pela Teoria Fundamentada nos dados, com apoio do *software* Atlas ti®, versão 7.0, do qual emergiram as categorias: (1) o conhecimento pedagógico geral; (2) o conhecimento do currículo, do contexto educacional, dos objetivos e das finalidades educacionais e outros saberes; (3) conhecimento pedagógico do conteúdo. Os resultados demonstram que os preceptores integram na sua prática de preceptoria os conhecimentos base para o ensino propostos por Lee Shulman, com destaque para o conhecimento pedagógico geral, quando buscam estratégias para melhor trabalhar os conteúdos específicos e disciplinares, e o conhecimento pedagógico do conteúdo, quando adaptam o conteúdo para torná-lo mais bem compreendido pelos residentes.

Palavras-chave: Preceptoria. Educação em saúde. Ensino. Preceptor.

ABSTRACT

This study is aimed at understanding how the pedagogical knowledge from the Knowledge Base for Education, are perceived by preceptors in the residents teaching-learning process. As a qualitative, exploratory and descriptive research, it was carried out in medical and multi residence program at three university hospitals in a Brazilian northeast city. The semi-structured interview was applied in 31 tutors programs for data collection, between the months of December 2013 and July 2014. Atlas ti® software, version 7.0. was used as a tool for empirical data treatment and analysis, which has codified the data based on the Grounded Theory. This process emerged three main categories: (1) the general pedagogical knowledge; (2) knowledge of the curriculum, the educational context, the objectives and educational and other learning purposes; (3) pedagogical content knowledge. The results show that the mentors integrate to their practice preceptorship the expertise for teaching, as proposed by Lee Shulman. The general pedagogical knowledge when they look for

strategies to better work and the specific subject matter, the pedagogical content knowledge when suitable content to make it better understood by the resident.

Keywords: Preceptorship. Health education. Teaching. Preceptor.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender como los saberes pedagógicos que integran el Conocimiento Base para la Enseñanza, son percibidos por los preceptores en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada con 31 preceptores de programas de residencia médica y multi profesional de tres hospitales universitarios de una ciudad del noreste de Brasil. Para la colecta de datos, fue utilizada la entrevista semi estructurada, en el periodo de diciembre de 2013 a julio de 2014. Para tratamiento de los datos utilizamos el propuesto por la Teoría Fundamentada en los datos, con apoyo del software Atlas ti[®], versión 7.0, del cual emergieron las categorías: (1) el conocimiento pedagógico general; (2) el conocimiento del currículum, del contexto educativo, de los objetivos y de las finalidades educativas y otros conocimientos; (3) conocimiento pedagógico del contenido. Los resultados demostraron que los preceptores integran a su práctica de preceptoría los conocimientos base para la enseñanza propuestos por Lee Shulman, con destaque para el conocimiento pedagógico general, cuando buscan estrategias para trabajar mejor los contenidos específicos y disciplinares, y el conocimiento pedagógico del contenido, cuando adecuan el contenido para tornarlo mejor comprendido por los residentes.

Palabras clave: Preceptoría. Educación en salud. Enseñanza. Preceptor.

INTRODUÇÃO

O Preceptor é um profissional que desenvolve a prática do ensino no âmbito do seu trabalho, e, ao assumir esse papel de educador, precisa estar consciente da responsabilidade que tem com a formação no contexto no qual está inserido (RIBEIRO; PRADO, 2014). Para isso é necessário que esse preceptor conheça os objetivos a serem alcançados, domine o conhecimento acerca de sua prática e especialidade, assim como tenha habilidades no exercício da arte de ensinar. E ensinar é uma ação para além da transmissão do conhecimento e exige daquele que se propõe a

ensinar a disposição para interação com o estudante na construção do aprendizado (FREIRE, 2011a).

Assim, não basta apenas saber o conteúdo, precisa saber ensinar esse conteúdo (SHULMAN, 2005). Para isso, o preceptor necessita utilizar conhecimentos que o ajudarão a conduzir o processo de aprendizagem. Considerando a preceptoria uma prática educativa, na qual o ensino e a aprendizagem permeiam o âmbito do trabalho, acredita-se que o profissional inserido na prática assistencial, ao desenvolver o papel de preceptor, também utiliza conhecimentos para o ensino.

Para ser professor, Shulman (1986, 2005) fala em Conhecimento Base para o ensino, composto por sete saberes. Além do conhecimento da matéria e do conhecimento sobre os alunos e suas características, Shulman aponta saberes pedagógicos propriamente ditos e/ou relacionados com o campo da pedagogia, a saber: conhecimento pedagógico geral; conhecimento do currículo; o conhecimento do contexto educacional; o conhecimento pedagógico do conteúdo; e o conhecimento dos objetivos, das finalidades e dos valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos.

Assim, na intenção de investigar sobre essa temática e ofertar subsídios para um repertório de conhecimentos do preceptor no ensino da prática clínica, o objetivo deste estudo foi compreender como tais conhecimentos são integrados pelos preceptores no processo ensino-aprendizagem dos residentes.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser uma investigação qualitativa de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido em três hospitais universitários de uma cidade do Nordeste do Brasil.

Foi realizado com 31 preceptores dos programas de residência médica e multiprofissional, selecionados de forma intencional, com o auxílio do coordenador do programa. Foram incluídos aqueles com mais de 1 ano de experiência na preceptoria e que acompanhavam as atividades dos residentes de primeiro e/ou de segundo ano, e excluídos aqueles que exerciam a função de professor efetivo em instituições de ensino superior ou de nível técnico, assim como aqueles que coordenavam ou já haviam coordenado algum programa de residência.

O período da coleta de dados foi de dezembro de 2013 a julho de 2014, sendo utilizada a entrevista semiestruturada, sob a orientação de um roteiro previamente estabelecido. Para melhor captar as falas dos participantes, utilizei o gravador digital. Para garantir a privacidade, as

entrevistas foram realizadas em local previamente acordado com os entrevistados. Geralmente cada entrevista teve duração média entre 30 e 40 minutos. Vale ressaltar que, após cada entrevista, a mesma era transcrita na íntegra e armazenada em arquivo no computador.

De acordo com os preceitos éticos exigidos pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Protocolo nº 426.570, no dia 14 de outubro de 2013, e seguiu todas as recomendações. Os participantes assinaram o TCLE e, para garantir o anonimato, foram identificados com os nomes de estrelas.

Com o material empírico em mãos, prossegui ao processo de codificação, com base na análise da Teoria Fundamentada nos Dados, embasada em Straus e Corbin (2008), que orientam a organização conceitual dos dados em categorias, por meio de um processo específico de codificação. Neste estudo, trabalhei somente com as duas etapas iniciais: a) codificação aberta e b) codificação axial.

Com apoio do *software* Atlas ti® 7, realizei o processo de codificação, no qual inicialmente emergiram 162 códigos, no processo chamado de codificação aberta. Retomei as questões de pesquisa e aos aspectos que se relacionavam diretamente ao fenômeno em estudo, dando prosseguimento ao ato de releitura, no qual os códigos semelhantes foram reorganizados sem alterar ou perder qualquer fragmento das falas, totalizando ao final 121 códigos.

No segundo momento agrupei os códigos que se relacionavam, caracterizando o procedimento de codificação axial (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesse momento a intenção foi reunir os dados e estabelecer conexões entre os códigos (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996). Ao final dessas duas etapas foi possível visualizar, de um modo geral, o que os dados apresentavam acerca do fenômeno em estudo, emergindo as categorias: (1) o conhecimento pedagógico geral; (2) o conhecimento do currículo, do contexto educacional, dos objetivos e das finalidades educacionais e outros saberes; (3) conhecimento pedagógico do conteúdo.

RESULTADOS

A análise do material empírico revelou que os preceptores utilizavam saberes pedagógicos propriamente ditos e/ou relacionados com o campo da pedagogia para ensinar e percebemos que correspondem aos conhecimentos que Shulman (2005) aponta como Conhecimentos Base para o ensino do professor, os quais serão descritos a seguir.

CONHECIMENTO PEDAGÓGICO GERAL

O Conhecimento pedagógico geral é aquele que diz respeito ao planejamento e condução do ensino e aprendizagem. Esse conhecimento está intrinsecamente relacionado ao conhecimento que o professor tem acerca da prática pedagógica que utiliza para ensinar, além da sua afinidade com as metodologias de ensino-aprendizagem (GARCIA, 1992; GROSSMAN, 2005; MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a; SHULMAN, 1986, 2005).

Esta categoria apresenta o saber pedagógico como um conhecimento revelado pelos preceptores, necessário para poder realizar a preceptoria. Muitos evocaram em suas falas a importância de se ter o conhecimento da didática, o como fazer e que estratégias utilizar para poder ensinar, para fazer a preceptoria.

A didática, a parte de formação, para poder ter uma forma de passar esses conhecimentos para eles (YED).

O atendimento ele faz por prática, mas entender o assunto que está sendo abordado ele traz essa base teórica, mas só que no momento ali vai aparecer situações que ele nunca viu e essa forma de passar eu acho que deveria ter esse treinamento, esse lado didático do profissional para passar essa mensagem. Eu vejo a importância disso aí. (PRÓCION)

Muitas vezes esse conhecimento pedagógico é referenciado como aspecto burocrático da preceptoria, enquanto que por outro lado lhe é atribuído o conhecimento da docência, pois o preceptor, ao mediar o processo de aprendizagem do residente na prática, sente a necessidade de saber como ensinar e atribui esse conhecimento ao conhecimento de ser professor, ao saber da docência, como ilustrado nas falas a seguir:

Eu confesso que não houve preparo pra isso, apanhei muito, foi muito difícil, assim, a parte burocrática da preceptoria. (ANTARES)

Eu acho que conhecimentos realmente de como é a docência. (REGULUS)

Além da formação profissional eu acho que é bom uma experiência como docente prévia, para você ter mais facilidade, para você conhecer melhor a forma de ensino [...] participar de cursos que possam aprimorar cada vez mais nossa forma de transmitir o conhecimento e as experiências. (BELLATRIX)

Ter um pouco de domínio nessa questão da docência. (EPSILON)

Sendo professor ou não professor, eu vejo mais ou menos assim, aquela pessoa que está envolvida principalmente com o ensino de pós-graduação, no caso a residência médica, e ele pode ser preceptor que seja professor ou pode ser um preceptor que não seja professor, seja só técnico, mas é interessante que essa pessoa tenha algum conhecimento, alguma formação em ensino. (PROPUS)

Foi também apontado que, sem o conhecimento pedagógico, realizar a preceptoria se torna uma tarefa difícil e muitas vezes os preceptores sentem que não conseguem atingir as expectativas dos residentes, como podemos observar nas falas:

Existe uma didática pra isso, passar essa informação. Existe um preceito básico de ser preceptor, ou seja, você tem que passar por uma questão acadêmica, no sentido de ter uma especialização, de ter um mestrado com esse vínculo de metodologia, de mostrar a didática, do que simplesmente passar o assunto, existe a forma de passar, que é o que complica, numa abrangência geral de técnico administrativo. (PRÓCION)

Eu acho que a gente não tem muita didática para receber o residente [...] a questão didática, porque muitas vezes a gente não consegue passar aquilo porque não tem a didática que o residente está esperando que a gente tenha. (ARCTURUS)

Ainda nesse contexto, os preceptores afirmaram que, mediante a ausência de uma formação pedagógica, realizavam a preceptoria por instinto, como ilustrado nos depoimentos:

A gente não tem nenhum tipo de treinamento pedagógico, não tem técnica pedagógica nenhuma, faz mais por instinto do que outra coisa, cada um tem a sua forma de ensinar (POLAR).

Eu acho que a gente precisa realmente desse curso para ver se tem alguma técnica, alguma forma de lidar com ela [...] Você não sabe, não tem preparo, assim, a gente vai ao estudo, no jogo de cintura. (ANTARES)

Esse aspecto também foi identificado na fala de *Canopus*, além disso, relatou que, apesar de o preceptor acreditar que necessitava de conhecimentos pedagógicos para realizar a preceptoria, que representava para ele uma prática de grande responsabilidade, tal atividade, por já ser rotineiramente executada pelo profissional, foi expressa como ‘o fazer e repassar para o residente’:

Eu acho que deveria ter um treinamento, alguma coisa, se bem que a residência é uma coisa assim, meio intrínseca, você vai fazendo e vai repassando [...], eu acho uma responsabilidade muito grande. (CANOPUS)

Alguns preceptores não tinham a percepção da dimensão de seu papel e, perante a ausência do conhecimento pedagógico, acreditavam que sua função estava em apresentar a prática ao residente, enquanto que cabia ao residente o papel de saber o conteúdo teórico, e citaram as novas metodologias de ensino como norteadoras dessa prática.

Hoje, com esse ensinamento que tem a nova metodologia de ensino, [...] você bota o aluno para fazer, porque você viu que, quando ele faz, ele aprende mais. (ETANIN)

Parece contraditório pensar que a preceptoria, apesar de ser uma atividade de grande responsabilidade, possa ser reduzida ao puro fazer da

prática e ao repassar o conhecimento. Cada preceptor realiza a preceptoria de acordo com a sua prática e conhecimentos sobre ensinar que trazem consigo, que ouviram falar, mas que não dominam. Sobre isso *Polar* nos revela quão importante é o conhecimento pedagógico para o desenvolvimento de uma melhor preceptoria.

Eu acho que o que poderia ajudar muito e melhorar a preceptoria seria a capacitação pedagógica [...] eu sou leigo na parte pedagógica, mas eu também não sou uma pessoa que não tenha conhecimento, eu sei que existe técnica pedagógica, eu sei que existem formas específicas de você treinar determinados assuntos e que, se isso nos fosse passado, a gente conseguiria transmitir para eles de uma forma muito melhor. (POLAR)

Além disso, *Pollux* aponta que a ausência de uma formação pedagógica torna a preceptoria uma proposta empírica, realizada de acordo com a visão de mundo de cada preceptor, o que faz emergir o imperativo de condutas padronizadas, orientadas pedagogicamente para o alcance do objetivo da prática educativa realizada.

Talvez falte aí [...] um treinamento melhor para todos ou para a maioria dos preceptores que não são professores, mas que são só técnicos, no caso da residência de medicina. Talvez faltasse um treinamento melhor, para lidar melhor com o residente, e tal, porque vira uma coisa natural, vira uma coisa heterogênea, tem um padrão, mas é um padrão muito variável (POLLUX).

Nesse sentido, alguns preceptores apontaram a necessidade de uma capacitação ou formação pedagógica, bem como o interesse em aprender a ensinar, e destacaram que a pós-graduação *stricto sensu* oportuniza o aprendizado nessa área e proporciona repercussões na postura e na prática do preceptor, uma vez que este passa a ter conhecimentos acerca de estratégias metodológicas de ensino e, por consequência, sente-se mais confiante em conduzir o residente em seu processo de aprendizagem.

Eu acho que melhorou também a questão da capacitação dos enfermeiros aqui, alguns fizeram ou estão fazendo mestrado, especialização, e isso

de uma forma direta ou indireta repercute na atitude dele [...] Tem colegas que em outros tempos se negariam totalmente a fazer... a contribuir, mas por conta de estar vivendo essa coisa da pós-graduação os colegas acabam sendo contaminados por essa coisa boa. (ARCTURUS)

Quando você faz mestrado e doutorado, [...] existe um ensinamento pra fazer a pesquisa, existe um ensinamento pra entender pesquisa, pra interpretação das pesquisas, e nesse ensinamento existe também o ensinamento de se expressar e de transmitir conhecimento, toda a preparação do mestrado. No meu entender tem que ter isso, e, no final das contas, quando você termina está mais apto para ser professor [...] (UNUK)

O mestrado lhe dá uma atualização pra que você faça um ensino voltado, um ensino-aprendizagem em mão dupla, você ensinando, você aprende; hoje a tecnologia de informática está aí e a gente tem que estar todo tempo bem atualizado e novas práticas, usando metodologias ativas com o paciente e deixando aquela postura de cima para baixo de um professor, que foi a minha formação. (MIRZAM)

A gente que faz mestrado já tem algumas aulas que dão subsidio, mas eu acho que é difícil você entrar em uma preceptoria sem ter nenhum preparo. (PLEIONE)

Como eu estou fazendo mestrado e a gente cursa muitas disciplinas relacionadas a isso, assim, esse processo de ensino-aprendizagem, enfim, novas formas de você se posicionar frente a esse contexto novo que a gente vive, do aluno não ser só um absorvedor de conhecimento, mas estar sempre construindo o conhecimento com você, assim, eu mudei um pouco a forma de ver as coisas nesse aspecto. (MAIA)

Percebo pelos depoimentos dos preceptores que o conhecimento pedagógico geral é reconhecido como necessário para o desenvolvimento

da preceptoria. Com esse conhecimento o preceptor pode articular a teoria e a prática com propriedade, realizar uma prática reflexiva e proporcionar ao residente uma formação de melhor qualidade. Nesse sentido, também é importante destacar a contribuição da qualificação profissional (*lato e/ou stricto sensu*), que pode fornecer subsídios ao preceptor para maior compreensão acerca das práticas educativas e trazer fundamentações pedagógicas para o ensino no trabalho.

O CONHECIMENTO DO CURRÍCULO, DOS OBJETIVOS, DAS FINALIDADES E VALORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA, DO CONTEXTO EDUCACIONAL E OUTROS SABERES

Além do conhecimento pedagógico geral, os preceptores também destacaram outros conhecimentos que são importantes para poderem realizar a preceptoria e que compõem o Conhecimento Base para o ensino. Estes estão relacionados ao conhecimento do currículo do programa de residência. De acordo com Shulman (2005) esse conhecimento corresponde ao domínio dos objetivos, metas e missões que norteiam o programa de ensino, ou seja, é o conhecimento que revela a consciência e intencionalidade do professor em sua prática educativa (SHULMAN, 2005).

[...] [é necessário saber] o conhecimento do organograma da disciplina, de como funciona efetivamente. (YED)

Também apontaram a necessidade de conhecer a finalidade para qual estão formando os residentes, saberes que integram o Conhecimento dos objetivos, finalidades e valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos, proposto por Shulman. Por meio desse conhecimento, Shulman (1986; 2005) aponta que o professor toma ciência dos aspectos específicos e gerais que estão vinculados às experiências, aos valores, contextos históricos e filosóficos, o que o orienta no processo de ensino-aprendizagem.

Tem um modelo [...], tem que preparar para que eles depois façam parte do sistema de saúde [...] eu preciso compreender um pouco mais essa dinâmica e o objetivo com que a gente está formando. Eu sei que é para a inserção no sistema de saúde, e é muito bom e necessário. Serão

profissionais com uma visão mais ampla, mas onde é que eu tenho uma contribuição muito maior? Então eu tenho procurado, tentado compreender mais isso. (HADAR)

Eu acho que você precisa saber qual é o objetivo da residência [...] o que é que eu quero atingir com essa residência, como é que eu quero formar esses profissionais, que tipo de profissional eu quero botar no mercado, qual a consciência crítica que esses profissionais vão ter, para ele não ser mero executor de tarefas. (MIRA)

É necessário, também, compreender um pouco ou muito da residência, de com ela acontece, o que ela objetiva, como é que ela se estrutura [...] como é que acontece o nosso serviço? Como é que a gente trabalha, como é que o setor faz para que aquelas atividades sejam de fato cumpridas e os padrões de qualidade sejam atingidos. (HADAR)

Os preceptores destacaram ainda a importância de conhecer o contexto educacional e a realidade do serviço no qual estão atuando. Corresponde ao conhecimento sobre onde ocorre a educação, sua estrutura física e recursos materiais, assim como os recursos humanos envolvidos, além dos contextos social, econômico e cultural relacionados a esse processo e as estratégias políticas que permeiam esse cenário (GARCIA, 1992; GROSSMAN, 2005; MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a; SHULMAN, 1986, 2005).

Primeiro você ter conhecimento de como funciona todo o hospital, você precisa saber disso, precisa ter uma noção geral do que está acontecendo em relação ao SUS, em relação como está funcionando até a própria academia. (CANOPUS)

Conhecer o ambiente que eu estou, pra poder passar, o ambiente que eu estou, [...], a rotina da minha enfermagem, ter o domínio. (ATLAS)

Muitas vezes tendo que ter conhecimento da história do paciente. A gente tem o contato direto com esses pacientes, então a gente procura se sensibilizar ao máximo, dentro das possibilidades,

para que a gente possa atendê-los da melhor forma possível. (BELLATRIX)

Segundo os entrevistados, a necessidade de dominar esses conhecimentos foi surgindo com o passar do tempo, com a experiência de ser preceptor. À medida que foram se inserindo nas atividades da residência, a compreensão sobre a sua dinâmica foi acontecendo progressivamente. Assim, vivenciar o processo fez o preceptor perceber que eram necessários outros saberes para aperfeiçoar sua prática de preceptoria, o que também lhe proporcionou maior segurança na mediação do ensino no serviço.

Inicialmente os eixos, [...], era necessário que a gente entendesse, soubesse o que cada um queria dizer e que tipo de atividade compreendia aqueles eixos, porque, realmente, era uma experiência muito nova e a gente foi se inserindo no dia a dia daqueles meninos, dos residentes [...] hoje, a gente tem muito mais espontaneidade e tem mais segurança em ser, porque também eu sei que preciso cobrar um pouco mais delas. (HADAR)

Para além desses conhecimentos, alguns preceptores apontaram que precisavam dominar outros saberes que permeiam o campo dos sentidos, da percepção, da sensibilidade para as relações humanas que são estabelecidas e vividas ao longo da formação. E ressaltaram que o respeito entre os profissionais, o saber lidar com as pessoas e o estabelecimento de um bom relacionamento com o residente, assim como com o paciente e o seu familiar, são fatores importantes ao desenvolvimento da preceptoria.

Saber um pouco sobre o que cada um de nós pode dar e o que cada um de nós pode receber do ponto de vista humano, o que é necessário para ter boas relações. (HADAR)

Ter a sensibilidade de lembrar que aquela pessoa está em aprendizado. (MAIA)

Então eu acho que saber lidar com o outro, o trabalho em equipe, também entendendo e se colocando e respeitando as nuances de cada

profissional, eu acho que isso também é muito importante. (LACAILLE)

Eu acho que tem que haver uma boa relação entre o preceptor e o residente. (DUBHE)

CONHECIMENTO PEDAGÓGICO DO CONTEÚDO

O preceptor conhece a sua prática e domina conhecimentos (teóricos e práticos) que o residente não sabe e/ou nunca vivenciou. É a partir desse momento que o processo de ensino começa e, para que ele aconteça de modo a proporcionar o aprendizado, o preceptor precisa compreender o que tem de ser aprendido e como deve ensinar. Esse saber é denominado por Shulman (1986) de Conhecimento Pedagógico do Conteúdo e difere do preceptor do residente.

A gente tem essa coisa de saber como fazer, mas tem uma forma diferente de fazer que é tão certa quanto a que está lá no livro, mas o estudante não sabe. (ARCTURUS)

É justamente o que te difere do aluno, vamos chamar assim, quem está do outro lado entender a sua mensagem, não é só atender. (PRÓCION)

Nesta categoria destacam-se as falas que caracterizam o conhecimento pedagógico do conteúdo na prática da preceptoria. E nesse sentido observa-se que os preceptores acreditavam ser necessária atitude para poder ensinar e em algumas situações modificar sua postura e adequar a sua prática ao ensino.

[...] [foi necessário] eu ter me modificado no sentido de “eu saber me colocar”, me pôr sem nenhum tipo de timidez, a timidez funcional. (HADAR)

A gente procura ensinar da melhor forma possível os conhecimentos que a gente tem [...] procurando agir com as melhores condutas. (BELLATRIX)

Criar rotinas para formar novas pessoas. (POLLUX)

Do mesmo modo, os preceptores apontaram que não basta saber o conteúdo, a matéria, mas é necessário saber ensinar, como pode ser observado nas falas a seguir:

Eu faço orientação e é uma aula bem teórica e prática [...], então eu faço uma estratégia que simplifique, não posso botar todos os conhecimentos [...] então eu organizo isso meio que mentalmente e passo [...] para o residente tem que ser um pouco mais aprofundado. (UNUK)

Existe uma diferença de saber passar e como passar. Não é para todo mundo. [...] só em saber não quer dizer nada se ela não souber passar. Então eu vejo mais nesse sentido a preceptoria. (PRÓCION)

Você precisa ter um planejamento das coisas e todo mundo entender. (MIRA)

Eu, como preceptor, a gente tenta realmente enxergar com o que nós temos e como podemos agir. (REGULUS)

Um fato interessante emergiu nos depoimentos quando os preceptores atribuíram o conhecimento pedagógico do conteúdo ao dom – dom de ensinar, como ilustrado nas falas a seguir:

Eu acho que ensinar passa, mais ou menos, por um dom de você gostar e ter aquela coisa para ensinar, porque às vezes você pode querer ser professor, estudar tudo direito para ser professor, todas as técnicas, todos os cursos, tudo, e não desenvolver bem. Agora, se você tem esse dom, essa vontade e se aperfeiçoa, aí você vai usar uma coisa com a outra. (PROPUS)

Essa questão de você ser um técnico administrativo e essa formação de preceptoria não é para todo mundo, eu coloco assim. Não é todo mundo que tem esse, vou chamar de dádiva ou dom, você passar algo e saber passar essa mensagem. (PRÓCION)

Nem todo mundo tem o jeito ou o dom de estar ali compartilhando o ensinamento. Às vezes a pessoa tecnicamente é muito boa, perfeita [...] mas ele não tem... Não sei se é dom, mas ele sabe aquilo para ele, mas para ensinar, para passar para outro, às vezes o negócio não funciona, a coisa não funciona. (MAIA)

Essa capacidade de ensinar a matéria é apontada pelos preceptores como difícil e permeada de desafios que emergem diariamente no âmbito do trabalho. Sobre isso, *Polar* aponta que saber ensinar articulando prática e teoria é um dos desafios mais difíceis.

Ensinar o que está no livro é muito fácil, mas ensinar a forma do estudante, do residente perceber a sutileza do que o paciente fala e transformar naquilo que ele está lendo no livro é muito difícil. (POLAR)

DISCUSSÃO

O preceptor está inserido em uma instituição hospitalar que tem características acadêmicas, e, para além do cuidado que é realizado diariamente, ele também precisa realizar atividades de ensino no serviço.

Shulman (1987) aponta que um professor precisa dominar conhecimentos sobre o conteúdo a ser ensinado, a estrutura de sua disciplina, seus princípios, entre outros saberes que o ajudarão a responder questionamentos em cada âmbito que compõe o processo de ensinar. Necessita compreender a estrutura e organização curricular, os objetivos, princípios e valores educacionais, bem como o contexto que orienta essa prática.

Por mais que o preceptor não exerça a função docente, ele exerce o ensino da prática no âmbito dos programas de residência em saúde, por isso o considero um educador na prática. Não é minha intenção comparar seus processos de trabalho, mas compreender os conhecimentos que o preceptor utiliza para ensinar.

Nesse panorama, noto, nos resultados, que os preceptores integraram à preceptoria alguns conhecimentos que os orientavam ao desenvolvimento dessa prática educativa. Esses conhecimentos correspondem ao conhecimento pedagógico geral; conhecimento do currículo; o conhecimento do contexto educacional; o conhecimento pedagógico do conteúdo e o conhecimento dos objetivos, das finalidades

e dos valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos, saberes que Shulman aponta como saberes pedagógicos propriamente ditos e necessários à preceptoria.

Dentre os saberes identificados, merece destaque o conhecimento pedagógico geral, citado pela maioria dos participantes do estudo como essencial para realizar a preceptoria. Esse conhecimento corresponde àquele onde se manifestam as concepções e princípios educacionais e se aplicam estratégias pedagógicas, planeja-se, organiza-se e se gerenciam as situações de ensino e aprendizagem de modo a superar o simples domínio do conhecimento do conteúdo, bem como se busca alcançar objetivos mais amplos para a educação e formação (MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a). É com esse conhecimento que o preceptor trabalha o ‘ensinar’ na prática, as estratégias utilizadas para que o conteúdo seja ensinado.

Os preceptores acreditavam que esse saber, revelado como conhecimento “de ser professor”, “do fazer a docência na prática”, é o diferencial na condução do processo de aprendizagem dos residentes. Dominar esse conhecimento requer formação específica e a sua deficiência pode implicar em não atingir as expectativas dos mesmos e os objetivos do programa.

Nesse contexto, é importante compreender que o profissional que desenvolve atividades de preceptoria está diretamente relacionado ao campo da educação, porém muitos se colocam na posição de apenas estarem presentes ou de existirem na presença, constituindo-se apenas um ser integrante da ação educacional (SILVA; ESPÓSITO; NUNES, 2008).

Talvez, tal postura possa acontecer pela falta de preparo do preceptor para essa atividade, o que pode levá-lo a realizá-la de forma intuitiva, fundamentando-se no ‘aqui e agora’, pois sem o conhecimento pedagógico adequado o preceptor pode agir por instinto, de acordo com o que já vivenciou anteriormente ou acredita ser correto. Assim tomada, a preceptoria pode ser reduzida a uma atividade empírica, caracterizada pelo repasse da rotina, das atividades assistenciais, das tarefas a serem cumpridas, sem capacidade para promover uma atitude investigativa, crítica e reflexiva no profissional em formação. Esse preceptor acaba por assumir o papel de estar simplesmente presente na ação educacional.

Os preceptores dominavam os saberes de sua profissão, mas não dominavam os saberes pedagógicos, importantes no exercício da formação/educação. Dessa forma, acabavam agindo de modo intuitivo, repetindo modelos que vivenciaram quando foram estudantes e referindo-se à transmissão da informação como ensino (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Ao assumir a responsabilidade do ensino no serviço, o preceptor precisa ver a sua prática com um novo olhar, pois ela provoca mudanças em sua rotina, anteriormente voltada exclusivamente para o cuidado. Agora esse profissional encontra-se inserido em um contexto de ensino e aprendizagem e suas novas experiências irão provocar situações que poderão reestruturar o seu conhecimento, além de ampliá-lo a outros conhecimentos que irão constituir a sua base de conhecimentos para o ensino (MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a). Além disso, poderá proporcionar maior capacidade para reflexão sobre a prática clínica e pedagógica constantemente.

Nesse processo, o preceptor sente a necessidade de buscar qualificação pedagógica e aponta que a qualificação por meio da pós-graduação *stricto sensu* lhe proporciona conhecimentos sobre o ensino e a pesquisa, o que auxilia na realização da preceptoria e por vezes modifica sua postura e compreensão acerca do seu papel no processo de formação do residente. Madeira e Lima (2010) afirmam que é no exercício do ensino que o professor percebe a necessidade de formação pedagógica e se depara com escassas possibilidades e oportunidades.

Tais dificuldades assumem dimensão maior quando falamos no preceptor, uma vez que não há um programa de formação oficial para o exercício da preceptoria. Na prática, observo que essa problemática vem sendo mais bem discutida por meio de fóruns regionais e estaduais promovidos pelo Ministério da Saúde e da Educação de nosso país.

É preciso compreender que a competência para o ensino de uma disciplina ou matéria é essencial à definição de critérios de qualidade do Professor/Preceptor (SHULMAN, 1989). Para isso, além do conhecimento do conteúdo e conhecimento pedagógico, o preceptor precisa ser capaz de articular esses conhecimentos ao conhecimento que tem sobre o currículo, contexto do programa do qual faz parte, as metas e objetivos da educação (GROSSMAN; WILSON; SHULMAN, 2005). Isso proporcionará ao preceptor competência para o ensino.

Esses conhecimentos foram identificados ao longo do estudo, porém com menor destaque pelos participantes. Alguns preceptores citaram o conhecimento do currículo, sobre o contexto educacional, dos objetivos, finalidades e valores do programa de residência como imprescindíveis ao bom desenvolvimento da preceptoria, assim como outros saberes que permeiam o campo da ética e relações humanas. Eles relataram que a necessidade por esses conhecimentos emergiu ao longo da prática da preceptoria, na qual passaram a observar a importância do saber para poder saber ensinar, fazer a preceptoria.

O conhecimento para o ensino na preceptoria também envolve a compreensão moral e ética que conduz e direciona a boa prática no serviço e a cidadania, assim como a sensibilidade e uma boa relação entre o preceptor e o residente, expressa nos resultados. Preza-se por uma prática fundamentada na responsabilidade pessoal e social, na qual os conhecimentos teóricos, habilidades e atitudes constituem uma matriz ética e moral (SULMAN, 1998). Além disso, ao educador é imprescindível cultivar uma relação pautada no respeito, solidariedade e amorosidade para com o estudante, uma vez que tem o compromisso e responsabilidade com o seu processo de formação (FREIRE, 2014).

Esses conhecimentos foram constituindo a base do preceptor para o ensino no decorrer do processo educativo, na medida em que os mesmos foram sentindo a necessidade de saber mais sobre esses aspectos que compõem a preceptoria, a partir das experiências e conhecimentos apreendidos ao longo de sua trajetória. A experiência constitui uma das fontes de conhecimentos do professor, além da formação acadêmica (técnico-profissional), os materiais e o contexto educativo e a pesquisa (BACKES et al., 2013).

Todavia, não basta saber o conteúdo ou ter habilidades práticas. É preciso que os conhecimentos de domínio do preceptor não o restrinjam ao ensino puramente técnico, mas que o direcionem à compreensão do todo e da complexidade que está intrinsecamente relacionada ao conhecimento pedagógico do conteúdo no processo de ensino-aprendizagem.

A esse movimento de articulação e integração entre as fontes e os conhecimentos base para o ensino chamamos de Modelo de Raciocínio e Ação Pedagógico, no qual se constrói a *expertise* do professor ao longo de sua trajetória (BACKES et al., 2013). Esse modelo, proposto por Shulman (1987), corresponde a um processo composto por seis elementos – compreensão, transformação, instrução, avaliação, reflexão, e nova compreensão – dispostos em distintas etapas que ajudarão a construção do conhecimento pedagógico do conteúdo (MARCON; GRAÇA; NASCIMENTO, 2011a).

Marcelo (1995) aponta que, conscientes ou não, os professores reconstruem, adaptam e simplificam o conteúdo a ser ensinado. Mas é a partir desse movimento no modelo de raciocínio e ação pedagógico, proposto por Shulman, que o professor adquire maior consciência sobre o processo do qual faz parte e transforma o conteúdo de tal modo que o torna ensinável e compreensível para os alunos. Com isso, ele tem melhor condição em selecionar o material mais adequado ao seu contexto, dar exemplos, adaptar o conteúdo aos estudantes e então refletir, reconstruir

seus saberes, obter novas compreensões e assim constituir um repertório de conhecimentos que o habilita a uma prática de *expert* (SHULMAN, 1986; BACKES et al., 2013).

Assim, para além da simples transmissão do conhecimento ou execução de tarefas, o preceptor precisa compreender a sua realidade, o mundo do residente, os objetivos da sua prática educativa, as ferramentas que pode utilizar na preceptoria. Mas não basta saber o conteúdo, conhecer o contexto institucional, é necessário saber ensinar. E esse saber é denominado por Shulman (1986) de Conhecimento Pedagógico do Conteúdo (CPC).

Esse conhecimento foi identificado nas falas dos preceptores, relacionado à postura e atitude do preceptor no processo educativo, de modo a direcionar o residente à compreensão da prática e aprendizado. Mas como isso acontece no dia a dia? Diante das falas, constato que esse conhecimento é resultado de uma prática reflexiva, na qual o preceptor constitui o seu conhecimento de conteúdo para o processo educativo na prática assistencial.

Para Shulman, o CPC é uma espécie de amálgama entre o conteúdo e a didática, no qual o professor desenvolve o conhecimento de como ensinar sua matéria específica, ou seja, o conhecimento para o ensino (BOLIVAR, 2005; MARCON, 2013; TARDIF, 2012). Ele permite ao professor desenvoltura na prática do ensino, de modo que o ajuda a conduzir os estudantes à aprendizagem de forma participativa, reflexiva, criativa, utilizando estratégias de ensino adaptadas ao contexto (SHULMAN, 2005; GUDMUNSDOTTIR, 1998).

A esse conhecimento, alguns preceptores chamaram de DOM para ensinar. Essa palavra, de acordo com o dicionário de língua portuguesa, significa “Dádiva, presente; Merecimento, mérito; Dote natural; talento, prenda, aptidão, faculdade, capacidade, habilidade especial para” (DOM, 2009). Um dom não se aprende, é inato. Saber ensinar é um conhecimento que se aprende, ainda que uns tenham mais facilidade que outros. O Saber ensinar é modelado ao longo da trajetória do professor, por sua história de vida e socialização (TARDIF, 2012).

Será que pensar dessa forma é correto? Será que o Dom é uma característica particular e subjetiva que compõe o Conhecimento Pedagógico do Conteúdo? Os preceptores que revelaram esse aspecto acreditavam que não basta ter formação se não houver o dom para o ensino, pois esse ingrediente relaciona-se diretamente ao desafio e, ao mesmo tempo, ao sucesso no processo educativo da preceptoria.

Por fim, ao olhar para a preceptoria, como atividade de ensino, e o preceptor como o profissional responsável pelo seu exercício, reafirmo a

necessidade de construções didáticas que constituam o repertório de conhecimentos do preceptor e lhe permitam conduzir o residente à aprendizagem e a uma boa prática em saúde no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o exercício da preceptoria é necessário que o preceptor domine conhecimentos que o orientarão ao ensino na prática. Nesse sentido, fundamentada em Lee Shulman, que trabalha os conhecimentos base para o ensino no contexto do professor, reconheço que os preceptores também integram esses conhecimentos à sua prática de preceptoria, com destaque para o conhecimento pedagógico geral e o conhecimento pedagógico do conteúdo.

O conhecimento sobre o currículo, assim como o conhecimento sobre o contexto educacional, objetivos, as finalidades e os valores educacionais, e seus fundamentos filosóficos e históricos também integram a prática de ensino do preceptor, porém tais conhecimentos vão sendo incorporados à preceptoria ao longo de sua trajetória.

A relação estabelecida entre a prática assistencial e o ensino no serviço faz com que os preceptores sintam a necessidade de saberes pedagógicos, para que possam dominar as estratégias do processo de ensino-aprendizagem, com objetivo e intencionalidade pedagógica. Aqueles que, de certa forma, estão se aproximando do âmbito acadêmico, principalmente por meio de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, sentem maior segurança em realizar o seu papel de preceptor.

Além da base de conhecimentos para o ensino, também se identificou uma preocupação quanto ao conhecimento da ética e moral nas relações estabelecidas no processo de ensino-aprendizagem, o que vem constituir saber imprescindível ao desenvolvimento da preceptoria, o ensino na e da prática.

O conhecimento pedagógico do conteúdo, por sua vez, emerge nas falas dos participantes do estudo. Esse conhecimento reflete o processo de transformação dos saberes de que o preceptor dispõe e que ele utiliza para ser compreendido pelos residentes. Trata-se do saber ensinar a prática, o como adequar o conhecimento para que o residente compreenda e aprenda. Nesse processo, muitas vezes inconscientemente, os preceptores desenvolvem o modelo de raciocínio e ação pedagógico, construindo e reconstruindo o seu conhecimento sobre a prática em saúde.

Acredito ser necessário o preparo pedagógico que oriente o preceptor ao que deve saber e fazer, e quais conhecimentos ele precisa

dominar para ancorar sua prática de ser preceptor competente, uma vez que a sua qualificação repercute diretamente na qualidade do seu ensino.

Por fim, ainda há muito que se descobrir sobre este fenômeno. E, para isso, é necessário que novos estudos sejam realizados, a fim de ampliar os saberes acerca desta temática, bem como é necessário que os preceptores tenham consciência quanto aos conhecimentos necessários ao ensino na preceptoria, para que constituam o movimento de construção do seu repertório de conhecimentos para um melhor desempenho no ensino da prática em saúde.

REFERÊNCIAS

- BACKES, V. M. S. et al. Expressões do Conhecimento Didático do Conteúdo de um professor experimentado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 804-810, jul./set. 2013.
- BOLIVAR, A. Conocimiento didáctico del contenido y didácticas específicas. pedagogical content knowledge and subject matter didactics. **Profesorado**: Revista de currículum y formación del profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-39, 2005.
- CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.
- DOM. In: MICHAELIS: dicionário de português online. 2009.
Disponível em:
<<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=dom>> Acesso em: 16 fev. 2015.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.
- _____. **Política e educação**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
- GARCIA, C. M. Como Conocen los profesores la materia que enseñan. algunas contribuciones de la investigación sobre conocimiento didactico del contenido. **Profesorado**, Granada, Espanha, v. 6, n. 10, 1992.
Disponível em:
<http://www.inet.edu.ar/programas/formacion_docente/biblioteca/forma

cion_docente/marcelo_garcia_como_conocen_docentes.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013.

GROSSMAN, P. L. Un estudio comparado: las fuentes del conocimiento didáctico del contenido en la enseñanza del inglés en secundaria. **Profesorado**: Revista de currículum y formación del profesorado Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2005. Disponível em: <www.ugr.es/~recfpro/?p=235>. Acesso em: 15 jan. 2013.

GROSSMAN, P. L.; WILSON, S. M. Y.; SHULMAN, L. S. Profesores de sustancia: el conocimiento de la materia para la enseñanza. **Profesorado**: Revista de Currículum y Formación del Profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-25, 2005.

GUDMUNDSDOTTIR, S. La naturaleza narrativa del saber pedagógico sobre los contenidos. In: MCEWAN, H; EGAN, K (Org.). **La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación**. Buenos Aires: Amorrortu, 1998. p. 52-71.

MADEIRA, M. Z. A.; LIMA, M. G. S. B. O significado da prática docente na constituição do saber ensinar das professoras do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 70-77, jan./mar. 2010.

MARCELO, Carlos. **Formación del profesorado para el cambio educativo**. Barcelona: PPU, 1995.

MARCON, D. **Conhecimento pedagógico do conteúdo**. A integração dos conhecimentos do professor para viabilizar a aprendizagem dos alunos. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2013.

MARCON, D.; GRAÇA, A. B. S.; NASCIMENTO, J. V. Reinterpretação da estrutura teórico-conceitual do conhecimento pedagógico do conteúdo. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 323-339, abr./jun. 2011a.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoría na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014.

SHULMAN, L. S. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado**: Revista de Currículum y Formación del profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-30, 2005. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. Knowledge and teaching: foundations of the new reform. **Harvard Educational Review**, Cambridge, Massachusetts, v. 57, n. 1, p. 1-22, 1987.

_____. Paradigmas y programas de investigación en el estudio de la enseñanza: Una perspectiva contemporánea. In: WITTROCK, M. (Ed.). **La investigación en la enseñanza I**: enfoques, teorías y métodos. Madrid: Paidós-MEC, 1989. p. 9-91. Disponível em: <http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Shulman_Unidad_1.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2013.

_____. Theory, practice, and the education of professionals. **The Elementary School Journal**, Chicago, v. 98, n. 5, p. 511-526, 1998.

_____. Those Who Understand: Knowledge Growth in Teaching. **Educational Researcher**, v. 15, n. 2, p. 4-14, fev. 1986. Disponível em: <http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman_1986.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

SILVA, G. T. R.; ESPÓSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoría: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.460-465, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2015.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 13. ed.
Petrópolis: Vozes, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegou o momento final desta pesquisa, porém não o ponto final da investigação acerca desta temática. Cabe aqui destacar as descobertas e o saberes desenvolvidos ao longo desta trajetória, assim como as limitações e possíveis orientações/recomendações para o aprofundamento do conhecimento sobre esse fenômeno.

Vários questionamentos permearam o pensamento ao início do estudo, dentre eles: Quais são os saberes que o preceptor utiliza para ensinar? Qual é o conhecimento de conteúdo que o preceptor apresenta e como esse conteúdo se transforma em ensino? Que elementos estruturam sua base de conhecimentos para o ensino? E a partir desses questionamentos seguiu com o objetivo de Compreender a preceptoria em saúde e os conhecimentos base para o ensino dos preceptores dos programas de residência de hospitais universitários.

Escolhi ouvir os preceptores dos programas de residência dos hospitais universitários de um estado do Nordeste do Brasil e, a partir de suas falas, busquei respostas aos questionamentos e para o alcance dos objetivos do estudo.

Este estudo mostrou que os profissionais/preceptores compreendem a sua atividade de preceptoria como uma mediação da teoria com a prática no âmbito do trabalho, desenvolvendo no contexto do trabalho a assistência e o ensino. Os preceptores reconhecem o compromisso e responsabilidade de sua posição, já que para o residente passam a ser um modelo de profissional, um guia, um orientador para o no caminho de formação a ser percorrido.

A maioria dos preceptores reconheceram que, por estarem em um hospital universitário, um hospital de ensino, participar do processo de formação de novos profissionais fazia parte de suas obrigações. Apontaram que não é uma obrigatoriedade legal, mas que cabe a cada um reconhecer a importância de sua contribuição nesse processo formativo. Ser preceptor faz o profissional se perceber como “professor” da prática e reconhecer a dimensão da sua responsabilidade para com a educação no serviço, com a aprendizagem e a formação de residentes nos programas de residência.

O compromisso e a responsabilidade na prática da preceptoria leva os preceptores a reconhecerem a importância de desenvolver modos e maneiras de ensinar que contribuam para potencializar o aprendizado dos novos profissionais. Por isso, manifestam a necessidade de buscar e mobilizar os conhecimentos necessários a uma prática educativa

competente, de modo a qualificar a preceptoria como uma prática educativa no trabalho.

A prática da preceptoria a partir da percepção dos preceptores é vista como uma atividade dinâmica e por meio da qual residentes e preceptores compartilham o cuidado realizado diariamente, discutem os casos clínicos, planejam as intervenções, tomam decisões. Quando iniciam a atividade de preceptoria, os preceptores, em geral, repetem o modelo que conhecem ou que já vivenciaram (já que muitos também foram residentes), pois não há preparação para a função que aponte para um modelo a ser seguido. Ainda que exista um projeto pedagógico que oriente o curso, no qual objetivos e perfis de egressos estão definidos.

Essa realidade nos aponta para a importância da formação do preceptor para o exercício de seu papel, de modo a não se reduzir ao simples fazer da técnica pela técnica, do trabalho instrumental e treinamento em serviço. É importante que o exercício da preceptoria se constitua de criticidade, seja uma espaço fértil à criatividade, à reflexão[,] e seja realizado de modo consciente, científica e pedagogicamente fundamentado, transformando o mundo do trabalho em espaço de aprendizagem pela mediação pedagógica do preceptor.

A preceptoria é compreendida como uma atividade educativa, e os preceptores utilizam os conhecimentos que compõem o Conhecimento Base para o Ensino propostos por Shulman como necessários a uma prática docente competente (ou pelo menos reconhecem a sua necessidade). São eles: o conhecimento do conteúdo, dos residentes e suas características, o conhecimento pedagógico, o conhecimento curricular, o conhecimento do contexto, dos objetivos e finalidades educacionais e o conhecimento pedagógico do conteúdo.

Percebi que o conhecimento do conteúdo utilizado pelo preceptor corresponde ao saber teórico da própria especialidade e ao saber advindo da prática, da experiência, os quais se complementam e se contextualizam no cotidiano do trabalho. E, nesse sentido, o conhecimento sobre os residentes e suas características é reconhecido como de fundamental importância, uma vez que, a partir do momento em que o preceptor passa a conhecer as necessidades de aprendizado do seu residente, ele reúne subsídios que o ajudam a adaptar o conteúdo a ser ensinado, para uma aprendizagem melhor.

Ao longo do estudo, identifiquei que os saberes pedagógicos que integram o Conhecimento Base para o Ensino também eram percebidos pelos preceptores no processo ensino-aprendizagem dos residentes. O conhecimento do currículo, do contexto, dos objetivos e das finalidades educacionais foi citado, porém com menos ênfase, e eram apreendidos à

medida em que preceptoria se desenvolvia. Isso indica que esse conhecimento precisa ser discutido, apresentado e compreendido pelo preceptor não como uma necessidade advinda da prática cotidiana, mas como um imperativo para a plena construção das competências pelos residentes ao longo de sua formação. Ou seja, para contribuir na formação, o preceptor precisa saber/conhecer o que se deseja formar e como se pretende isso; precisa conhecer o projeto pedagógico do curso em que se insere. Este é um importante tema que precisa estar na pauta de um processo formativo regular e sistemático para o exercício da preceptoria.

Cabe destacar questões atitudinais que apareceram no estudo de modo significativo, tais como ética, moral, sensibilidade, respeito, solidariedade e amorosidade nas relações estabelecidas entre o preceptor e o residente. Esse dado remete a reflexão acerca dessa dimensão integrante do ensino por competências, mas que ainda parece estar negligenciada no contexto do ensino na saúde. Na prática, o que vemos é uma grande dificuldade de incorporação da dimensão atitudinal nas diferentes fases do processo pedagógico, quer seja em cursos de graduação ou pós-graduação. A dimensão cognitiva e de aquisição de habilidades segue tendo centralidade nesse processo. Nesse sentido, o reconhecimento pelos preceptores de que saberes dessa natureza estão presentes e precisam ser considerados no processo de formação dos residentes se constitui num importante indicativo para que se aprofundem as reflexões acerca dessa temática.

O conhecimento pedagógico geral emergiu, também, com muita ênfase nos discursos dos participantes do estudo, uma vez que a articulação entre o ensino e o cuidado no ambiente do trabalho exige dos profissionais/preceptores o domínio de estratégias para uma intencionalidade pedagógica. Os preceptores sentem a necessidade de desenvolver esse conhecimento e muitos buscam esse preparo por meio de cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Nesse panorama, foi unânime o relato sobre a importância da instituição proporcionar tal preparo ao seu corpo de preceptores, visto que uma formação adequada do preceptor repercute diretamente na qualidade da preceptoria.

O conhecimento pedagógico do conteúdo, por sua vez, também apareceu nos resultados e esse conhecimento reflete o repertório de conhecimentos que o preceptor utiliza para se fazer compreendido pelos residentes, é o saber ensinar na prática, é o saber fazer a preceptoria, o modo como adapta os seus conhecimentos para que o residente compreenda e aprenda. Nesse processo, o preceptor se aproxima do

modelo de raciocínio e ação pedagógica de Shulman, e no seu movimento constrói e reconstrói o seu conhecimento sobre e na prática em saúde.

Compreender esse fenômeno não foi uma tarefa fácil, pois algumas limitações, como a dificuldade na disponibilidade dos preceptores em participarem do estudo devido à sobrecarga de atividades desenvolvidas cotidianamente, assim como o fato de muitos terem vínculo docente com instituições de ensino superior, permearam a coleta de dados.

Além disso, discutir sobre o Conhecimento Base para o Ensino na preceptoria foi um grande desafio e aprendizado. Apesar de ser um referencial teórico trabalhado no âmbito acadêmico, voltado para a formação docente, utilizá-lo como fundamentação teórica neste estudo fortaleceu a discussão sobre a importância da formação inicial e permanente para o exercício da preceptoria no âmbito do trabalho.

Nesse contexto, afirmo que a tese foi confirmada, pois a preceptoria é uma prática educativa que exerce papel importante na formação do profissional em saúde e requer que o preceptor constitua um repertório de saberes para a condução do processo ensino-aprendizagem dos residentes. O estudo também trouxe evidências do descompasso na articulação da teoria com a prática, da articulação entre o ensino e o serviço. Além disso, desvelou que os profissionais da saúde atuam em instituições de ensino sem a necessária formação ou capacitação para o exercício do processo ensino-aprendizagem.

Não foi uma temática de fácil compreensão por parte dos entrevistados, talvez por não fazer parte do seu contexto. Para isso, durante a entrevista senti a necessidade de tentar decodificar os requerimentos de uma prática pedagógica. Então, usei a analogia: “Um padeiro, para fazer o seu trabalho, ele precisa saber a receita, os ingredientes necessários, o tipo de forno, a temperatura, o melhor local, o horário conforme o funcionamento da padaria. E você, o que precisa saber para fazer a preceptoria?”. Isso permitiu aos profissionais compreender o tema e refletir acerca dos requerimentos para o processo pedagógico envolvido na prática da preceptoria.

Como pesquisadora, esse processo me levou a uma compreensão melhor sobre o fenômeno em estudo, porém ainda é uma temática que precisa ser discutida e aprofundada. Sobre isso, certamente, os preceptores ainda têm muito a dizer, principalmente de suas necessidades de formação, de melhores condições para o desenvolvimento da preceptoria, tanto do ponto de vista de aporte teórico como operacional. Aí incluindo formação permanente, menos sobrecarga de trabalho e mais tempo de dedicação à prática educativa no âmbito do trabalho, bem como maior incentivo e valorização por parte da instituição, que, por ser um

hospital de ensino, sua missão prioritária é constituir-se em *locus* para a formação de profissionais de saúde.

Acredito que esta pesquisa expande a temática para uma área importante e carente de estudos, apresenta conteúdos que podem orientar a instituição onde foi realizada, e pode ser replicada para outras instituições, no desenvolvimento de uma política interna de formação do preceptor para o exercício da preceptoria, assim como no desenvolvimento de critérios para ser preceptor. Também convida a comunidade científica a ampliar as discussões sobre a formação do preceptor e a preceptoria em saúde, pois fornece subsídios que podem fundamentar a elaboração de uma política nacional de valorização desse preceptor e reconhecimento de sua identidade como profissional que educa cuidando e cuida educando.

Por fim, o estudo também trouxe contribuições na discussão sobre os conhecimentos necessários à prática da preceptoria, o que constitui subsídios teóricos para o planejamento de um modelo de formação pedagógica, na qual o preceptor poderá desenvolver as competências necessárias ao ensino da prática na formação e qualificação profissional para o SUS, para que possamos sair do discurso para a ação de um trabalho bem-sucedido.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, C. S. et al. Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives. **Journal of Nursing Management**, v. 21, p. 263-272, 2013.

AFONSO, D. H. O Compromisso da Abem com a residência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 151-152, 2012.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2012.

ALTET, M. As competências do professor profissional: entre conhecimentos, esquemas de ação e adaptação, saber analisar. In: PAQUAY, L. et al. **Formando professores profissionais: quais estratégias? quais competências?**. 2. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 23-35.

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. de M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/88/02_EducacaoPermanente.pdf> Acesso em: 28 fev. 2013.

ARMITAGE, P.; BURNARD, P. Mentors or preceptors? narrowing the theory-practice gap. **Nursing Education Today**, v. 11, p. 225-229, 1991. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026069179190064H>> . Acesso em: 27 nov. 2012.

ASIRIFI, M. A. et al. Preceptorship in the ghanaiian context: coaching for a winning team. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 3, n. 12, p. 168-176, 2013. Disponível em: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/download/2529/1894>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

- BACKES, V. M. S. et al. Expressões do conhecimento didático do conteúdo de um professor experimentado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 804-810, jul./set. 2013.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado de nós. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, set./out. 2010. 8 telas.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado Humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Florianópolis. **Texto & Contexto**, n. 19, v. 2, p. 378-385, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21.pdf>> Acesso em: 11 maio 2013.
- BALMER, D. F. et al. Understanding pediatric resident) continuity preceptor relationships through the lens of apprenticeship learning. **Medical Education**, v. 42, p. 923-929, 2008.
- BAIN, L. Preceptorship: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 104-147, 1996.
- BARBEIRO, F. M. S; MIRANDA, L. V.; SOUZA, S. R. Nurse preceptors and nursing residents: interaction in the practice scenario. **Rev. pesqui.:** cuid. fundam. online, v. 2, n. 3, p. 1080-1087, 2010. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651644>>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Tradução Lucie Didio. Brasília: Plano, 2002.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BISSET, R. T. **Expert teaching**: knowledge and pedagogy to lead the profession. Londres (UK): David Fulton, 2001.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. Petropolis: Vozes, 2000.

BOLÍVAR, A. Conocimiento didáctico del contenido y didácticas específicas. pedagogical content knowledge and subject matter didactics. **Profesorado**: Revista de currículum y formación del profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-39. 2005.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, jan./abr. 2002.

BOTTI, S. H. de O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

_____. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 102-106, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=317>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

_____. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2013.

_____. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 08 nov. 2012.

_____. Ministério da Educação. **Lei de diretrizes e base da educação nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES n. 3/2001**: dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004**: institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 08 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>
> Acesso em: Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação na Saúde. Brasília, 13 a 15 de outubro de 2008. In: Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional De Saúde, 3., 2008, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: [s.n.], 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/politica_nacional_saude.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. Ministério da Educação. **Residência multiprofissional**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=813>. Acesso em: 12 ago. 2012.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, abr. 2012. Secção 1, p. 24-25. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=24&data=16/04/2012>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Ministério da educação. **Hospitais universitários**. 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRAITHWAITE, A. C; LEMONDE, M. Team Preceptorship Model: A solution for students' clinical experience. **International Scholarly Research Network ISRN Nursing**, Toronto, Canadá, v. 2011, p. 1-7. Article ID 530357. DOI:10.5402/2011/530357

CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING (CASN). ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES (ACESI). **Guidelines for Quality community health**

nursing clinical placements for baccalaureate nursing students.

Ottawa: CASN, 2010.

CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARTER, K. Teachers' Knowledge and Learning to Teach. In.: HOUSTON, R. (Ed.). **Handbook of Research on Teacher Education**. New York: Macmillan, 1990. cap. 17, p. 291-310.

Disponível em:

<<http://www83.homepage.villanova.edu/richard.jacobs/EDU%208869/Carter.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005a.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020> Acesso em: 9 maio 2013.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-168, set./fev. 2005b. Disponível em:

<<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educa%20permanente.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>> Acesso em: 16 nov. 2011.

CHEVALLARD, Y. **La transposición didáctica**: del saber sábio al saber enseñado. 3. ed. Buenos Aires: Aique, 1998.

CIAVATTA, M. Trabalho como princípio educativo. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapriedu.html>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema único de saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface**: Com Educ Saúde, v. 12, n. 24, p. 125-140, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2013.

CONTRERAS, R. B. **Follow blog via email categories using atlas. ti for a discourse analysis study of blogging in an educational context**. Jul. 2014. Disponível em: <<https://atlastiblog.wordpress.com/2014/07/20/using-atlas-ti-for-a-discourse-analysis-study-of-blogging-in-an-educational-context/>> Acesso em: 20 de set. 2014.

DELORS, J. et al. **Educação**: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 2010.

DOM. In: MICHAELIS: dicionário de português online. 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=dom>> Acesso em: 16 fev. 2015.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf>>. Acesso em: 1 ago 2013.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. 2011. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO, A. P, CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoría nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul Enf.**, v. 13, n. esp. parte I, p. 91-97, 2000.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literature. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012a. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1488>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: Convergência entre educação e humanização. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012b. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/11.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2013.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, out. 2009. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2013.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 30, n. 1, p. 106-112, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8882>>. Acesso em: 24 out. 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica**: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: HUCITEC, 2002.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, abr. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. **Bulletin**, n. 4, 1910. Disponível em: <<http://ia600308.us.archive.org/22/items/medicaleducation00flexiala/medicaleducation00flexiala.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

FORTUNA, C. M. et al . A produção de narrativas crítico-reflexivas nos portfólios de estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 out. 2012.

FRANCO, M. A. C.; FRIGOTTO, G. As Faces históricas do trabalho: como se constroem as categorias. **R. Bras. Est. Pedag.**, Brasília, v. 74, n. 178, p. 529-554, set./dez. 1993.

_____. **A formação do cidadão produtivo**: a cultura de mercado no ensino médio técnico. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Política e educação**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo perspect.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 3-11, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

GAIA, S.; CESÁRIO, M.; TANCREDI, R. M. S. P. Formação profissional e pessoal: a trajetória de vida de Shulman e suas contribuições para o campo educacional. **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, v. 1, n. 1, p. 142-155, set. 2007. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

GARCIA, C. M.. Como Conocen los profesores la materia que enseñan. algunas contribuciones de la investigacion sobre conocimiento didactico del contenido. **Profesorado**, Granada, Espanha, v. 6, n. 10, 1992. Disponível em: <http://www.inet.edu.ar/programas/formacion_docente/biblioteca/formacion_docente/marcelo_garcia_como_conocen_docentes.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013.

GOVERNO DO ESTADO RN. **População**. Disponível em: <<http://www.rn.gov.br/conheca-o-rn/populacao>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

GROSSMAN, P. L. Un estudio comparado: las fuentes del conocimiento didáctico del contenido en la enseñanza del ingles en secundaria. **Profesorado: Revista de currículo y formación del profesorado**, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2005. Disponível em: <www.ugr.es/~recfpro/?p=235>. Acesso em: 15 jan. 2013.

GROSSMAN, P. L.; WILSON, S. M. Y.; SHULMAN, L. S. Profesores de sustancia: el conocimiento de la materia para la enseñanza. **Profesorado: Revista de Currículo y Formación del Profesorado**, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-25, 2005.

GUDMUNSDOTTIR, S. La naturaleza narrativa del saber pedagógico sobre los contenidos. In: MCEWAN, H; EGAN, K (Org.). **La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación**. Buenos Aires: Amorrortu, 1998. p. 52-71.

GUDMUNDSDÓTTIR, S.; SHULMAN, L.S. Conocimiento didáctico em ciências sociais. **Profesorado**: Revista de currículum y formación del profesorado, Granada, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-12, 2005. Disponível em: <www.ugr.es/~recfpro/?p=235>. Acesso em: 15 jan. 2013.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, p. 98-114, out. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/140/136>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

HASHWEH, M. Z. Teacher pedagogical constructions: a reconfiguration of pedagogical content knowledge. **Teachers and Teaching**, Nottingham, UK, v. 11, n. 3, p. 273-292, 2005. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13450600500105502#.Ug7B3haIyfQ>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

HEFFERNAN, C. et al. Evaluating a preceptor programme in south West Ireland: perceptions of preceptors and undergraduate students. **Journal of Nursing Management**, Baltimore, USA, v. 17, n. 5, p. 539-549, 2009.

HOUAISS A; VILLAR, M.S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificações, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Tradução Michael Schmidt Ducan e Ana Rita Peres. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 3, p. 43-54.

HUOL. **Residência médica**. Atualizado em: 2013a. Disponível em: <http://www.huol.ufrn.br/res_medica.php>. Acesso em: 17 ago. 2013.

HUOL. **Programa de residência em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (CTBMF)**. 2013b. Disponível em: <http://www.huol.ufrn.br/res_cirurgia.php>. Acesso em: 17 ago. 2013.

IBGE. **Estados@**: Rio Grande do Norte. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rn>>. Acesso em: 6

dez. 2014.

INGUI, Daniela. Entrevista Lee Shulman. **Revista Eletrônica de Jornalismo científico**, 5 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&tipo=entrevista&edicao=53>> Acesso em: 1 jun. 2013.

JESUS, M. L. T. B. de. **Saberes necessários ao professor**: uma aproximação do conceito de autonomia e de suas implicações para o desenvolvimento da profissão docente. 2003. 145 f. Mestrado (Dissertação em Educação) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

KATELARIS, A.; JORM, C. Solving the problems of practice-based education. **Med J Aust**, Sidney, Austrália, v. 195, p. 163-163, 2011. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2011/195/4/solving-problems-practice-basededucation>> Acesso em: 06 ago. 2013.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 528-537, out./dez. 2003.

LEE, T.Y. et al. Effects of a preceptor programme on turnover rate, cost quality and professional development. **Journal of Clinical Nursing**, Canada, USA, v. 18, n. 8, p. 1217–1225, 2009.

LEINHARDT, G. What Research on Learning Tells Us About Teaching. **Educational Leadership**, v. 49, n. 7, p. 20-25, 1992. Disponível em: <http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_199204_leinhardt.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2013.

LIMA, M. M. et al. Integralidade na Atenção à Saúde e na Formação do Enfermeiro: Análise da Literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 155-162, 2011. Disponível em:

<<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/610>>. Acesso em: 30 mar. 2013

LOBO NETO, Francisco José da Silveira. Ser professor: necessidade de formação profissional específica. In: **FORMAÇÃO: Formação de formadores: a nova docência na educação básica e profissional**, n. 4, p. 5-13. jan. 2002. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2004.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

MADEIRA, M. Z. A.; LIMA, M. G. S. B. O significado da prática docente na constituição do saber ensinar das professoras do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 70-77, jan./mar. 2010.

MARCELO, Carlos. **Formación del profesorado para el cambio educativo**. Barcelona: PPU, 1995.

MARCON, Daniel. **Construção do conhecimento pedagógico do conteúdo dos futuros professores de educação física**. 2011. 574 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto). Universidade do Porto, Portugal, 2011.

MARCON, D. **Conhecimento pedagógico do conteúdo**. A integração dos conhecimentos do professor para viabilizar a aprendizagem dos alunos. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2013.

MARCON, D.; GRAÇA, A. B. S.; NASCIMENTO, J. V. Reinterpretação da estrutura teórico-conceitual do conhecimento pedagógico do conteúdo. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 323-339, abr./jun. 2011a.

_____. Busca de paralelismo entre conhecimento pedagógico do conteúdo e processo de raciocínio e ação pedagógica. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 261-294, abr. 2011b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edur/v27n1/v27n1a12.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,

R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MEIRA, M de O. B.; SANTOS, J. E.; SANTANA, J. A. T. Residência Multiprofissional em Saúde: Construção de uma estratégia de formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

MEDINA, J. L. La construcción del saber en la enfermería y la salud: una visión ontoepistemológica. In: COLÓQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA; 12., Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: [s.n.], 2010.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses: a review of the literature. **Rural Remote Health**, Victória, Austrália, v. 5, n. 3, p. 1-10, ago. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 2010.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Cienc. S. Coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, dez. 2008. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a15v22n4.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NÓVOA, A. Formação de professores e profissão docente. In: NÓVOA, A. (Org.). **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1995. p. 13-33.

NUNES, M. P. T. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 35-40, out. 2011.

O'DONOVAN, M. Reflecting during clinical placement: discovering factors that influence pre-registration psychiatric nursing students. **Nurse Education in Practice**, v. 6, n. 3, p. 134-140, 2006.

PATON, B. I. The professional practice knowledge of nurse preceptors. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 49, n. 3, p. 143-149, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19954134>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 12 out.

2012.

PÉREZ, C. Efectos de la hemodiálisis en la calidad de vida de los usuarios. **Horiz Enferm**, v. 20, n. 1, p. 57-65, 2009. Disponível em: <http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/Horizonte_20-N-1-Ano_2009.pdf#page=83>. Acesso em: 17 ago. 2013.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**: Faculdade de Medicina de Minas Gerais, 2001. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologia%20e%20saude%20publica/Historia%20e%20estrutura%20SUS.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, M. L. do et al. El diseño en la investigación cualitativa. In: INVESTIGACIÓN cualitativa en enfermeira: contextos y bases conceptuales. Washington: PALTEX, 2008. cap. 7, p. 87-99.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ(RN). **Geografia**. Atualizado em: 28 maio 2013. Disponível em: <<http://www.santacruz.rn.gov.br/site/index.php/santa-cruz-2/geotrafia>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

RAMOS, V.; GRAÇA, A. B. S.; NASCIMENTO, J. V. O conhecimento pedagógico do conteúdo: estrutura e implicações à formação em educação física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 161-171, 2008. Disponível em: <http://www.profdomingos.com.br/conhecimento_pedagogico_conteudo_educ_fisica.pdf> Acesso em: 30 out. 2012.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. do. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**: UERJ, Rio de Janeiro, ano 11,

2012. Suplemento.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012.

SALUM, N. C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**. 2006. 319 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SANTOS, E. G. et al. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 547-552, dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000600017>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

SAUCIER, D. et al. How core competencies are taught during clinical supervision: participatory action research in family medicine. **Medical Education**, v. 46, p. 1194–1205, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.12017/abstract>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

SAUPE, R.; GEIB, L. Programas tutoriais para os cursos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p.721-726, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1711/1756>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 985-993, 2012. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 12 out. 2012.

SHULMAN, L. S. Those Who Understand: Knowledge Growth in Teaching. **Educational Researcher**, v. 15, n. 2, p. 4-14, fev. 1986. Disponível em:

<http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman_1986.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

_____. Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. **Harvard Educational Review**, Cambridge, Massachusetts, v. 57, n. 1, p. 1-22, 1987.

_____. Theory, practice, and the education of professionals. **The Elementary School Journal**, Chicago, v. 98, n. 5, p. 511-526, 1998.

_____. Paradigmas y programas de investigación en el estudio de la enseñanza: Una perspectiva contemporánea. In: WITTROCK, M. (Ed.). **La investigación en la enseñanza I: enfoques, teorías y métodos**. Madrid: Paidós-MEC, 1989. p. 9-91. Disponível em: <http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Shulman_Unidad_1.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2013.

_____. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado: Revista de Currículo y Formación del profesorado**, Granada, Espanha. v. 9, n. 2, p. 1-30, 2005. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. **A Little history about Dr. Lee Shulman**. Biografia. 2008. Disponível em: <<http://www.leeshulman.net/>>. Acesso em: 1 jun. 2013. SILVA, L. A. A. et al, 2014. Percepções de professores enfermeiros sobre a intersecção do trabalho assistencial e docente. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 313-322, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10081>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminho para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 13-23, 2003.

SILVA, M. A.; ERDMANN, A. L.; CARDOSO, R. S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando os cenários das políticas gerenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 448-459. 2008. Disponível em: <<http://www.pen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

SILVA, G. T. R.; ESPOSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2015.

SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2013.

RODRIGUES, C. D S. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho par a Saúde. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA R. F, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface**: comun saúde educ., Botucatu, SP, v. 12, n. 27, p. 721-734, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a04v1227.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2012.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/251/241>>. Acesso em: 27 nov. 2012

SOUZA JÚNIOR, M. B. M. de; MELO, M. S. T. de; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em educação física escolar. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 31-49, jul./set. 2010.

SOUZA, M. de L de. et al. Enfermería y el encuentro con la ciência y los valores. In.: PRADO, M. L. do; SOUZA, M. de L. de; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa en enfermeira**: contextos y bases conceptuales. Washington: PALTEX, 2008. cap. 3, p. 39-46.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

TAVARES, P. E. N. et al. A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 798-807, out./dez. 2011.

VALENTE, G. S. C.; CORTEZ, E. A.; CAVALCANTI, A. C. D. et al. Nursing mentoring in primary care: building skills from practice. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 7, p. 3047-3058, set. 2014.

WILLIAMS, L.; IRVINE, F. How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. **Journal of Nursing Management**, Baltimore, USA, v. 17, n. 4, p. 474-483, 2009.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFSC/ UFRN

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Me conte como foi sua inserção no programa de residência.
2. O que você entende por preceptoria?
3. Me fale um pouco sobre como você realiza a preceptoria.
4. Para você o que é ser preceptor?
5. Quais são os conhecimentos que você utiliza para realizar a preceptoria?

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFSC/ UFRN

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____
_____, ciente dos objetivos da pesquisa intitulada “**A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE.**”, especialmente sobre os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora, Kátia Regina Barros Ribeiro, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisador, acima citada, em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;

5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Kátia Regina Barros Ribeiro, e após esse período, serão destruídos e,

6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Local , ____ de _____ de 2014.

Assinatura participante da pesquisa

Assinatura Pesquisador

APÊNDICE C - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFSC/ UFRN

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Ilmo(a).

Eu, Marta Lenise do Prado, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada “**A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**”, venho solicitar autorização para que a pesquisadora Kátia Regina Barros Ribeiro, discente do Curso de Doutorado, na modalidade interinstitucional, da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DINTER UFSC/UFRN), possa realizar coleta de dados nessa Instituição.

Essa pesquisa tem como objetivo compreender o significado de ser preceptor e os conhecimentos que ele utiliza para conduzir o processo de ensino-aprendizagem na formação do residente. Além disso, pretende-se, com os resultados, colaborar com a produção científica sobre Educação em Enfermagem e a formação do profissional de saúde para o SUS.

A pesquisa será realizada junto aos preceptores, profissionais vinculados a essa instituição e utilizará a estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo para coleta, tratamento, análise e interpretação dos dados. A técnica utilizada para coleta dos dados será a de entrevistas, mediante aquiescência do participante do estudo. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo e serão obedecidos todos os quesitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos

ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelas pesquisadoras através dos contatos: (84) 9992-4646 ou ainda pelos e-mail: marta.lenise@ufsc.br ou katia_rbr@yahoo.com.br

Certas de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente.

Florianópolis (SC), de _____ de 20__.

Prof^a Dr^a Marta Lenise do Prado
Coordenadora da Pesquisa

Kátia Regina Barros Ribeiro
Estudante de Doutorado

**APÊNDICE D – ANUÊNCIA DA MATERNIDADE ESCOLA
JANUÁRIO CICCO**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição **Maternidade Escola Januário Cicco**, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Natal, 10 de Setembro de 2013.

ASSINATURA: *Maria da Glória de Medeiros Garcia*

NOME: *Maria da Glória de Medeiros Garcia*

CARGO: *Dirigente Médico*

*Maternidade Escola Januário Cicco
RESIDÊNCIA EM SAÚDE*

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

APÊNDICE E - ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ANA BEZERRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição **Hospital Universitário Ana Bezerra**, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Natal, 12 de Setembro de 2013

ASSINATURA: *Maria Cláudia M. Dantas de Rubim Costa*
NOME: *Maria Cláudia Medeiros Dantas Rubim Costa*
CARGO: *1. Direção Geral*

Maria Cláudia M. Dantas de Rubim Costa
Diretora Geral do HUAB
CPF: 807.418.454-20 Mat. 1200719

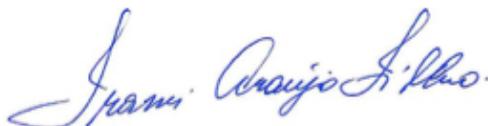
CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL

**APENDICE F - ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição **Hospital Universitário Onofre Lopes**, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Natal, 10 de Setembro de 2013



Prof. Dr. Irami Araújo Filho
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUOL/EBSERH

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFSC/ UFRN

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE”** realizada pela pesquisadora Kátia Regina Barros Ribeiro sob a orientação da Prof^a. Dra. Marta Lenise do Prado. Sua participação é voluntária, e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Além disso, suas dúvidas poderão ser esclarecidas em qualquer momento do processo de investigação, ou seja, antes e durante a pesquisa.

Essa pesquisa tem como objetivo compreender o significado de ser preceptor e os conhecimentos que ele utiliza para conduzir o processo de ensino-aprendizagem na formação do residente. A importância desse estudo reside na oportunidade de fomentar discussões acerca das ações que o preceptor exerce na formação do profissional em saúde, contribuir para transformações nos modelos de formação em saúde e na construção de competências do preceptor, bem como à elaboração de diretrizes para formação do preceptor em saúde, visto que a experiência se trata de um artefato estratégico à consolidação do SUS.

No caso de aceite ao convite de participar do estudo, você será submetido(a) a uma entrevista com o uso de gravador para melhor captação dos depoimentos.

A sua participação na pesquisa não envolve riscos, ônus ou bônus e todas as informações obtidas serão sigilosas, nas quais seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida a respeito da pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora Kátia Regina Barros Ribeiro no endereço: Av. Nilo Peçanha, nº 620, setor UTI, Petrópolis ou pelo telefone (84) 9992-4646.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser levadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH). Campus Universitário - Trindade - Florianópolis/SC CEP 88040-900 Caixa Postal 476 (48) 3721-9206

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE”**

Participante da pesquisa:

Nome: _____

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Marta Lenise do Prado
Coordenadora da Pesquisa

Kátia Regina Barros Ribeiro
Estudante de Doutorado (pesquisadora)

ANEXO A - PARECER DO COMITE DE ETICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA EDUCATIVA E OS SABERES DO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE.

Pesquisador: Marta Lenise do Prado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22047413.6.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 426.570

Data da Relatoria: 14/10/2013

Apresentação do Projeto:

Doutorado Institucional UFSC/UFRN de Kátia Regina Barros Ribeiro. Estudo descritivo e interpretativo, inserido em uma abordagem qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas com 60 preceptores que acompanham as atividades dos residentes no 1o e no 2o ano do programa, em três hospitais. O roteiro da entrevista, com quatro perguntas, é apresentado no apêndice B do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado de ser preceptor e identificar os conhecimentos que ele utiliza para conduzir o processo de ensino aprendizagem na formação do residente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores afirmam que não há riscos para os participantes, não levando em conta que sempre há, no mínimo, o risco da quebra de sigilo, ainda que não intencional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora principal e pela coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Os pesquisadores apresentam declarações da direção do Hospital

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9205 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 426.570

Universitário Ana Bezerra, do Hospital Universitário Onofre Lopes e da Maternidade Escola Januário Cicco, informando que autorizam a pesquisa e que cumprirão os termos da res. 466/12 e suas complementares. O TCLE é claro e informativo, adequado ao perfil dos participantes. Os pesquisadores também apresentam termo de autorização para gravação de voz esclarecedor e apropriado.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 16 de Outubro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br