

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CARLA DAIANE SILVA RODRIGUES

**COMPETÊNCIAS PARA A PRECEPTORIA:
construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**

Porto Alegre

2012

CARLA DAIANE SILVA RODRIGUES

**COMPETÊNCIAS PARA A PRECEPTORIA:
construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Silva Rodrigues, Carla Daiane

Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde / Carla Daiane Silva Rodrigues. -- 2012.

101 f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Tutoria. 2. Competência Profissional. 3. Formação de Recursos Humanos. I. Rigatto Witt, Regina, orient. II. Título.

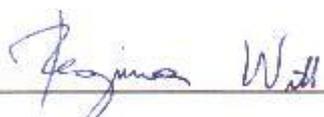
CARLA DAIANE SILVA RODRIGUES

Competências para a preceptoría: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 13 de junho de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel

Membro da banca

PSI/UFRGS



Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

Membro da banca

PUC-RS

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que, corajosamente, enfrentam as dificuldades diárias dos serviços, almejando uma vida mais justa, digna e menos sofrida a seus semelhantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças para chegar até aqui;

À minha mãe, por ter sido exemplo de dedicação e confiança;

Ao Gustavo, companheiro de todas as horas, pela paciência e carinho;

À Vitória, pelo exemplo de superação – sempre com um sorriso no rosto;

À minha querida orientadora, professora Regina, pelo apoio, dedicação, afeto, compreensão, simplicidade, e por ter estado sempre disposta a me ouvir;

Aos profissionais participantes desta pesquisa, por permitirem descobertas a partir de sua valiosa experiência;

Ao casal Valdemar e Eni, pelo carinho e hospedagem (“tudo vai dar certo”);

À dinda Erony, parceira e confidente em momentos difíceis;

À Kelly, que acompanhou os momentos finais desta jornada, pelo carinho, acolhida e amizade;

À Mariana, pela disponibilidade durante a coleta de dados;

À Andria, que dividiu comigo o caminho das competências;

Aos familiares e amigos, que mesmo à distância, torceram por mim.

"O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem"
(Guimarães Rosa).

RESUMO

A preceptoria é uma modalidade de ensino que vem se destacando no cenário da formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Preceptores são profissionais vinculados a serviços do Sistema Único de Saúde que recebem estudantes de graduação ou pós-graduação da área da saúde, no contexto de um programa de educação, a fim de orientá-los no cotidiano de seu trabalho. A presente investigação teve como objetivo geral identificar e analisar as competências para a preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Trata-se de um estudo exploratório descritivo quali-quantitativo com o uso da técnica Delphi. Os participantes foram preceptores do PET-Saúde vinculados a serviços de atenção básica de um distrito assistencial do município de Porto Alegre-RS. A população foi composta por 66 preceptores, sendo a amostra constituída por 26 destes. Para a construção das competências, foram realizadas duas rodadas Delphi, sendo que a primeira visou fazer um levantamento das competências. Para a segunda rodada, foi organizado um questionário com as competências geradas na primeira fase, tendo sido adicionada uma escala de Likert a fim de obter o grau de concordância dos respondentes. A análise qualitativa foi utilizada para a produção dos enunciados das competências após a primeira rodada, a qual se baseou na interpretação das justificativas apresentadas pelos respondentes para as competências indicadas. A análise quantitativa dos dados visou estabelecer consenso entre os respondentes, sendo o critério utilizado a média maior ou igual a 4 e desvio padrão menor ou igual a 1 para os escores 4 e 5 da escala de Likert. Resultaram 43 competências que foram classificadas em nove áreas de domínio, sendo elas: educacional, valores profissionais, em ciências básicas da saúde pública, gerência, atenção à saúde, trabalho em equipe, comunicação, orientada à comunidade e desenvolvimento profissional. Os resultados indicam o compromisso dos preceptores com a formação dos futuros profissionais da área da saúde. Há ênfase para o desenvolvimento de habilidades de cunho pedagógico, o que implica em necessidade de preparo para a preceptoria.

Palavras-chave: Tutoria. Competência Profissional. Formação de Recursos Humanos.

RESUMEN

La preceptoría es un método de enseñanza que se ha destacado en el escenario de la formación de recurso humanos para la salud en Brasil. Los preceptores son profesionales vinculados al Sistema Nacional de Saúde en Brasil que reciben estudiantes de grado o postgrado en la area de la salud em el contexto de un programa de educación con el fin de guiarlos en su trabajo diario. Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las competencias para el programa de preceptoría en el Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET–Saúde), Este es un estudio exploratorio descriptivo con el uso cualitativo y cuantitativo de la técnica Delphi. Los participantes eran preceptores de los servicios de salud PET vinculados a servicios de atención primaria en un distrito asistencial de la ciudad de Porto Alegre – RS. El grupo era constituido por 66 preceptores con una amuestra de 26 de ellos. Para desarrollar habilidades, hubo dos rondas Delph, la primera de las cuales tenía el objetivo hacer un inventario de habilidades. Para la segunda ronda, se organizó un cuestionário con las competencias generadas en la primera fase, se añadió una escala de Likert para obtener el grado de acuerdo de los encuestados. El análisis cualitativo fué utilizado para la producción de las declaraciones de habilidades después de la primera ronda, que se basa en la interpretación de las razones dadas por los encuestados para las habilidades que se muestran. El análisis cuantitativo de datos buscó establecer consenso entre los que respondieron, y el criterio utilizado fué una media mayor o igual a 4 con un desvío estándar menor o igual a 1 para las puntuaciones de 4 y 5 de la escala de Likert. Resultó en 43 competencias que fueron clasificadas en nueve áreas de dominio, a saber: educación, valores profesionales, ciencia básica de la gestión de la salud pública, atención de la salud, trabajo en equipo, comunicación comunitary y desarrollo profesional. Los resultados indican el compromiso de los preceptores con la formación de los profesionales de la salud en el futuro. Hay un énfasis en el desarrollo de habilidades pedagógicas, lo que implica en una necesidad de preparación a la preceptoría.

Palabras-clave: Tutoria. Competencia Profesional. Formación de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Precepting is an emerging teaching method in Brazilian health care system for human resources training. Preceptors are professionals linked to SUS (Sistema Único de Saúde, Unified Health System) that work with graduate and post-graduate health care students in an educational program, guiding them through their tasks. This research aimed to identify and evaluate precepting competencies for the PET-Saúde Program. This is an exploratory, descriptive, quantitative and qualitative study, that used Delphi method. The participants were PET-Saúde preceptors that worked with basic care in an assistance unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. The population consisted of 66 preceptors, and the sample comprised 26 of these preceptors. The construction of competencies was conducted in two Delphi rounds, with the first round being used for setting-up the competencies. For the second round a questionnaire was compiled using competencies obtained during the first phase, with the addition of a Likert scale in order to obtain the extent of agreement between respondents. The qualitative analysis was used in wording elaboration for competencies, after the first round, which was based in justifications presented by respondents for the competencies indicated. The objective of quantitative analysis was to establish consensus between respondents, using an average greater than or equal to 4 and standard deviation less or equal to 1 for Likert scale scores 4 and 5. As a result, 43 competencies were classified in nine domain areas, such as: educational, professional value, in health care basic sciences, management, attention to health, team work, communication, towards community, and professional development. The results indicate a commitment of preceptors with the formation of future health care professionals. There is an emphasis in the development of pedagogical skills, which stress the necessity of training before precepting.

Keywords: *Preceptorship. Professional Competence. Human Resources Formation.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Tempo de trabalho na profissão dos preceptores.....	39
Gráfico 2 – Dados relacionados à formação dos preceptores.	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de retorno dos questionários. Porto Alegre, RS, 2011.....	35
Tabela 2 – Profissionais de saúde do Distrito GCC que participaram da pesquisa, divisão por tutoria. Porto Alegre, RS, 2011.	38
Tabela 3 – Competências para a preceptoria por área de domínio e suas respectivas médias e desvio padrão. Porto Alegre, RS, 2012.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASN	<i>Canadian Association of Schools of Nursing</i>
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
COUNCIL	<i>Council of linkages between academia and public health practice</i>
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
GCC	Glória-Cruzeiro-Cristal
IDA	Integração Docente Assistencial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 A formação profissional nas políticas de saúde no Brasil	22
3.2 Preceptoría na área da saúde.....	27
3.3 Competências na educação.....	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Campo de Estudo.....	32
4.3 População e Amostra	33
4.4 Coleta de Dados	34
4.5 Análise de Dados	36
4.6 Aspectos Éticos.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Caracterização dos sujeitos.....	38
5.2 Competências para a preceptoría	40
5.2.1 Competências na área de domínio educacional	42
5.2.2 Competências na área de domínio de valores profissionais	49
5.2.3 Competências na área de domínio das ciências básicas da saúde pública	54
5.2.4 Competências na área de domínio da gerência.....	58
5.2.5 Competências na área de domínio da atenção à saúde	61
5.2.6 Competências na área de domínio do trabalho em equipe	64
5.2.7 Competências na área de domínio da comunicação	67
5.2.8 Competências na área de domínio orientada à comunidade.....	69
5.2.9 Competências na área de domínio de desenvolvimento profissional.....	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A – Instrumento para o levantamento de competências.....	86
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
APÊNDICE C – Ficha de Identificação.....	90

APÊNDICE D – Segundo questionário	92
APÊNDICE E – Frequências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário.....	95
APÊNDICE F – Frequência média, mediana e desvio padrão das respostas ao segundo questionário.....	98
ANEXO A - Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	100
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS da Prefeitura de Porto Alegre.....	101

1 INTRODUÇÃO

A preceptoria é uma modalidade de ensino que vem se destacando, ultimamente, no cenário da formação de recursos humanos em saúde no Brasil. A ideia é que profissionais da saúde recebam, dentro de seu contexto de trabalho, estudantes de diversos programas educacionais, sejam eles de graduação ou pós-graduação.

Como enfermeira, desempenhei atividade semelhante junto a estudantes de graduação, porém, vinculada profissionalmente a uma instituição de ensino, e não a um serviço de saúde. Neste processo de trabalho, convivi com muitas incertezas, fruto de reflexões acerca de lacunas na formação generalista para o papel de preceptor. Buscar outros conhecimentos advindos da área da educação tornou-se uma necessidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), campo de prática dos futuros profissionais, atua na ordenação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1990) e dentre os desafios para a efetiva implantação do SUS, está a adequação dos cursos de graduação da área da saúde às propostas deste Sistema. A graduação em saúde deve oferecer respostas de formação que atendam às necessidades de saúde da população brasileira, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

É preocupação de todos os envolvidos no ensino e trabalho na saúde que os novos profissionais, desde sua formação, sejam comprometidos com a lógica de atuação no SUS, considerada desde a perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, na qual a saúde passa a ser entendida como direito de todos e dever do Estado. Neste sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação vêm se preocupando em integrar as áreas de ensino e serviço de forma a atender os pressupostos do sistema de saúde brasileiro. Hoje, no SUS, é uma realidade o estudante inserido no serviço de saúde, e em muitas instituições, consta no próprio contrato de trabalho que o profissional exerça o papel de preceptor.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), ao discutirem a formação em saúde, concordam que a formação “deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas [...]”. Entendem que, assim como o sistema de saúde, a formação em saúde deve ser tratada como política pública sob controle social, sendo de relevância pública e submetida a critérios de avaliação que a qualifiquem, aceitando ou rejeitando sua forma de condução.

A Residência em Saúde¹ é um exemplo de programa de educação que vincula preceptores a suas atividades, sendo a médica mais antiga, regulamentada desde 1977 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1977), e as integradas, multiprofissionais e em área profissional, mais recentes, instituídas legalmente em 2005 (BRASIL, 2005a).

Dentre os programas de educação na área da saúde, está o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que foi instituído pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010 (BRASIL, 2010a), a qual substituiu a nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Para sua implantação, foi considerada a experiência acumulada no Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação – o qual atua desde 2005 – no apoio a atividades acadêmicas de cursos de graduação que integrem ensino, pesquisa e extensão.

O PET-Saúde prevê que instituições de educação superior vinculem-se a serviços de saúde, a fim de aproximar os estudantes dos cursos de graduação à realidade de vida e saúde da população brasileira, assim como instrumentalizar os profissionais dos serviços a desenvolverem pesquisa – atividade que a universidade deve se comprometer em desempenhar e prover condições para sua continuidade.

Sendo nítida a intenção do Programa em inserir os estudantes no contexto do SUS, dentre os objetivos do PET-Saúde, estão: desenvolver atividades acadêmicas em grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; estimular a formação dos profissionais dos serviços e de docentes de elevada qualificação; e sensibilizar os profissionais para o enfrentamento da realidade de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010a). Essas ações convergem para qualificar a assistência aos usuários do SUS, podendo oferecer possibilidade de ganhos reais à saúde do país.

Os sujeitos envolvidos no PET-Saúde, conforme determina a Portaria, são os estudantes, os professores e os profissionais dos serviços de saúde, designados, respectivamente de monitores, tutores e preceptores, sendo que o Programa disponibiliza bolsas aos participantes. Para o monitor, se prevê o “desenvolvimento de vivências em serviço e atividades de pesquisa, sob orientação do tutor e do preceptor, visando à produção e à disseminação de conhecimento relevante na área da saúde e às atividades de iniciação ao trabalho” (BRASIL, 2010a). O tutor tem “função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo, dirigida aos profissionais da saúde com vínculo universitário, que exerçam papel

¹ Nos programas de Residência em Saúde, o preceptor (do qual se exige especialização ou experiência mínima na área de ênfase) é responsável por receber residentes em seus locais de trabalho, sendo estes últimos, profissionais já graduados. No PET-Saúde, os preceptores recebem estudantes em processo de graduação.

de orientadores de referência para os profissionais e/ou estudantes da área da saúde” (BRASIL, 2010a).

O preceptor tem “função de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional” (BRASIL, 2010a), sendo que o PET-Saúde discute o adequado preparo ou formação dos profissionais da saúde para a preceptoria proposta.

O PET-Saúde designa como “preceptor” o profissional do serviço de saúde, embora a literatura revisada demonstre que o termo “tutor” também pode ser aplicado ao profissional, e não apenas ao professor da IES, visto que a literatura evidencia o exercício do papel de tutoria por professores e profissionais, podendo-se até afirmar que exercida predominantemente por profissionais dos serviços.

O relatório anual apresentado pelo PET-Saúde nacional, referente ao período de abril de 2009 a março de 2010, destacou a experiência da preceptoria,

[...] pela contribuição que a presença da academia pode trazer, proporcionando novas ferramentas e formas de realizar o trabalho em saúde, e pela indução da qualificação profissional e reorganização do trabalho objetivando buscar novos conhecimentos [...] foi destacada a importância da interação entre profissionais de distintas profissões, introduzindo uma abordagem interdisciplinar nas ações de saúde (FERREIRA, 2010, p. 6).

No presente estudo, entende-se preceptoria como: “experiência prática em medicina e serviços relacionados à saúde que ocorre como parte de um programa educacional no qual o estudante em treinamento profissional trabalha fora do ambiente acadêmico sob a supervisão de um profissional estabelecido no campo específico” (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2010)².

A literatura afirma que a preceptoria é, dentre outras, uma grande facilitadora da transição de estudante para profissional, visto que, além de receberem estudantes em seus serviços, os trabalhadores também recebem profissionais recém-formados (MYRICK; YONGE, 2004).

Entendendo o preceptor como docente, tanto Myrick e Yonge (2004) quanto Fajardo e Ceccim (2010) alertam para a necessidade de os preceptores possuírem formação docente para as ações de ensino, entendendo essa formação como contribuição das universidades, pois se sabe que o processo de formação em saúde, de forma geral, ainda privilegia mais as ações de assistência propriamente ditas.

² Nesta fonte, tutoria e preceptoria são sinônimos.

Algumas universidades já vêm se preocupando em oferecer cursos de especialização com ênfase em práticas pedagógicas em serviços de saúde, demonstrando a relevância atual da preceptoria junto aos serviços do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011). A necessidade desta formação, tanto para a educação continuada dos preceptores quanto para a preparação inicial destes é reforçada em alguns estudos (ZAHNER et al., 2009; WILSON et al., 2009).

Fajardo (2011), em estudo realizado junto a preceptores de Residência em Área Profissional da Saúde, revela que mais da metade dos preceptores participantes da pesquisa informou não ter tido acesso ao aprendizado formal em docência durante seu curso universitário, mas que mesmo assim, já haviam atuado ou atuavam como docentes, além da preceptoria. Destaca que "assim, de forma semelhante aos residentes do Programa desenvolvido, grande parte dos preceptores também estava aprendendo em serviço" (FAJARDO, 2011, p. 77).

Tendo como objetivos específicos “promover capacitação docente dos profissionais dos serviços” e “incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente”, o PET-Saúde se propõe a preparar o preceptor para o seu papel (BRASIL, 2010a). Na formação para a preceptoria, a identificação de competências faz parte do processo de geração de parâmetros permanentemente renováveis que auxilia na orientação das políticas educacionais (RAMOS, 2001).

A literatura corrente sobre a noção de competências assinala que ela é a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em determinado contexto cultural (PERRENOUD, 1999).

Aqui, para fins de investigação profissional, entende-se competências como aquisições, aprendizados construídos, para as quais o indivíduo “orquestra” esquemas constituídos cognitivamente a fim de resolver problemas ou lidar com situações de seu dia a dia no trabalho. Esses esquemas são flexíveis e adquiridos à medida que situações semelhantes se apresentam na prática profissional, não podendo ser confundidos com hábitos que simplesmente são reproduzidos. Destaca-se que, especialmente no mundo do trabalho, todo “saber-fazer” é uma competência, porém uma competência pode ser mais complexa e estar articulada com conhecimentos teóricos (PERRENOUD, 1999).

Duas formas de construção de competências para a preceptoria foram identificadas na literatura: a primeira buscou construí-las a partir da contribuição dos trabalhadores, sendo um estudo cubano (SOTOLONGO; MICHELENA; HORTA, 2005). Nele, médicos tutores

afirmaram que apesar de dominar o conteúdo a ser ensinado, não possuíam o suficiente desenvolvimento das habilidades pedagógicas, manifestando, também, dificuldades com a grande carga horária assistencial que possuíam, a qual competia com o tempo de preparação docente. A segunda é um referencial desenvolvido pela Associação Canadense das Escolas de Enfermagem (CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING, 2010), a qual estabeleceu uma relação de competências para o preceptor, tendo reconhecido a necessidade de as instituições de ensino prepararem o preceptor para o seu papel.

Na realidade brasileira, existem estudos realizados com preceptores que revelam algumas características da preceptoria, tais como o de Fajardo (2011), que apresenta o pluralismo do trabalho dos preceptores em um programa de Residência Integrada; o de Nascimento e Oliveira (2010) que estudou competências para a formação em Residência Multiprofissional a partir da percepção dos preceptores; e o de Botti (2009) que discute o papel do preceptor na formação de médicos residentes, sendo que não existe investigação sobre competências para o desenvolvimento da preceptoria.

Entendendo que as competências necessárias à preceptoria não são as mesmas para atuação como profissional da saúde, é objetivo deste estudo construir estas competências e contribuir para a formação dos profissionais da saúde, oferecendo subsídios para os profissionais de saúde no exercício da preceptoria.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo geral identificar e analisar as competências requeridas para a preceptoria no PET-Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir, apresenta-se a revisão de literatura sobre a formação profissional nas políticas de saúde no Brasil, sobre a preceptoría na área da saúde e sobre competências na educação.

3.1 A formação profissional nas políticas de saúde no Brasil

Por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, a preocupação com a integração das instituições de ensino à realidade de saúde do país foi manifestada formalmente pelo Ministério da Educação³. O modelo assistencial adotado até então – com atividades especializadas e de alta complexidade, numa perspectiva curativa e individualizada⁴ -, era muito criticado. A necessidade levantada pelo Ministério seria de um modelo assistencial com orientação preventiva, incluindo cuidados de saúde que evitassem os agravos ou as doenças propriamente ditas da época (PIERANTONI, 2000).

Dentro deste movimento de mudança no modelo assistencial e de maior proximidade academia-realidade de saúde, os projetos de Integração Docente Assistencial (IDA) tiveram grande inserção no cenário nacional em meados dos anos 70 (que coincidiu com a expansão do ensino superior em saúde no país). Esses projetos objetivavam a inserção precoce de estudantes na realidade sanitária, através de projetos de extensão (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

Os projetos IDA foram consequência, dentre outros, das dificuldades em prestar assistência à saúde com base no modelo flexneriano, pois isto implicava em altos investimentos tecnológicos, o que repercutia significativamente na economia de países em desenvolvimento. Juntamente com a medicina comunitária, os projetos IDA procuraram responder às limitações de acesso aos serviços de saúde, crescentes na época (PIERANTONI, 2000).

Apesar de sua importância para a aproximação das instituições de ensino com a comunidade, as atividades IDA "sempre foram meramente adjutórias no processo de ensino, que persistiu centrado no hospital e voltado para as especialidades" (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2011, p. 235).

³ A participação do Ministério da Educação começou na 4ª Conferência Nacional de Saúde. Até então, a participação era restrita a técnicos do Ministério da Saúde ou de organizações sob sua coordenação.

⁴ Herança do "Relatório Flexner", publicado em 1910, pelo médico norte-americano Abraham Flexner. Este Relatório influenciou o ensino na área da saúde em todo o mundo no século XX.

Os anos 70 e 80 marcaram um período de grandes discussões acerca das condições de saúde e as mudanças necessárias ao setor. O movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira reuniu pensadores e intelectuais da área que entendiam a saúde como uma dimensão da democracia, como um direito de todos. Ele foi o arcabouço teórico-político para impulsionar a criação do SUS (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Ampliando o conceito de saúde, lutando por princípios como universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa, a Reforma Sanitária foi consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, levando à aprovação de um sistema único de saúde para o país.

Em relação à política de recursos humanos, esta Conferência trouxe alguns princípios que o novo sistema nacional de saúde deveria possuir, estando, dentre eles, a *formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde* (BRASIL, 1986a). A seguir, em 1992, aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde, na qual se destacou a necessidade de uma política para a formação, a capacitação e a avaliação do desempenho de recursos humanos para o SUS.

Antes mesmo da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que regula o SUS, aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ainda em 1986. Esta Conferência foi articulada pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e pela Organização Pan-Americana da Saúde, tendo como tema central a "Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária" (BRASIL, 1986b).

O relatório final apresentava a necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde. Havia, no documento, a nítida constatação da ausência de integração ensino/serviço, da alienação das escolas da área de saúde à realidade social, ou seja, ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e os serviços.

Esta Conferência propôs que o setor saúde orientasse os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional, visto que os profissionais formados pelo atual sistema não vinham atendendo às reais necessidades do setor saúde, sendo que sua formação era vista como distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços. Para tanto, a Conferência propôs uma ação articulada entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Educação.

Toda a discussão do relatório final foi permeada pela necessidade de o setor saúde atender às necessidades de saúde da população, sendo que as instituições formadoras deveriam buscar "extrapolar seus muros" e buscar conhecer quais eram essas necessidades. O

caráter multiprofissional da atenção à saúde e a educação continuada dos trabalhadores foram temas bem enfatizados, além de necessidades de mudanças das condições de trabalho.

O documento referiu que as modificações propostas pelas instituições de ensino têm se restringido a mudanças curriculares, às vezes baseadas apenas na troca de nomes de disciplinas, sem mudanças pedagógicas profundas. A Conferência também trouxe a reflexão sobre o benefício da alternância de períodos de formação e de prestação de serviços por parte dos profissionais (BRASIL, 1986b).

Em 1993, aconteceu a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, que reforçou, novamente, a necessidade da integração das instituições formadoras e as prestadoras de serviços de saúde. Também pontuou a persistência do modelo assistencial centrado no hospital, com impacto inexpressivo sobre as condições de saúde. Discussões acerca das precárias condições de trabalho e falta de motivação para o trabalho nas instituições públicas de saúde, também aconteceram (PIERANTONI, 2000).

Um estudo da Fundação Oswaldo Cruz, de 2006, que analisou a evolução das políticas de recursos humanos a partir das Conferências Nacionais de Saúde, em suas considerações finais, ressaltou que

[...] a ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública expressa nos princípios e diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, juntamente com a escassez de recursos financeiros, os dois maiores obstáculos para o desenvolvimento do atual sistema de saúde brasileiro (FERREIRA; MOURA, 2006, p. 25)

reforçando a necessidade da maior e efetiva aproximação da lógica do SUS à formação de profissionais em saúde.

Outra iniciativa de integração da academia com a realidade de saúde, e que visava reformas na educação dos profissionais de saúde, foi o Programa UNI (*UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade*), apoiado pela Fundação W.K. Kellogg⁵ desde 1992. A Iniciativa ocorreu em 11 países da América Latina, dentre eles, o Brasil.

Cada projeto da Iniciativa UNI deveria contar com comissões tripartites paritárias, compostas pela universidade, os serviços de saúde e a comunidade, levando instituições e indivíduos a reeducar-se para uma nova forma de trabalhar, na qual todos contribuiriam no

⁵ A Fundação W.K. Kellogg doou aproximadamente 55 milhões de dólares às instituições e organizações parceiras da Iniciativa.

processo decisório. Alterações curriculares significativas e estratégias de ensino dinâmicas foram êxitos da Iniciativa em algumas instituições de ensino do país (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999)⁶.

Como decorrência das discussões no âmbito dos projetos UNI e IDA, foi criada a Rede UNI-IDA, mais tarde denominada Associação Brasileira da Rede Unida⁷, a qual foi fundamental à determinação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde (em 2003). Ela reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde, tendo atuado nacionalmente na renovação de ideias impulsionadoras de políticas de educação e de saúde (REDE UNIDA, 2011). As residências integradas em saúde são um dos assuntos discutidos e defendidos pela Rede como importante instrumento de renovação da formação, auxiliando na transformação dos ambientes de trabalho e das instituições formadoras.

As Diretrizes Curriculares Nacionais foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, buscando-se, a partir delas, “direcionar a formação profissional de saúde de forma a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (BRASIL, 2008a). Foram estabelecidas como competências gerais para os profissionais da saúde: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente (ALMEIDA, 2005). Há 14 profissões de nível superior da área reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde: assistentes sociais, médicos, médicos veterinários, odontólogos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos e profissionais de Educação Física (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, instituída por Decreto específico (BRASIL, 2003a), atua, desde 2003, na formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil. Na educação superior, a Secretaria atua nas seguintes linhas de trabalho: articulação dos Ministérios da Saúde e Educação para a formação de recursos humanos para a área da saúde, apoio à especialização em saúde da família e comunidade, implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, apoio e financiamento de residências médicas e multiprofissionais (com ênfase, principalmente, em saúde da família e comunidade) (BRASIL, 2010b).

⁶ Alguns exemplos são a Universidade Estadual de Londrina (PR), a Faculdade de Medicina de Marília (SP) e a Faculdade de Medicina de Botucatu (SP).

⁷ Denominação adotada em 2010, ano de seu 25º aniversário, durante o 9º Congresso Nacional da Rede Unida.

Para alinhar, então, os objetivos do SUS e a formação profissional em saúde, os Ministérios da Saúde e da Educação vêm traçando políticas em conjunto, a fim de adequar a formação profissional às necessidades de saúde da população, sendo o PET-Saúde uma das estratégias utilizadas atualmente.

Anterior ao PET-Saúde, foi estabelecido o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005, visando transformações do processo de formação, em consonância com o SUS. O Pró-Saúde objetiva a integração ensino-serviço e a assistência integral em saúde, com ênfase na Atenção Básica. Inicialmente, contemplava os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, tendo sido ampliado, em 2007, para os demais cursos da área da saúde (BRASIL, 2005b).

A respeito das práticas nos serviços de saúde, as diretrizes nacionais para a organização e realização de estágios de alunos da educação profissional, estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica nº 1, de 21 de janeiro de 2004, estabelecem que toda atividade de estágio deve ser curricular e supervisionada, implicando orientação por parte da instituição de ensino através de profissional especialmente designado para tal. As instituições de ensino devem proporcionar aos alunos “experiências profissionais pela participação em situações reais de vida e de trabalho” (BRASIL, 2004a). A Resolução ainda prevê que a instituição de ensino deve “esclarecer a organização concedente de estágio sobre [...] as responsabilidades a ela inerentes”, sendo que o seguro contra acidentes pessoais⁸ e o seguro de responsabilidade civil são garantias que a instituição de ensino deve, obrigatoriamente, fornecer ao aluno estagiário.

Os conselhos profissionais que, segundo entendimento do Conselho Nacional de Educação “fiscalizam e acompanham o exercício profissional que se inicia após a formação acadêmica, não lhes cabendo qualquer ingerência sobre os cursos regulados pelo sistema de ensino do País” (BRASIL, 2007), também se posicionam quanto aos estágios na área da saúde, considerando a Lei do Estágio, de 2008 (BRASIL, 2008b). Esta lei prevê que o estágio deve ser acompanhado por professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente.

⁸ Na UFRGS, o seguro contra acidentes pessoais é previsto apenas para as disciplinas com carga horária prática. Sendo o PET-Saúde um programa de extensão, para esta modalidade não é previsto o seguro, o que gera problemas na busca por esta garantia aos estudantes participantes.

Diante de tal exposto, verifica-se que a busca pela aproximação da formação em saúde da realidade de vida e saúde da população brasileira vem sendo discutida há muitas décadas, sendo as políticas governamentais de educação e saúde determinantes para seu êxito.

3.2 Preceptoría na área da saúde

Historicamente, na realidade brasileira, verifica-se a presença de profissionais da área da saúde que atuam como preceptores nos processos de formação de residentes. As Residências Médicas, por exemplo, exigem que o preceptor possua especialização para o acompanhamento do residente. Já as Residências em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005a), as quais abrangem outras profissões da área que não a médica, exigem que o preceptor possua especialização ou experiência de, no mínimo, três anos na área profissional correspondente.

Dois estudos brasileiros fazem referência aos papéis dos preceptores na formação de residentes (BOTTI, 2009; FAJARDO, 2011). Botti (2009, p. 31) revela que há equivalência entre os termos preceptoría e tutoría, afirmando que:

O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por meio de encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. [...] Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação.

Fajardo (2011), através dos relatos dos preceptores de um programa de residência em área profissional da saúde, no Rio Grande do Sul, classifica as atividades desenvolvidas pelos preceptores em quatro categorias: administrativas, assistenciais, docentes e institucionais.

Quanto aos significados da preceptoría, vários estudos abordam essa questão. O resgate da história da preceptoría na Enfermagem, por exemplo, revela que o papel do preceptor origina-se na época de Florence Nightingale (século XIX) quando as enfermeiras eram as facilitadoras do aprendizado de estudantes. Após ter ficado algum tempo perdido, o conceito foi retomado nos anos 1960, quando os programas de ensino em Enfermagem norteamericanos passaram a utilizar profissionais para o ensino clínico (MYRICK; YONGE, 2004).

Estas autoras canadenses ainda destacam que a preceptoría é uma grande facilitadora da transição de estudante para profissional, visto que, além de receberem estudantes em seus locais de trabalho, os enfermeiros também recebem profissionais recém-formados. Referem

que estes últimos, no começo de sua vida profissional, enfrentam o fenômeno chamado "choque de realidade", sendo o preceptor responsável por traduzir ou amenizar os significados das experiências iniciais (MYRICK; YONGE, 2004).

Objetivando contribuir com a proposição e a avaliação de um modelo tutorial na área de Enfermagem, Saupe e Geib (2002) afirmaram que o preceptor deve facilitar a percepção, compreensão e ação do estudante em direção à conquista de sua transformação em enfermeiro. Aqui, aparece a tutoria como atividade institucional na qual os preceptores auxiliam os estudantes ao longo de seu processo de formação, funcionando como pessoas-referências em momentos de aconselhamento ou apoio, formando vínculos. A tutoria teria duas dimensões, uma educativa e outra cuidativa.

Há muitas representações associadas a este papel, sendo ele complexo e diverso, havendo muitas tentativas de definição de seus atributos, sendo as funções plurais. Entrevistas realizadas com médicos tutores de um programa revelaram que um tutor é um orientador/conselheiro, sendo uma figura de suporte, apoio, ajuda, proteção e cuidado, exercendo vínculo, ligação com o estudante. Sua ação é dirigida não somente ao desenvolvimento profissional, mas também ao pessoal (BELLODI, 2003).

Leyva (1998) defende que o ensino tutelar facilita o processo de comunicação dos envolvidos, dirigindo-se à construção de um contrato pedagógico no qual estudante e tutor têm voz ativa, objetivando proporcionar autonomia ao indivíduo dentro do processo de aprendizagem e indo em direção a uma educação centrada no processo e não apenas em resultados. Neste estudo, foram apresentadas as seguintes qualidades do tutor: alta preparação psicopedagógica e científica e habilidade para o controle cuidadoso do processo educativo.

Quanto aos tipos de tutoria, Ordoñez e Villegas (2005) revelaram serem em número de oito: individual, de grupo, técnica, de diversidade, de práticas em empresas, um-a-um, atribuição e assistência, estratégica. Neste estudo, foi considerada a importância da exigência de treinamento dos tutores, ratificando a autonomia do estudante no processo de aprendizagem, contribuindo para sua formação integral. O estudo também relaciona as funções transversais dos programas de tutoria, que incluem as de ajuda (sendo o preceptor um motivador), a de intervenção educativa (que trabalha aspectos como a conduta, os processos de pensamento e os fatores emotivos), a formativa (para formar atitudes e valores), a avaliadora (que ajuda a pessoa a se conhecer, a examinar as capacidades potenciais) e a de planejamento (que desenha itinerários educativos adequados ao nível de desenvolvimento demonstrado pelo estudante).

Para Paton (2010), o papel do preceptor na prática clínica exige conhecimentos de ordem prática, advindos da experiência profissional. Neste estudo, os enfermeiros preceptores se percebem como professores, tendo como funções ensinar e avaliar. Eles descrevem sua prática docente como aberta, crítica, reflexiva e esclarecedora em relação aos desafios da profissão, sendo que aprendem, com cada estudante, como podem validar e modificar sua própria prática.

A busca pelo significado da preceptoria na literatura internacional resultou em apenas dois estudos sobre competências para o desempenho deste papel pelo profissional de saúde. Competências para a tutoria foram identificadas em um estudo cubano com médicos de família que desempenhavam atividades como tutores em determinados serviços (SOTOLONGO; MICHELENA; HORTA, 2005). Os médicos tutores destacaram como pertinentes à atividade as seguintes competências: dominar os conteúdos, compreender os objetivos a alcançar, organizar o grupo de estudantes, ser agente-guia da aprendizagem, selecionar os métodos de ensino segundo o conteúdo e tipo de classe, relacionar os objetivos com a avaliação, reconhecer a participação do estudante em sua própria aprendizagem, utilizar-se de uma comunicação que permita a aprendizagem, tratar eticamente as situações de ensino-aprendizagem, preparar-se sistematicamente para a docência. Botti (2009) também traz a competência pedagógica como um requisito para a preceptoria.

A Associação Canadense das Escolas de Enfermagem (CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING, 2010) estabeleceu as seguintes competências para o preceptor: aperfeiçoamento permanente, larga experiência no campo de prática e auxílio ao estudante (a fim de que aplique a teoria na prática).

Fajardo e Ceccim (2010) destacam que o perfil e/ou as necessidades dos preceptores não são conhecidas. Eles referem que os preceptores "[...] são aqueles que ressituaem seu conhecimento e sua experiência em área profissional para a atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho [...]" (FAJARDO; CECCIM, 2010, p. 192).

3.3 Competências na educação

Num contexto histórico, segundo Dias (2010), o behaviorismo teve uma grande influência pedagógica nos anos 60 do século XX, havendo identificação de comportamentos que deviam ser expressos pelos estudantes e a promoção de níveis de desempenho considerados adequados à avaliação. Já nos anos 70, a palavra competência surge associada à qualificação profissional, aproximando-se do posto de trabalho e associando-se à organização

empresarial, o que leva a escola a repensar sua forma de condução dos processos educacionais.

Neste sentido, o conceito de competência transita entre o mundo do trabalho e o da educação, ao passo que apresenta um novo paradigma à formação de trabalhadores. Este paradigma assume um caráter flexível, diverso, que se propõe a ensinar para a vida, ou seja, que os conhecimentos escolares sejam úteis à resolução de problemas do cotidiano e não apenas informações a serem armazenadas por um período e após, descartadas.

A educação por competências coloca o estudante como protagonista na construção do aprendizado, o deslocando da posição de mero receptor de informações para participante ativo do processo, numa abordagem construtivista.

Para Ramos (2001), os referenciais de competências impulsionam a identificação de perfis profissionais, para além do estabelecimento de normas - consideradas rígidas, inflexíveis. Nesta perspectiva do mundo do trabalho, a competência se coloca como forma de flexibilização laboral, como uma construção individual do sujeito.

A ideia que se difunde quanto à apropriação da noção de competência pela escola é que ela seria capaz de promover o encontro entre formação e emprego, ajudando na formulação de um código de comunicação entre as instituições formativas e as organizações produtivas. Em relação aos conteúdos da formação, o sistema de competência poderia orientar e renovar as políticas e as ações educacionais, gerando parâmetros permanentemente renováveis (RAMOS, 2001).

A competência profissional responde à necessidade de gerar referenciais para ordenar e criar uma oferta formativa de qualidade que permita elevar o nível de qualificação dos trabalhadores de um determinado setor de atividade.

Segundo Ramos (2001), com a valorização do saber tácito do trabalhador, passou-se a valorizar a qualificação real deste, em contraposição à qualificação formal. A noção de competência vem para demonstrar como, nas experiências cotidianas do trabalho, as pessoas mobilizam seus saberes e sua inteligência prática para o enfrentamento das situações, sendo que "a competência preocupa-se fundamentalmente com o domínio cognitivo que sustenta o desempenho ou o comportamento" (RAMOS, 2001, p. 21).

As políticas de educação que têm como marco conceitual o modelo de competências preocupam-se em gerar referências que orientem os processos formativos, muito mais do que normas. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde é um exemplo de referencial orientador da formação que se baseia em competências a serem construídas na formação profissional (ALMEIDA, 2005).

A estruturação das respostas educacionais, com base nas competências, exige as seguintes ações de forma permanente: identificação das competências necessárias de sistemas, instituições e profissionais; revisão e análise das áreas críticas do desempenho de instituições e trabalhadores (habilidades, atitudes e conhecimentos) e do conhecimento teórico e metodológico disponível; ajuste ou formulação de respostas educacionais (temas, métodos e modalidades idôneos) (RUIZ, 2001). Estas ações têm sido objeto de estudo de entidades profissionais, de organizações internacionais e de pesquisadores. Elas têm balizado a prática profissional e a gestão dos serviços de saúde. Na área educacional, significam um aporte às ações de formação profissional e de educação permanente em saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir, descreve-se o percurso metodológico adotado neste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo quali-quantitativo com o uso da técnica Delphi. É exploratório porque este é um tipo de estudo realizado quando uma nova área ou tópico estão sendo investigados, sendo o tema pouco explorado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). É descritivo porque objetiva a identificação e divulgação de conhecimentos construídos pelos sujeitos da pesquisa.

A técnica Delphi é uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo. Os procedimentos para sua aplicação incluem a circulação de questionários interativos, repetidas vezes, por um grupo de *experts* (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

O Delphi tem como premissas características o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados, o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes, e o conhecimento que o *expert* traz para o grupo. Esta última é essencial para o trabalho, exigindo que o especialista tenha um real conhecimento do tema em discussão (GOODMAN, 1987).

4.2 Campo de Estudo

O campo de estudo foi o PET-Saúde da Família UFRGS/SMS/POA desenvolvido no Distrito Docente Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O Distrito é uma das oito gerências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município (PORTO ALEGRE, 2010).

A escolha deste campo deveu-se à participação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através do PET-Saúde da Família, neste contexto, sendo que as atividades vêm sendo desenvolvidas no Distrito desde o ano de 2008 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010-2011).

Participam do Programa estudantes (monitores) e professores (tutores) dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Fonoaudiologia da UFRGS.

O projeto de implantação do Programa no Distrito possui, dentre seus objetivos, estabelecer ações de educação e saúde, integrar as atividades interdisciplinares, contribuir na implantação de um núcleo de apoio à Saúde da Família, criar condições para o estabelecimento de residência multiprofissional, desenvolver atividades de educação permanente, realizar diagnóstico de saúde, dentre outros (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010-2011).

Os cursos de graduação da UFRGS desenvolvem, no Distrito, atividades dentro das mais variadas disciplinas de seus currículos, desde estágios de semestres iniciais até de semestres mais avançados.

O Distrito GCC possui 19 equipes de Saúde da Família em 14 Unidades, nove Unidades Básicas de Saúde e um Ambulatório Básico, que prestam atendimento aos usuários do SUS através de profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos.

4.3 População e Amostra

Os profissionais do Distrito GCC inseridos no PET-Saúde da Família como preceptores constituíram a população deste estudo. Para compor o grupo, foram convidados todos os preceptores de cada uma das nove tutorias (Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Educação Física), que totalizavam, na ocasião, 66 profissionais.

Para a constituição dos grupos, baseada na Técnica Delphi, os critérios da literatura consideram que a pesquisa não pretende fazer um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado, consistindo de uma consulta a um grupo limitado e seletivo de especialistas, que, através da sua capacidade de raciocínio lógico, da sua experiência e da troca objetiva de informações, procura chegar a opiniões conjuntas sobre as questões propostas. Nessa situação, as questões de validade estatística da amostra e dos resultados não se aplicam (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Um número de 15 a 30 participantes é considerado bom para gerar informações relevantes, pois a qualidade do resultado depende essencialmente dos participantes do estudo.

A seleção dos participantes levou em consideração o respeito e a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, outra característica da técnica (DUNCAN; SCHMIDT, 1992). Outro critério é o da motivação, pois a técnica exige que os participantes tenham uma alta motivação para participarem. Exige também, por parte do

grupo executor, um grande dispêndio de tempo, sendo uma das desvantagens o problema ocasionado pelo retorno dos questionários (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Os critérios para a seleção dos sujeitos do estudo consideraram a sua inserção no PET-Saúde da Família e o tempo mínimo de um ano como preceptor.

Numa das reuniões com os preceptores, foram convidados todos os preceptores presentes, respeitando-se os critérios de seleção, a participarem da pesquisa, sendo a amostra constituída pelo número de preceptores que aceitaram participar do estudo, totalizando 26.

4.4 Coleta de Dados

Seguindo as orientações propostas pela Técnica Delphi, o projeto foi apresentado aos preceptores em reunião que acontece periodicamente no Distrito GCC, na qual foram esclarecidos o objetivo do projeto, os conceitos-chave, a técnica Delphi e a importância da participação dos profissionais na pesquisa.

Após, os respondentes potenciais foram contatados individualmente pela pesquisadora, sendo que aos que aceitaram participar, foram entregues o primeiro questionário (Apêndice A), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e a ficha de identificação (Apêndice C). Aceitaram participar, neste primeiro momento, 26 preceptores.

Para o recebimento e preenchimento do segundo questionário, foi facultado aos preceptores que escolhessem entre o correio postal e o eletrônico, sendo registrados seus contatos. Para os que optaram por correio eletrônico, os questionários foram confeccionados com ajuda de um formulário (Tecnologia ®Google Docs), os quais foram enviados e devolvidos por meio eletrônico. Na opção por correio postal, os preceptores receberam os questionários em suas residências ou locais de trabalho indicados.

O questionário é considerado, na Técnica Delphi, o instrumento mais adequado para a produção das informações, inexistindo, porém, um modelo padronizado para a sua elaboração. A técnica Delphi requer um conjunto de questionários para a obtenção das opiniões dos respondentes.

Para este estudo foram elaborados dois questionários. O primeiro deles (Apêndice A) continha orientações explicativas e os conceitos que permeavam o estudo, tendo o objetivo de gerar listas de competências relacionadas pelos sujeitos da pesquisa. Este questionário solicitava aos participantes que indicassem três competências e que comentassem porque acreditavam se tratar de uma competência necessária para a preceptoria no PET-Saúde.

A fim de verificar as características de construto, o primeiro questionário foi submetido a um pré-teste junto a um grupo de quatro enfermeiros de uma instituição de ensino superior, os quais tinham, dentre suas atribuições, o acompanhamento de estudantes em práticas curriculares. Após a leitura, os enfermeiros não sugeriram mudanças, considerando as instruções claras e de fácil compreensão, não apresentando ambiguidades em seu conteúdo.

O segundo questionário (Apêndice D) continha a lista com as 43 competências compiladas das respostas obtidas com o primeiro questionário. A esta listagem, foi adicionada uma escala de Likert com escores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para obter o grau de concordância dos participantes com as competências listadas. A escala de Likert foi utilizada por ser uma escala simples de mensuração de atitude, na qual cada participante atribui pontos de forma independente, sendo que os escores alcançados pelas proposições enunciadas podem ser correlacionados com os totais alcançados. Além disso, a literatura demonstrou que o método de análise de dados mais comumente utilizado em um estudo Delphi, e que é provavelmente mais facilmente entendido, é a escala de Likert (ROBERTS-DAVIS; READ, 2001). A seguir, a Tabela 1 demonstra o retorno dos dois questionários.

Tabela 1 – Taxa de retorno dos questionários. Porto Alegre, RS, 2011.

Questionário	N	Retorno	%
Primeiro	26	22	84,6
Segundo	22*	17	77,2

* Deste total, 13 foram enviados via correio eletrônico (12 retornaram) e 09 via correio postal (05 retornaram).

Fonte: RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria:** construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 100 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

A taxa de retorno ou *feedback* no Delphi é um fator determinante à pesquisa, visto que se deve obedecer a um número mínimo de participantes indicado pela literatura. Portanto, cabe ao pesquisador gerenciar o retorno. Normalmente, há uma taxa de abstenção de 30 a 50% na primeira rodada e de 20 a 30% na segunda rodada (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Considerando que a taxa de abstenção foi de pouco mais de 15% no retorno do primeiro questionário e de 23% do segundo, consideramos satisfatória a taxa de retorno no presente estudo.

4.5 Análise de Dados

Neste estudo, foi utilizada uma abordagem de análise quali-quantitativa.

A análise qualitativa foi utilizada para a produção dos enunciados das competências advindas do primeiro questionário, a qual se baseou na interpretação do discurso produzido (competência listada e seu comentário) conforme descrito na literatura (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005). A partir das informações contidas neste questionário, termos-chave auxiliaram a agrupar os componentes comuns, formando, então o enunciado da competência trazida pelo preceptor.

Para a padronização dos enunciados, foi adotado um formato consistente com um verbo e um substantivo, partindo do entendimento de que a competência é indissociável da ação (RAMOS, 2001). Além disso, na padronização dos enunciados, buscou-se contemplar os seguintes critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde para uso internacional ou nacional: as competências devem ser abrangentes o suficiente para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente; ao mesmo tempo, devem ser específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões; e devem ser relevantes para a prática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A análise quantitativa dos dados visou estabelecer consenso entre os respondentes. Na Técnica Delphi, cabe aos pesquisadores estabelecer o nível de consenso aceitável. Para os escores, o critério de consenso foi a média maior ou igual a 4 e desvio padrão menor ou igual a 1. Os dados da análise quantitativa estão disponíveis nos apêndices E e F.

As competências resultantes foram classificadas em áreas de domínio conforme Witt (2005)⁹ para os oito primeiros domínios e conforme o Conselho Internacional de Enfermeiras (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2003)¹⁰ para o 9º domínio (desenvolvimento profissional).

⁹ Tese que apresentou as competências da enfermeira na atenção básica como contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. Os domínios foram: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional, em ciências básicas da saúde pública.

¹⁰ O Conselho Internacional de Enfermeiras, fundado em 1899 e com sede na Suíça, definiu um rol de competências à enfermeira generalista, apresentando três áreas de domínio: prática profissional, ética e legal; provisão e gerenciamento do cuidado; e desenvolvimento profissional.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre, tendo sido aprovado pelo Processo nº 001.000568.11.2 (Anexo B).

Aos que aceitaram participar, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Segundo a Resolução de número 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta as normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, foram assegurados os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

As fichas de identificação, com dados a respeito da área de atuação e qualificação profissional, foram manuseadas somente pela pesquisadora. Nesta ficha, foi anotado um código para cada participante (composto pela letra “P” e um número, tendo sido utilizado para identificar as justificativas às competências apresentadas nos resultados) a fim de evitar a sua identificação, garantindo o anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As competências para a preceptoria indicadas nesta pesquisa serão apresentadas em nove áreas de domínio. Para cada área de domínio, há uma definição a partir das competências resultantes, sendo que as justificativas apresentadas às competências nortearão a discussão. Inicialmente, passa-se a apresentar a caracterização dos preceptores, com dados referentes ao seu trabalho e formação (dados estes obtidos a partir da ficha de identificação – Apêndice C).

5.1 Caracterização dos sujeitos

Dos 22 preceptores respondentes da primeira rodada Delphi, foram identificados dados referentes ao trabalho e à formação. Algumas das tutorias não tinham profissionais da área atuando no Distrito GCC, por isto acabaram sendo assumidas por outros profissionais. A seguir, a Tabela 2 demonstra os profissionais e tutorias de atuação.

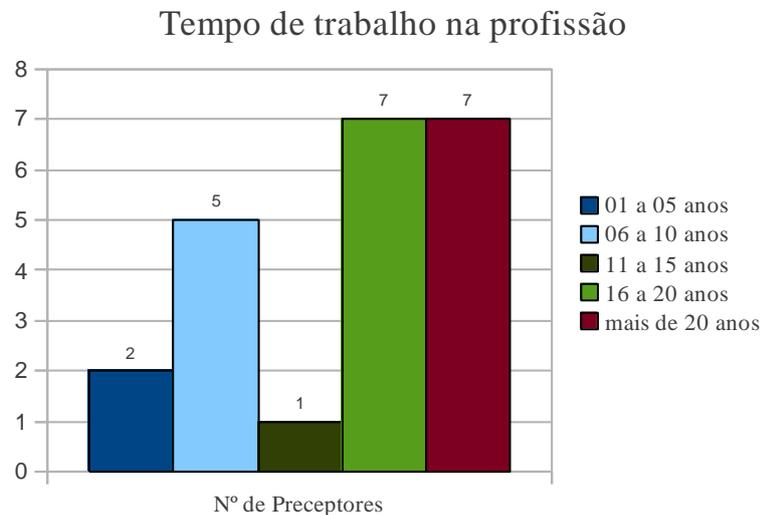
Tabela 2 – Profissionais de saúde do Distrito GCC que participaram da pesquisa, divisão por tutoria. Porto Alegre, RS, 2011.

Profissional / Tutoria	N
Enfermeiro	
Enfermagem	9
Educação Física	2
Fisioterapeuta	
Fisioterapia	4
Nutricionista	
Nutrição	2
Psicólogo	
Psicologia	2
Médico	
Medicina	1
Assistente Social	
Educação Física	1
Odontólogo	
Odontologia	1
Total	22

Fonte: RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoría:** construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 100 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

Quanto ao tempo de atuação na preceptoría, 14 preceptores estavam vinculados há um ano, e oito deles há dois anos ou mais. A respeito do tempo de trabalho na profissão, evidenciou-se que mais de 60% dos preceptores possuíam 16 anos ou mais de experiência. O Gráfico 1 a seguir ilustra esta última informação.

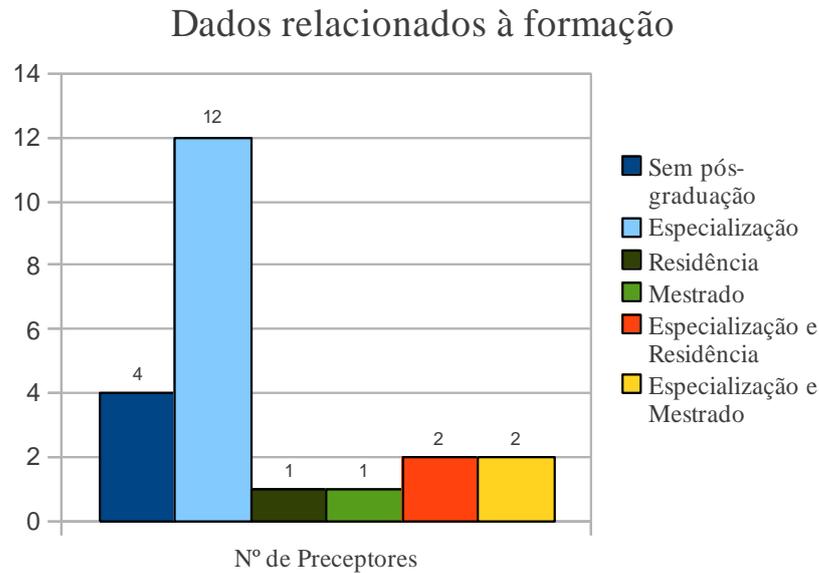
Gráfico 1 – Tempo de trabalho na profissão dos preceptores.



Fonte: RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoría:** construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 100 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

Quanto ao vínculo empregatício, 10 preceptores eram ligados à prefeitura de Porto Alegre e 12 ao Instituto de Cardiologia/ Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul (estes com contrato para trabalho na Estratégia Saúde da Família). Todos possuíam carga horária de 40 horas semanais. Para a maioria, o tempo de trabalho na instituição variava de um a cinco anos (7 preceptores) e de 16 a 20 anos (7 preceptores). Os demais tinham de 6 a 10 anos (3 preceptores) e de 11 a 15 anos (5 preceptores).

Quanto à formação, 16 preceptores possuíam especialização, sendo 11 com ênfase em saúde pública ou saúde da família. Dois dos três preceptores com residência informaram ser do tipo integrada e em saúde coletiva. Para a pergunta se possuía capacitação pedagógica, nenhum preceptor respondeu de maneira afirmativa. A seguir, o Gráfico 2 ilustra a formação dos preceptores.

Gráfico 2 – Dados relacionados à formação dos preceptores.

Fonte: RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria:** construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 100 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

5.2 Competências para a preceptoria

O processo de construção de competências para a preceptoria da presente investigação resultou em 43 competências, sendo que a seguir é apresentada a Tabela 3 com a divisão das competências nas nove áreas de domínio, segundo Witt (2005) e Conselho Internacional de Enfermeiras (2003), e suas respectivas médias e desvio padrão quanto ao nível de concordância para os escores 4 (concordo) ou 5 (concordo muito) da escala de Likert.

Tabela 3 - Competências para a preceptoria por área de domínio e suas respectivas médias e desvio padrão. Porto Alegre, RS, 2012.

Domínio / Competências	Média	Desvio padrão
1. Educacional		
• Proporciona ao estudante os conhecimentos e experiências necessárias à sua formação profissional	4,35	0,49
• Reconhece oportunidades de aprendizado para o estudante	4,65	0,49
• Compartilha com o estudante sua experiência prática em relação à realidade da comunidade onde trabalha	4,71	0,47
• Estimula o estudante ao exercício da problematização, identificando um problema e buscando soluções práticas e viáveis	4,65	0,49
• Auxilia o estudante na construção de estratégias de ação	4,53	0,51

Continua

• Articula teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo	4,65	0,49
• Acompanha o estudante para que tenha segurança em suas condutas, visando à tomada de decisão	4,65	0,49
• Avalia o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções	4,41	0,51
• Identifica-se com a atividade educativa	4,59	0,51
2. Valores profissionais		
• Trabalha com motivação a fim de desenvolver novas perspectivas junto aos estudantes	4,47	0,62
• Compromete-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço	4,65	0,49
• Colabora para a integração docente-assistencial	4,59	0,51
• Conhece suas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas	4,76	0,44
• Atua profissionalmente, reconhecendo-se como modelo para o estudante	4,59	0,62
• Conduz suas atividades com ética	4,88	0,33
• Demanda do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o usuário como foco	4,29	0,77
• Incentiva no estudante o comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS	4,65	0,49
• Identifica-se com o trabalho em saúde coletiva	4,71	0,59
3. Em ciências básicas da saúde pública		
• Compreende as políticas de saúde e a lógica de atenção da Estratégia de Saúde da Família	4,65	0,49
• Compreende o SUS e aplica seus princípios	4,71	0,47
• Situa o estudante no SUS	4,71	0,47
• Demonstra capacidade técnica para orientar o estudante	4,53	0,51
• Instiga o estudante à reflexão para o desenvolvimento do pensamento crítico	4,59	0,51
4. Gerência		
• Supervisiona e organiza o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho	4,41	0,62
• Insere o estudante no campo de estágio	4,65	0,61
• Exerce liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades na Unidade e na comunidade	4,59	0,62
• Articula as atividades assistenciais com as de preceptoria	4,59	0,51
• Percebe as demandas institucionais do serviço de saúde e ajuda o estudante a compreendê-las	4,41	0,71
5. Atenção à saúde		
• Realiza acolhimento, priorizando o atendimento	4,35	0,79
• Realiza atendimento humanizado, adequando sua conduta à realidade do usuário	4,71	0,59
• Realiza consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde	4,47	0,80
• Requer do usuário o comprometimento com a promoção de sua saúde	4,35	0,70
6. Trabalho em equipe		
• É capaz de interagir com os estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares	4,47	0,51

Continuação

• Estimula o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional	4,76	0,44
• Demonstra flexibilidade em suas condutas	4,35	0,61
7. Comunicação		
• Comunica disponibilidade para atender o estudante	4,41	0,51
• Escuta, acolhe e apoia o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, buscando transformá-las em alternativas	4,65	0,49
• Utiliza-se da comunicação de maneira a permitir a aprendizagem	4,59	0,51
8. Orientada à comunidade		
• Conhece a comunidade onde atua e orienta o estudante sobre os problemas e necessidades da população	4,35	0,61
• Utiliza-se do vínculo com a comunidade para gerar compromissos com sua saúde	4,12	0,70
• Reconhece o potencial da intersectorialidade na resolução de problemas e para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade	4,65	0,49
9. Desenvolvimento profissional		
• Busca capacitação em sua área de atuação	4,53	0,51
• Reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria	4,71	0,47

Conclusão

Fonte: RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria:** construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 100 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

5.2.1 Competências na área de domínio educacional

Na área de domínio educacional, espera-se que os profissionais de saúde pública considerem a educação baseada em problemas ou competências, tendo como referência a comunidade onde atuam. São necessárias habilidades para o enfoque multidisciplinar e interprofissional combinadas com a efetiva utilização de conhecimentos e informações. Prevê-se que a força de trabalho em saúde pública esteja preparada para compartilhar, com seus pares e outros profissionais de saúde, o conhecimento e a experiência que possuem, no intento de contribuir para a satisfação das sempre presentes necessidades de aprendizagem (RUIZ, 2001).

Os preceptores deste estudo indicaram a competência **“proporciona ao estudante os conhecimentos e experiências necessárias à sua formação profissional”**, demonstrando entendimento de que as situações do cotidiano de trabalho são ricas para o aprendizado do estudante. Um dos comentários sobre esta competência que denota este entendimento foi:

[...] transmitir informações tanto teóricas, práticas, escalas de atividades: o preceptor deverá desempenhar estas funções a fim de proporcionar aos estudantes os conhecimentos e experiências adquiridas em sua formação profissional [...] (P15).

Quando o preceptor se refere às experiências adquiridas em sua formação profissional, nos remete ao cenário de formação vivenciado pelo próprio preceptor, o qual busca um caminho para que o estudante construa, minimamente, aprendizados que já são de domínio do preceptor. Esta comparação que os preceptores fazem com seu tempo de estudantes, também foi verificada com os preceptores de um programa de residência, conforme verificamos no trecho a seguir, fala de um preceptor: “Pra gente que, [...] somos ex-residentes e agora somos preceptores, isso, às vezes, é mais difícil também porque, às vezes, a gente se coloca lá no lugar. Quando a gente era residente, como é que a gente pensaria e agiria, e agora, enquanto preceptor” (FAJARDO, 2011, p. 95).

Para que o aprendizado ocorra, o preceptor necessita identificar momentos no trabalho que sejam próprios para tal, sendo que a competência **“reconhece oportunidades de aprendizado para o estudante”** foi expressa como importante à preceptoria. Sendo esta uma competência educacional, e considerando o preceptor um docente inserido nesse processo, verificamos que

[...] o professor é aquele que facilita esse processo; ele é um criador de oportunidades para as situações de aprendizagem, um oportunizador das experiências intensas e adequadas, capazes de despertar no aluno a motivação para a pergunta, para uma atitude investigativa que busque soluções e que fundamente sua intervenção na realidade (REIBNITZ; PRADO, 2003, p. 440).

Se o profissional não for atento às necessidades do estudante, muitas situações do cotidiano de trabalho poderão ser desconsideradas por ele como oportunidades de aprendizado, já que a convivência com estas no cotidiano de trabalho pode torná-las corriqueiras, fáceis ao preceptor.

O preceptor deve estar disposto a dividir com o estudante suas situações de trabalho, conforme nos sugere a competência **“compartilha com o estudante sua experiência prática em relação à realidade da comunidade onde trabalha”**. O comentário sobre a importância desta competência para a preceptoria foi o seguinte:

[...] porque é imprescindível passar aos acadêmicos nossa experiência prática em relação às necessidades, dificuldades e características das comunidades em que trabalhamos [...] (P13).

Myrick e Yonge (2004), ao discutirem a atribuição de professor, referem que o preceptor deve compartilhar seu conhecimento e *expertise* com o estudante, comparando esta prática com a de educador junto a pacientes e famílias, papel que o profissional já assume no cotidiano de trabalho.

Dentro deste contexto de oportunidades de aprendizado, os preceptores elencaram a competência “**estimula o estudante ao exercício da problematização, identificando um problema e buscando soluções práticas e viáveis**”, conforme comentário:

[...] estimular o estudante a identificar um problema e buscar soluções práticas e viáveis para ele, dentro de sua competência técnica [...] (P20).

Para Perrenoud (2000), uma situação-problema é organizada em torno de um obstáculo o qual deve estimular os estudantes. Ela deve ser entendida como um enigma, um desafio que esteja ao alcance da capacidade de resolução dos mesmos. Situações-problema são ideais para serem propostas a um grupo de pessoas e para a mobilização de conhecimentos previamente armazenados, levando ao desenvolvimento de competências, sendo “conceber e administrar situações-problema ajustadas ao nível e às possibilidades dos alunos” uma competência para ensinar proposta pelo autor.

Em relação ao PET-Saúde, a expectativa é de que haja problematização de situações vivenciadas pelos estudantes, na prática de atenção à saúde, a partir da análise integral e sistemática do processo saúde-doença nas suas várias dimensões (individual, familiar e coletiva) (BRASIL, 2011a).

Outra competência indicada pelos preceptores foi “**auxilia o estudante na construção de estratégias de ação**”, tendo recebido o seguinte comentário:

[...] os estudantes necessitam que o preceptor possa sugerir e ajudar a construir estratégias de ação, bem como participar da escolha dos recursos a serem utilizados, além de transferir conhecimentos sobre o uso dos mesmos [...] (P19).

Ao auxiliar o estudante na construção de estratégias, o preceptor deve considerar as suas características, sabendo que as situações apresentadas exigem um ajuste às possibilidades dos estudantes e capacidade de improviso por parte do preceptor (PERRENOUD, 2000). Em relação a esta competência, Sotolongo, Michelena e Horta (2005) evidenciaram a necessidade de “selecionar os métodos de ensino segundo o conteúdo e tipo de classe” e “reconhecer a

participação do estudante em sua própria aprendizagem” como importantes à condução da tutoria.

Nesta relação, o preceptor é o facilitador desta necessária aproximação entre a teoria e a prática (MYRICK; YONGE, 2004). A competência **“articula teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo”** foi evidenciada no presente estudo. O comentário a seguir foi manifestado por um dos preceptores:

[...] estudar imaginando, estudar vivenciando tem uma grande diferença. A vivência fixa mentalmente a teoria e sempre que surgir situações semelhantes e [...] é lembrada e possível de ser replicada em suas condutas [...] (P10).

Neste contexto, a articulação de teoria com a prática pode ser relacionada com a pedagogia da problematização, que propõe aprender a partir de vivências concretas, singulares e dinâmicas:

Em certas situações, é mais importante e urgente desenvolver a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante como a global e estrutural; detectar todos os recursos de que se possa lançar mão; identificar os problemas que obstaculizam um uso eficiente e equitativo dos ditos recursos; localizar as tecnologias disponíveis para usar melhor os recursos ou até inventar novas tecnologias apropriadas; e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva para conseguir tudo anteriormente citado (BORDENAVE, 1999, p. 263).

Muitos estudantes referem-se à teoria como abstrata, distanciada da prática, descontextualizada. Estas percepções também acompanham o profissional de saúde logo no início de sua inserção no mundo do trabalho, momento em que se depara com situações para as quais não possui respostas imediatas a partir do conhecimento que traz da formação e que o coloca em posição de busca de novos conhecimentos para o enfrentamento do cotidiano de trabalho.

Uma pesquisa com estudantes de enfermagem da Universidade de São Paulo, ao buscar verificar a aplicação dos conceitos de uma determinada disciplina na prática, apresenta o seguinte depoimento de um estudante: “acho que deveria ter um profissional que pudesse fazer a transição da teoria para prática. Acho que ficaria mais fácil apreender” (CAMPOS et al., 2009, p. 1229), demonstrando a importância do papel do preceptor neste contexto de transposição teoria-prática.

Fajardo (2011), a partir de seu estudo com preceptores de uma residência multiprofissional, considera que é fundamental que os preceptores fortaleçam a vinculação entre teoria e prática. Também neste sentido, “reconhecer que a teoria respalda a prática e que ambas se correlacionam problematizando a realidade” foi uma das competências sinalizadas por uma investigação que objetivou construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

No contexto internacional, “auxílio ao estudante (para que aplique a teoria na prática)” é outro núcleo de uma das competências propostas ao preceptor pela Associação Canadense das Escolas de Enfermagem (CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING, 2010).

O seguimento do estudante recebeu ênfase como uma das competências para a preceptoria, de acordo com o enunciado: **“acompanha o estudante para que tenha segurança em suas condutas, visando à tomada de decisão”**, conforme justificativa.

[...] como são acadêmicos em formação, necessitam de acompanhamento no momento da prática “clínica”, para que tenham maior segurança em suas futuras atividades diárias [...] (P15).

Este acompanhamento é fundamental segundo pressuposto do próprio Programa, o qual recomenda que o estudante seja conduzido por um profissional de sua mesma área de formação no momento de prestar atividades ditas assistenciais (BRASIL, 2011a).

Os preceptores vinculam o acompanhamento do estudante à efetivação da tomada de decisão. Para Macedo (2002), “tomar decisões é mais do que resolver um problema, pois implica mobilizar valores, estabelecer raciocínios, enfrentar dilemas e decidir pelo que se julga melhor, mais justo, mais condizente para o sujeito e para a sociedade a qual pertence” (MACEDO, 2002, p. 127). Tomar decisões, portanto, envolve a mobilização de muitas competências pelo indivíduo. No contexto dos Cursos de Graduação em Saúde, esta competência do preceptor contribui para a construção da competência “tomada de decisões”, estabelecida nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

Perrenoud (2000) recomenda como uma das competências para ensinar, além de reconhecer oportunidades de aprendizado, “organizar e dirigir situações de aprendizagem”, competência indicada de forma semelhante por Sotolongo, Michelena e Horta (2005), segundo o enunciado “ser agente-guia da aprendizagem” no levantamento de competências para a tutoria.

Outra justificativa apresentada pelos preceptores refere-se ao entendimento das culturas locais.

[...] porque a ação profissional é norteadada [...] pelo entendimento da singularidade das culturas locais [...] (P21).

Este entendimento remete à competência cultural, evidenciada em estudo anterior na atenção básica como ‘respeita e interage com diferentes culturas’ (WITT, 2005) e que compreende ser necessário interagir de forma sensitiva, efetiva e profissional com pessoas de diferentes origens cultural, socioeconômica, educacional, racial, étnica e profissional e com pessoas de todas as idades e estilos de vida (COUNCIL OF LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE, 2001). Este entendimento é necessário para a tomada de decisão no contexto de desenvolvimento da Saúde da Família.

Ao discutirem os papéis dos envolvidos na preceptoria – preceptor, estudante e instituição de ensino – Myrick e Yonge (2004) dizem que o preceptor assume um papel essencial no processo ensino-aprendizagem. Neste processo, foi indicada a competência **“avalia o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções”**. Estas autoras consideram a avaliação como um desafio que envolve sensibilidade, cuja execução exige do avaliador as seguintes características: ser justo, preciso e gentil.

Como estratégias de avaliação, sugerem que os preceptores utilizem os objetivos de aprendizagem pré-estabelecidos como guia da avaliação; que no cotidiano da experiência de preceptoria conversem com os estudantes, lhes proporcionado *feedback* falado ou escrito; que envolvam ativamente o estudante em sua avaliação; e que discutam pontos fortes e os que demandam melhorias (MYRICK; YONGE, 2004).

Em relação aos objetivos de aprendizagem, no estudo de Sotolongo, Michelena e Horta (2005) as competências “compreender os objetivos a alcançar” e “relacionar os objetivos com a avaliação” foram recomendadas ao tutor.

O comentário a seguir justifica a última competência indicada pelos preceptores:

[...] a cada atividade, devemos repensar sempre em novas intervenções e atitudes, habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação para ajudar o futuro profissional a adquirir prática e mais segurança em suas atividades [...] (P15).

Para Perrenoud (2000), o professor deve apresentar competência de “observar e avaliar os alunos em situações de aprendizagem, de acordo com uma abordagem formativa”, sendo a avaliação um balanço periódico das aquisições dos estudantes, que deve orientar outras estratégias de ensino-aprendizagem visando à evolução do estudante neste processo. Ela deve importar ao estudante, ser dirigida à sua formação, e não funcionar como um boletim de sucesso ou fracasso a ser apresentado aos pais ou à instituição.

Este tem sido o entendimento do Ministério da Saúde no contexto do PET-Saúde que propõe uma “[...] avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades)” (BRASIL, 2011a), ou seja, de uma avaliação de competências.

Também no domínio educacional foi classificada a competência “**identifica-se com a atividade educativa**”. A seguir, dois comentários a ela:

[...] o preceptor deverá ter perfil para trabalhar com estudantes, integrar-se com a proposta do PET-UFRGS, interesse em manter o projeto [...] (P3).

[...] identificação com formação de trabalhadores (educação): envolve não apenas a boa capacidade técnica, mas também componentes éticos, criatividade e iniciativa no trabalho com equipe e com os estudantes [...] (P22).

Necessário à identificação, é o entendimento de que a preceptoria pode ser atribuição do profissional no SUS. Uma pesquisa com preceptores da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro preocupou-se em verificar a opinião destes quanto à preceptoria (TRAJMAN et al., 2009). Uma das perguntas da investigação foi “faz parte do papel do profissional do SUS orientar estudantes?”, tendo obtido resposta afirmativa na opinião de 76,9% dos preceptores. Para a pergunta “você gostaria de supervisionar atividades práticas de estudantes?”, 61,4% responderam que sim. Estes achados podem estar relacionados ao entendimento de que para ser preceptor, é necessário ter “perfil” conforme comentário à competência do presente estudo.

Para Fajardo (2011), “a falta de identificação de todos os trabalhadores como participantes do processo de ensino/aprendizagem [...] prejudica o Programa” (FAJARDO, 2011, p. 106). Na pesquisa, aparece o “perfil” do profissional como determinante do sucesso do Programa, pois os preceptores do estudo entendem que possuem colegas sem perfil para o ensino e outros que não aceitam bem os residentes inseridos no cotidiano dos serviços (FAJARDO, 2011). Neste sentido, a concepção de perfil pode denotar uma característica

“inata” que o profissional apresenta, ou não – contradizendo a importância dos processos de educação permanente e de novas lógicas no processo de trabalho.

Assim, os profissionais se referem ao papel de preceptor como sendo um dos quais devem desempenhar dentro da instituição na qual trabalham, considerada de ensino. No entanto, percebem a relação dos papéis de profissional e preceptor como ainda nebulosa e não muito bem esclarecida. No contexto deste estudo, os profissionais de saúde assumem a preceptoria mediante convite e complementação financeira (FAJARDO, 2011).

Ser preceptor é um papel que assumem, apesar de os demais profissionais – não-preceptores, designados na instituição como orientadores de serviço – também trabalharem com estudantes no seu cotidiano, dentro da dinâmica de ensino da instituição. No contexto do cotidiano do trabalho, a divisão de carga horária destinada à assistência e à preceptoria, tem gerado tensão nas relações com colegas de trabalho, os quais podem sentir-se sobrecarregados em suas tarefas ao “permitirem” que os colegas preceptores desenvolvam suas atividades junto aos estudantes (FAJARDO, 2011).

5.2.2 Competências na área de domínio de valores profissionais

Em uma abordagem que enfatiza a importância dos valores, a saúde é associada com a ética, como uma prática que é, ao mesmo tempo, subordinada e baseada em certos valores e princípios (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2002). Neste domínio, foram evidenciadas competências que envolvem valores profissionais em seus enunciados, tais como compromisso, ética, responsabilidade e comprometimento. Ser sujeito em um programa público de educação em saúde implica a mobilização de certos valores, os quais foram expressos pelos preceptores deste estudo.

A competência ‘**trabalha com motivação a fim de desenvolver novas perspectivas junto aos estudantes**’ foi indicada pelos preceptores.

[...] o preceptor deve ter motivação para exercer qualquer competência inerente ao PET-UFRGS. Para exercer um bom trabalho junto aos estudantes e às propostas do PET, a motivação é transformadora e desenvolve novas perspectivas em relação ao projeto [...] (P3).

Este comentário coloca a motivação como pré-requisito à mobilização de qualquer competência no contexto do Programa. O PET-Saúde surgiu como uma proposta de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, e também para ser um instrumento

para qualificação em serviço. Ele requer, portanto, novas competências profissionais, e conforme refere Brito (2001), a motivação é uma das novas competências ao desenvolvimento profissional em um processo de reforma educacional em saúde que vise aproximar ensino e serviço.

Fatores motivacionais no trabalho investigados por Batista et al. (2005), resultaram nos seguintes: gostar do que faz, ter um relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional e a possibilidade de obter crescimento profissional. Estes fatores, ao mesmo tempo em que necessários ao desenvolvimento do PET, podem ser reforçados pelas propostas, à medida que o envolvimento com a atividade de preceptoria resulte em uma maior satisfação do profissional de saúde com o que faz, um melhor relacionamento com a equipe e os estudantes e a possibilidade de crescimento profissional oferecida no âmbito das atividades desenvolvidas no Programa.

Para Myrick e Yonge (2004), o preceptor é o elemento-chave para o sucesso da experiência da preceptoria, enfatizando que “a comunicação entre o preceptor e a instituição de ensino é fundamental para o sucesso global da experiência de preceptoria” (MYRICK; YONGE, 2004, p. 13), o que exige comprometimento. Neste sentido, foi sinalizada a competência “**compromete-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço**”. Eis um comentário sobre esta competência:

[...] é de extrema importância que os preceptores tenham compromisso com o PET-Saúde, através do preparo da sua equipe, do serviço e da comunidade, para que a proposta do Programa seja bem aceita e objetivada [...] (P8).

Este preceptor referiu que o compromisso com o Programa passa pelo preparo da equipe, do serviço e da comunidade. Encontra-se referência a esta característica da preceptoria, também, em Myrick e Yonge (2004), que consideram o “clima” apropriado à experiência de preceptoria como fator crítico ao processo ensino-aprendizagem. Por exigirem do preceptor um tempo considerável e de qualidade, os estudantes necessitam sentir-se acolhidos não apenas pelo preceptor, mas também pela equipe. O estudante tem o preceptor como sua referência, recorrendo a ele em todos os momentos, mas a equipe também pode ser tida como referência se esta estiver disposta a auxiliar.

A motivação, referida na primeira competência deste domínio, se faz necessária ao preceptor a fim de que consiga lidar com os vários fatores que podem facilitar ou dificultar a criação do clima favorável indicado pelas autoras, tais como o próprio equilíbrio emocional

do preceptor, suas condições de trabalho (físicas, materiais e financeiras) e o apoio institucional para que o preceptor exerça plenamente seu papel – que implica em ir além das atividades assistenciais e gerenciais propriamente ditas –, dentre outros (MYRICK; YONGE, 2004).

O comprometimento também tem sido traduzido em termos de estudo continuado, engajamento no processo como um todo, disponibilidade constante e preocupação em fortalecer a relação entre teoria e prática na modalidade de ensino em serviço praticada em programas de residência multiprofissional em saúde (FAJARDO, 2011).

A integração docente-assistencial é um tema que há tempos vem sendo discutido, sendo um processo considerado essencial à qualidade da prestação de serviços em saúde, conforme já discutido na revisão de literatura. Neste sentido a competência “**colabora para a integração docente-assistencial**”, reflete a preocupação dos preceptores em efetivarem a aproximação da academia com o serviço de saúde.

Participar do planejamento das atividades a serem desenvolvidas é um dos aspectos a se considerar neste contexto. Myrick e Yonge (2004) também destacam a participação dos preceptores no planejamento da experiência de preceptoria.

No entanto, o único depoimento à esta competência relacionou a dificuldade para o seu desempenho:

[...] no que consta a dificuldade de aproximação física e intelectual dos trabalhadores das unidades de saúde com o conhecimento científico [...] (P17).

A competência “**conhece suas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas**” talvez seja uma das competências mais importantes para os estudantes vinculados ao PET-Saúde, os quais, por estarem na graduação, desejam vivenciar situações de aprendizado próprias de sua profissão. Um comentário ilustra a preocupação dos preceptores quanto a esta competência:

[...] para que possa passar este conhecimento aos estudantes e orientar as ações a serem desenvolvidas e atuar no desenvolvimento profissional do estudante [...] (P4).

Apesar de ser uma proposta de aprendizagem em grupos, o PET-Saúde vem priorizando a figura do preceptor de área, o que significa que o estudante deverá ser orientado por um preceptor da mesma área de formação em momentos de atividades consideradas de

assistência (BRASIL, 2011a). Aproximando-se desta competência, Alarcão e Rua (2005) ressaltam que ser supervisor implica um saber profissional muito sólido que objetiva a orientação da ação profissional.

A competência **“atua profissionalmente reconhecendo-se como modelo para o estudante”** reitera o fator "conhecimento", implícito na última competência apresentada:

[...] o PET-saúde é um programa que exige muito profissionalismo dos preceptores, pois nos tornamos referências para muitos acadêmicos, que na maioria das vezes se inspiram em nossos serviços, para seguirem seu caminho profissional [...] (P8).

Ser modelo para o estudante é um dos papéis propostos ao preceptor por Myrick e Yonge (2004), que vêem nos estudantes e profissionais novatos a expectativa de serem conduzidos por um profissional que satisfaça seus anseios de aprendizado e que os motive a seguir seus passos.

“Conduz suas atividades com ética” é outra competência deste domínio indicada como essencial à preceptoria:

[...] o preceptor é também um modelo na formação dos estudantes. Ética, adequação, postura investigativa, respeito às pessoas, são características fundamentais no espaço de formação [...] (P18).

Ao agregarem valores importantes na condução das atividades do Programa, os preceptores mostram-se preocupados com sua atuação profissional perante os estudantes, destacando a ética. Sotolongo, Michelena e Horta (2005) ainda relacionam esta competência com as situações de preceptoria, referindo que o profissional deve “tratar eticamente as situações de ensino-aprendizagem”.

A ética está presente em todas as relações do profissional, seja com os usuários, famílias, colegas de equipe, até mesmo com o tratamento das informações às quais tem acesso. A competência ética é destacada por Myrick e Yonge (2004) como essencial ao preceptor. Elas enfatizam que a percepção da forma como o trabalho é conduzido pelo preceptor é processada pelo estudante, o qual poderá vir a reproduzir algumas condutas no futuro como profissional (MYRICK; YONGE, 2004).

Na sequência, houve a indicação da competência **“demanda do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o usuário como foco”**. Eis um comentário:

[...] auxiliar o estudante no desenvolvimento dessa competência, para que ele possa pensar/identificar o problema do seu paciente em todas as áreas; visualizando-o como um todo para compreendê-lo e encaminhá-lo com eficiência aos serviços competentes, dando suporte à equipe de saúde [...] (P12).

A responsabilidade pela atenção à saúde pode ser encontrada como competência ou habilidade específica nos textos das diretrizes curriculares de alguns cursos da área da saúde, tais como Odontologia, Farmácia, Fisioterapia e Biomedicina. Estas preveem a formação de profissionais para atuar "em todos os níveis de atenção à saúde, com integração em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o" (BRASIL, 2003b).

Conscientizar o estudante de que a atenção à saúde com ênfase nas necessidades dos usuários do SUS é sua responsabilidade, é garantir que o princípio da integralidade seja respeitado, princípio entendido como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990). "Ter o usuário como foco", conforme referido no enunciado da competência, vai ao encontro do fragmento "exigidos para cada caso", já que o atendimento à pessoa deve ser individualizado, contextualizado, único.

Para além do usuário e da responsabilidade pela atenção à saúde, o comprometimento do estudante com outras instâncias foi ressaltado na competência **"incentiva no estudante o comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS"**.

Mesmo que o estudante ainda não tenha os deveres de um profissional, ele precisa ir construindo essa trajetória ainda na graduação, o que implica o incentivo ao comprometimento. Para tal, um preceptor destacou o sentimento de pertencimento ao serviço:

[...] transmitir aos bolsistas o comprometimento em sentir-se parte integrante do serviço [...] (P9).

Garantir uma boa integração ao serviço também é papel do preceptor, conforme discutido anteriormente, a respeito do comprometimento do preceptor com o Programa – a ideia de proporcionar um "clima" adequado, proposta por Myrick e Yonge (2004).

Ainda no domínio de valores profissionais, **"identifica-se com o trabalho em saúde coletiva"**, foi proposta pelos preceptores a partir do comentário:

[...] *gostar de saúde coletiva, porque é um outro tipo de profissional [identificação] a se estabelecer na sua formação e modo de ser/agir [...]* (P14).

Identificar-se com saúde coletiva é próprio do grupo de preceptores participantes deste estudo, visto que são vinculados a serviços de atenção primária. Witt (2005) apresentou a competência "identifica-se com o trabalho" como essencial às atividades da enfermeira na atenção básica, sendo que as enfermeiras reconheceram a identificação como favorecedora do crescimento pessoal e das relações com o trabalho.

Gostar do trabalho vincula-se à realização profissional, concepção defendida por Campos (2000) ao falar da importância da aproximação dos trabalhadores ao produto final de seu trabalho e ao reconhecimento do resultado pelo próprio trabalhador e a sociedade.

5.2.3 Competências na área de domínio das ciências básicas da saúde pública

Esta área de domínio traz competências que possibilitam aos profissionais de saúde uma compreensão das políticas de saúde, do estado de saúde das populações e seus determinantes, e de fatores que influenciam a utilização dos serviços (RUIZ, 2001).

Os preceptores determinaram cinco competências neste domínio, demonstrando sua preocupação em compreender as políticas de saúde, o serviço e possuir capacidade técnica para orientar o estudante. Poderá ser verificado nos comentários dos preceptores, características da lógica de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que o PET-Saúde, objeto deste estudo, está ligado a serviços de saúde da família.

“Compreende as políticas de saúde e a lógica de atenção da Estratégia de Saúde da Família” foi uma das competências que obteve consenso. Eis um comentário que a justifica:

[...] *entendimento do que é Estratégia SF, você necessita compreender uma nova lógica de atenção em nível básico [...]* (P14).

A ESF, antes denominada Programa de Saúde da Família, surgiu como uma política nacional de saúde em 1994. A implementação da ESF nasce a partir da decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante os princípios do SUS, sendo alicerçada na atenção básica (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009), sendo definida como:

[...] modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p. 804).

Por ser uma política em construção e expansão, os preceptores, assim como todos os profissionais envolvidos com a atenção básica à saúde no Brasil, necessitam aprender a operacionalizá-la no cotidiano dos serviços, buscando maneiras de efetivamente contribuir para a melhoria das condições de saúde da população.

A pesquisa com preceptores de um programa de residência multiprofissional em saúde da família recomendou como competência para atuação na ESF “ter conhecimento sobre políticas públicas, processo saúde-doença, atenção primária, interdisciplinaridade, epidemiologia, indicadores de saúde, práticas de saúde coletiva, rede de referência e contra-referência, princípios e estratégias organizacionais da ESF”, classificando-a dentro deste mesmo domínio em discussão (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Outra competência deste domínio de ciências básicas da saúde pública é “**compreende o SUS e aplica seus princípios**”, a qual recebeu este comentário:

[...] o preceptor do PET-Saúde deve conhecer profundamente o SUS e as diversas políticas de saúde para que possa orientar os estudantes e repassar seus conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento dos mesmos [...] (P16).

Semelhante a esta competência, Witt (2005) identificou “conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde” como competência da enfermeira na atenção básica, havendo o reconhecimento desta como essencial à atuação da enfermeira nas instâncias de gestão do SUS. Muitos dos preceptores deste estudo são profissionais que já atuavam na atenção à saúde antes mesmo da criação do SUS e da própria ESF, portanto, passaram e ainda passam por um processo de readequação de seu trabalho à nova lógica de atuação. Muitos conceitos referentes às políticas de saúde vêm sendo discutidos e transformados, ao que se reafirma a necessidade da real integração ensino-serviço, mais especificamente dos profissionais dos serviços com a academia. Sendo sujeitos deste processo, os profissionais poderão não somente “conhecer ou compreender” as políticas de saúde, mas ajudar a construí-las.

A competência “**situa o estudante no SUS**” relaciona-se às últimas competências discutidas, as quais preveem que os preceptores compreendam as políticas de saúde e o SUS

como um todo. Esta se relaciona de forma mais direta à preceptoria, prevendo que o preceptor estenda a compreensão do sistema de saúde ao estudante:

[...] todos os preceptores têm que ter a compreensão de que estamos recebendo acadêmicos de diversos níveis de entendimento sobre o SUS, os quais precisam de um apoio para se situarem dentro deste sistema. Mas que também, o PET é uma excelente oportunidade para estes acadêmicos experimentarem as práticas de saúde no SUS, é um momento único e que deve ser bem aproveitado [...] (P8).

[...] porque o desenvolvimento do SUS é guiado por diretrizes pré-estabelecidas. É papel do preceptor tornar o estudante ciente de que a ação profissional é guiada por diretrizes [...] (P21).

[...] transmitir o conhecimento técnico da ESF na realização de práticas diárias [...] (P9).

Conforme se verifica em Andrade, Barreto e Bezerra (2009), vários são os componentes que caracterizam a organização da ESF: definição e descrição do território de abrangência, adscrição da clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, acolhimento e organização da demanda, trabalho em equipe multiprofissional, enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade, estímulo à participação e controle social, organização de ações de promoção de saúde, resgate da medicina popular, organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe, identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário, monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência, clínica ampliada, educação permanente em saúde.

Cada componente destes reúne entendimentos complexos para operacionalização, sendo que há aqui um bom exemplo de competências servindo como recursos mobilizáveis, segundo entendimento de Perrenoud (1999). A competência "sabe coletivizar seus conhecimentos", identificada por Witt e Almeida (2008), ao ser mobilizada pela enfermeira em situações de orientação de sua equipe e da população, ressalta a atualização dos conhecimentos como essencial.

A formação de base dos profissionais e seu conhecimento técnico foram resgatados na competência "**demonstra capacidade técnica para orientar o estudante**", sustentada pelos comentários:

[...] o conhecimento técnico de quem vai ensinar é fundamental [...] (P20).

[...] capacidade técnica para elaborar, supervisionar e trabalhar junto como os estudantes nas ações desenvolvidas [...] (P6).

Aqui, o preceptor identifica-se como um técnico em saúde que deve ancorar sua prática nos conhecimentos construídos em sua formação. A formação em saúde, com forte influência flexneriana, relacionou a “técnica” ao conhecimento científico, o qual seria validado pela pesquisa experimental com base biológica e centrada no hospital.

Para os preceptores em atenção básica, em especial, coloca-se o desafio de conduzir seu trabalho sem privilegiar apenas a base biológica dos problemas de saúde trazidos pela população. Conforme recomendam Carvalho e Ceccim (2009) “um profissional de saúde não pode ter em vista sua projeção técnica ou científica senão na relação de assistir ao outro em suas necessidades (é isto que quer dizer exercer a clínica) e numa relação ética com a vida (pertencer ao *socius* em que uma prática existe como profissão)” (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 141).

Com este entendimento, o conhecimento foi relacionado à capacidade técnica pelos preceptores neste comentário:

[...] é fundamental conhecer o serviço e os grupos populacionais e seus perfis de saúde-doença, possibilitando o planejamento de ações [...] (P6).

Nascimento e Oliveira (2010) destacam “ter conhecimento e habilidade técnica/clínica adquiridos na formação específica” como competência pertinente aos residentes em Saúde da Família, a aproximando de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença.

No trabalho de Witt (2005), as enfermeiras reconhecem a capacidade técnica como a base para a resolução de situações do cotidiano de trabalho, como o fator que lhes dará condições de tomar decisões. A capacidade técnica e os conhecimentos são necessários para delimitar o padrão de responsabilização profissional.

Ainda neste domínio de ciências básicas da saúde pública, os preceptores indicaram a competência “**instiga o estudante à reflexão para o desenvolvimento do pensamento crítico**”:

[...] incitar no estudante a reflexão é fundamental para um desenvolvimento crítico [...] (PE7).

Para Reibnitz e Prado (2003), o processo educativo é compreendido como um exercício de reflexão da realidade, sendo que o professor é um estimulador da capacidade crítico-criativa, necessária à mudança da realidade de saúde. “Entendemos o fenômeno

criativo não como um dom ou talento, mas sim como algo que pode ser estimulado ou inibido a partir das relações que o indivíduo estabelece ao longo da vida, e por isso a importância da relação pedagógica” (REIBNITZ; PRADO, 2003, p. 441).

As DCNs de alguns cursos da área da saúde, ao destacarem a formação do profissional crítico-criativo, recomendam as seguintes competências específicas: “ser dotado de espírito crítico e responsabilidade que lhe permita uma atuação profissional consciente, dirigida para a melhoria da qualidade de vida da população humana” e “avaliar e responder com senso crítico as informações que estão sendo oferecidas durante a graduação e no exercício profissional” (ALMEIDA, 2005).

A competência “utiliza pensamento crítico-reflexivo” também foi identificada por Witt e Almeida (2008) como competência para a atuação da enfermeira na atenção básica.

5.2.4 Competências na área de domínio da gerência

Esta área de domínio engloba aspectos da organização dos serviços de saúde, incluindo atividades de supervisão, tomada de decisão e liderança. A administração e gerenciamento é uma das competências gerais dos profissionais de saúde segundo as DCNs, a qual orienta que o profissional da saúde deve fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, como dos recursos físicos e materiais e também da informação (ALMEIDA, 2005).

Assim, os preceptores do PET-Saúde indicaram a competência “**supervisiona e organiza o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho**”. Alguns comentários que justificam esta competência são:

[...] é a capacidade de coordenação do serviço para o bom desenvolvimento do trabalho [...] (P1).

[...] supervisionar e matriciar: porque a demanda de trabalho é dinâmica e rica em adversidades, que devem ser consideradas para que as ações profissionais atinjam seus objetivos [...] (P21).

Um desses comentários fala sobre a dinâmica do trabalho e as adversidades encontradas, remetendo à ideia de que são poucas as constantes no trabalho em saúde frente à complexidade da atenção básica. Para Perrenoud (1998), o êxito em resolver um problema ou atingir um objetivo depende de repetidas exposições a situações semelhantes, o que permitirá a construção das competências, o que envolve mobilização de recursos.

Como já discutido anteriormente, o preceptor tem papel de preparar o ambiente de trabalho para a experiência da preceptoria. Nesse processo, ele necessita articular muitos recursos de naturezas diversas, tais como os humanos e materiais, além de estabelecer relações com seus pares, a equipe multiprofissional e o serviço. Neste processo, o preceptor também **“insere o estudante no campo de estágio”**, que é outra competência presente neste domínio.

A liderança também foi indicada como núcleo da competência **“exerce liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades na Unidade e na comunidade”**. Eis um comentário a ela:

[...] porque as atividades realizadas acontecem tanto dentro da unidade como na comunidade. Atividades de caráter educativo que exigem o empenho de toda a equipe para mobilização dessa comunidade [...] (P2).

Considerando a liderança uma habilidade a ser desenvolvida permanentemente pelo profissional, Gaidzinski, Peres e Fernandes (2004) afirmam que a função de líder deve reconhecer a importância do fator grupal e considerar a meta do grupo e não apenas os objetivos pessoais do profissional que exerce liderança. Estas autoras pontuam a dimensão individual da liderança, a qual engloba aptidões sociais (comunicação, persuasão e mediação de conflitos), todas importantes à mobilização da comunidade evidenciada no comentário do preceptor.

Ainda neste contexto, para Perrenoud (2000), a competência "administrar crises ou conflitos interpessoais" é uma das competências para ensinar, sendo o conflito um componente da ação coletiva que deve ser utilizado de maneira construtiva.

Já Amestoy et al. (2009), consideram a liderança como um instrumento gerencial a ser desempenhado pelo profissional, o qual exerce influência e auxilia o grupo a alcançar objetivos e metas. As DCNs para os cursos de graduação da área da saúde consideram a liderança como uma das competências gerais dos profissionais da saúde, sendo que ela é relacionada ao trabalho em equipe multiprofissional, ao bem estar da comunidade e ao gerenciamento de forma efetiva e eficaz (ALMEIDA, 2005).

Os preceptores ainda recomendaram a competência **“articula as atividades assistenciais com as de preceptoria”** como essencial ao desenvolvimento do PET-Saúde:

[...] organizar de forma funcional as atividades assistenciais da unidade de saúde com as atividades propostas pelo PET [...] (P9).

A gestão das atividades de assistência e preceptoria é um dos pontos-chave para o desenvolvimento do PET-Saúde, segundo os preceptores.

Alguns estudos falam sobre aspectos a serem observados nesta gestão. Um deles atribui a sobrecarga de trabalho como ponto negativo à preceptoria, além da necessidade de administrar a divisão do espaço físico com os estudantes (TRAJMAN et al., 2009). Outro, considera a demanda pela "produtividade" e o estabelecimento de cota de consultas diárias como fatores que interferem na preceptoria (TRAD; MENESES; ROCHA, 2011).

Expondo a dificuldade em conciliar ensino e assistência, os preceptores da residência em área profissional da saúde do estudo de Fajardo (2011), referiram que: "[...] considero que estou sempre investindo para o exercício da preceptoria, compreendendo como um processo contínuo e desafiador [...] Entretanto, me deparo com as dificuldades e contradições decorrentes do processo de trabalho no exercício do ensino e da assistência" (FAJARDO, 2011, p. 137).

Sabendo de todos os fatores relatados nessas pesquisas, os quais podem interferir no êxito da preceptoria, entende-se que os profissionais precisam construir alternativas para a articulação das atividades de ensino e assistência. Envolver os estudantes nas atividades gerenciais se torna relevante à aprendizagem no PET-Saúde, a fim de que venham a perceber a amplitude de funções desempenhadas pelo profissional, as quais, muitas vezes, podem ser vistas pelos estudantes como não tão específicas da profissão.

Ainda no domínio da gerência, o preceptor **“percebe as demandas institucionais do serviço de saúde e ajuda o estudante a compreendê-las”**: Eis dois comentários:

[...] é importante que o preceptor possa ter uma escuta afinada para entender de uma forma ampla o que está sendo demandado pela instituição. É importante que essa “escuta” seja vivenciada também pelo estudante no espaço de preceptoria [...] (P18).

[...] o preceptor tem como papel contribuir para a construção conjunta de uma leitura institucional, bem como na identificação de demandas e estabelecimento de prioridades [...] (P19).

Os estudantes chegam aos serviços com muitas expectativas e conceitos pré-estabelecidos principalmente nas disciplinas teóricas da graduação. Inevitavelmente, a realidade percebida nos serviços é confrontada, levando a interpretações diversas as quais podem interferir positiva ou negativamente nas vivências que se processarão a partir daí. Conduzir o aprendizado do estudante de acordo com a realidade do serviço de saúde e ajudá-lo a compreender as dinâmicas institucionais, requer do preceptor sensibilidade para mediar a

relação estudante-instituição, para evitar estranhamentos ou o surgimento de sentimentos negativos relativos ao serviço ou aos profissionais.

Estabelecer prioridades requer leitura institucional, conforme comentário do preceptor, prioridades que podem divergir entre preceptor e estudante, quando discutidas. Traduzir as demandas institucionais se torna importante nesse processo, pois o estudante precisa entender quais os limites possíveis às respostas de saúde em determinado momento. Ainda conforme Myrick e Yonge (2004), auxiliar o estudante no estabelecimento de prioridades o ajuda a desenvolver o pensamento crítico.

5.2.5 Competências na área de domínio da atenção à saúde

A área de domínio da atenção à saúde reúne aspectos orientadores das ações dos profissionais, tais como os princípios e diretrizes do SUS. Os princípios gerais da Atenção Básica no Brasil referem-se à promoção e proteção da saúde, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à manutenção da saúde, assumindo a responsabilidade sanitária por territórios delimitados através da Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Ela orienta-se por princípios como a universalidade, a acessibilidade, o vínculo e a continuidade, a integralidade, a humanização e a participação social (BRASIL, 2011b).

As competências deste domínio destacam aspectos de resolubilidade na atenção à saúde, a humanização, a promoção da saúde e a identificação com o trabalho.

Os preceptores concordaram com a competência “**realiza acolhimento, priorizando o atendimento**”. Eis um comentário a ela:

[...] é a capacidade de guiar as consultas que sejam realmente necessárias, prioritárias no período de trabalho [...] (P1).

Na justificativa apresentada pelos preceptores, aparece a conotação de triagem para consulta médica, tal como a priorização do atendimento, se referindo à hierarquização de riscos proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b).

No entanto, a PNH, visando um trabalho “crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades” (BRASIL, 2004b, p. 5), estabelece como uma das diretrizes o acolhimento, que objetiva “estabelecer formas de acolher e incluir o usuário, que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos

e o acesso aos demais níveis do sistema” (BRASIL, 2004b, p. 13), referindo-se ao acolhimento como um processo mais amplo e diferenciado da prática de triagem.

Coelho, Jorge e Araújo (2009), interessados em saber como os usuários percebiam o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento, constataram que o importante para eles era serem ouvidos em suas necessidades, serem escutados. A ampliação do diálogo entre trabalhadores e usuários, entre trabalhadores, e entre trabalhadores e administração também é uma diretriz da PNH. Carvalho et al. (2008), ao revisarem o tema, enfatizam que a postura de acolhimento da equipe pressupõe atitudes tais como aproximação ao cliente, cumprimento, individualização, concentração no atendimento e demonstração de envolvimento ou sentimento em relação aos problemas da pessoa.

O estudo de Witt (2005) também constatou como competência da enfermeira na atenção básica “demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade”, destacando o relacionamento com o usuário, o respeito e o cumprimento do princípio da universalidade no SUS.

Quanto à satisfação com o acolhimento, para Ramos e Lima (2003), a forma de organização do serviço e a competência profissional da equipe são critérios avaliados pelos usuários. Neste sentido, “transmitir confiança e ter postura aberta, sensível, acolhedora, atenciosa, afetuosa, facilitadora e interessada pelo paciente e seus problemas” foi uma das competências no domínio Atenção à Saúde do estudo com preceptores de São Paulo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

“Realiza atendimento humanizado, adequando sua conduta à realidade do usuário” é outra competência importante à preceptoria, uma das justificativas a ela foi:

[...] não podemos pensar em saúde pública sem pensar em modificar o olhar ao paciente, assisti-lo como um todo, para que o profissional possa ajudá-lo, orientá-lo melhor, adequando o seu tratamento à sua realidade [...] (P12).

A atenção dada pelos preceptores à adequação de suas condutas partindo da realidade dos usuários, demonstra aproximação ao atendimento integral em saúde. Para Witt (2005), “no atendimento integral à saúde, a equipe de profissionais de saúde deve articular os seus saberes com os aspectos singulares dos pacientes” (WITT, 2005, p. 198), ao relacionar a competência “realiza atendimento integral dentro dos princípios do SUS” como relevante à atenção básica.

Considerando como um dos sentidos do princípio da integralidade¹¹ as *práticas de saúde*, Mattos (2004) refere que “defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos” (MATTOS, 2004, p. 1414), destacando o caráter relacional na efetivação do princípio da integralidade, necessário à adequação da conduta profissional à realidade do usuário proposta pelos preceptores.

Outras competências do estudo de Nascimento e Oliveira (2010) semelhantes a esta são “ter visão de saúde integral, humanista e ampliada do processo saúde-doença (do social, familiar, da economia, política e educação)” e “reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado, necessitando também de envolvimento”, dando ênfase à visão ampliada de saúde.

Outra competência que obteve consenso neste domínio foi **“realiza consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde”**:

[...] o profissional deve estar apto para atender os pacientes no momento da consulta, procurando solucionar os problemas apresentados [...] (P1).

Quando os preceptores falam em “resolubilidade” na consulta profissional, entende-se que ela pressupõe a escuta atenta dos problemas trazidos pelo usuário, conforme proposto pela PNH, para assim atendê-lo de forma integral, “adequando sua conduta à realidade do usuário”. Outros elementos relativos à consulta foram verificados por Nascimento e Oliveira (2010), em estudo de competências para formação na residência multiprofissional, no enunciado “ter conhecimento para realizar consulta, fazer diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção à saúde”, destacando a responsabilização dos profissionais pelas ações desenvolvidas, o que implica em aumento da resolubilidade.

Em Witt (2005), a consulta de enfermagem na atenção básica foi entendida sob vários aspectos: como uma ação educativa que pode se utilizar do recurso da promoção da saúde, como mobilizadora de saberes não prescritos, e como um espaço de assistência que considera a visão holística do usuário.

¹¹ Mattos (2004) identifica pelo menos três conjuntos de sentidos para a integralidade: 1 – aplicado a características das políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, 2 – relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde, 3 – voltado para atributos das práticas de saúde.

Os preceptores ainda indicaram consenso para a competência **“requer do usuário o comprometimento com a promoção de sua saúde”**, referindo-se a outro princípio da atenção básica.

Considerada uma das funções essenciais de saúde pública pela Organização Panamericana da Saúde, a promoção da saúde, segundo Kickbusch (2001), tem como um de seus elementos chave o empoderamento pessoal dos indivíduos. Quando o preceptor diz requerer do usuário comprometimento com sua saúde, está se referindo a este elemento proposto pela autora, ao envolver o indivíduo na condução de suas condutas relativas à saúde. Sabe-se que a saúde tem inúmeros determinantes e condicionantes, que ter saúde – conceito subjetivo – não depende apenas da vontade da pessoa, mas torna-se importante compartilhar estratégias de cuidado para um melhor viver.

Gotardo (2011), ao caracterizar as estratégias de promoção à saúde voltadas à atenção básica no contexto brasileiro, constatou que muitas delas tiveram como foco a criação de ambientes saudáveis, o empoderamento, a mobilização e a participação social dos usuários do SUS.

Um comentário a esta competência a relaciona, novamente, à integralidade:

[...] além de adequar o tratamento à realidade do seu paciente, desenvolver habilidade para fazê-lo entender da necessidade do comprometimento com a promoção da sua saúde [...] (P12).

Este comentário encontra sentido em Mattos (2004), quando refere a necessidade da articulação das condutas assistenciais às preventivas, cabendo ao profissional estabelecer a prioridade no momento do atendimento: “há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro” (MATTOS, 2004, p. 1413).

5.2.6 Competências na área de domínio do trabalho em equipe

Como modalidade de trabalho coletivo, alguns critérios para a prática do trabalho em equipe são trazidos por Peduzzi (2001), tais como a articulação das ações e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. Para além disso, o trabalho em equipe é um dos pressupostos da Estratégia Saúde da Família, contexto do presente estudo¹².

¹² No PET-Saúde da Família UFRGS/SMS/POA, as profissões incluídas nas tutorias são: Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Ed. Física.

Conforme proposto pelo PET-Saúde, a aprendizagem desenvolve-se em grupos de aprendizagem tutorial de natureza interdisciplinar. Então, o preceptor **“é capaz de interagir com os estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares”**. Dois comentários justificaram tal competência:

[...] é importante para uma maior integração entre os profissionais, tendo em vista as complexas necessidades em saúde da população e a interação com os estudantes das diversas tutorias [...] (P22).

[...] o trabalho em equipe é importante para resolução de problemas e desenvolvimento de atividades [...] (P7).

O trabalho em equipe é destacado como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001). Também é considerado por Brito (2001) como uma das novas competências para as reformas educacionais na área da saúde.

Torna-se fundamental para o desempenho da ESF, pois segundo Moretti-Pires (2009), a formação fragmentada dos profissionais de saúde pode levar a uma atuação reducionista, com foco no trabalho individual.

A articulação técnica é uma das possibilidades no PSF, segundo Silva e Trad (2005), para a troca de informações ou para resolução de problemas que ultrapassem a autonomia profissional de determinado membro da equipe. A articulação com os agentes comunitários foi bem evidenciada nesta investigação, onde os demais membros sempre buscavam informações junto aos agentes.

Para os preceptores do estudo de Nascimento e Oliveira (2010), para a atuação na ESF, o profissional precisa “reconhecer o saber dos profissionais da equipe e valorizar seus conhecimentos e opiniões” e “trabalhar em equipe, discutir casos e planos de cuidados”. Estas autoras destacam que a interação da equipe pode oferecer mudanças aos indicadores de saúde da população e é importante para a socialização dos conhecimentos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Além de interagir com os demais profissionais, o preceptor **‘estimula o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional’**:

[...] estimular no estudante o trabalho em equipe multidisciplinar [...] (P20).

A constituição de equipes multiprofissionais foi ressaltada por Ceccim (2005, p. 163), ao tratar da complexidade das necessidades de saúde:

assim, ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde.

Outros estudos ainda se preocupam em discutir a interdisciplinaridade. Kell e Shimizu (2010), buscando conhecer o trabalho em equipe no PSF, evidenciaram que cada profissional realizava isoladamente seu trabalho especializado (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde). O atendimento individual seguia o método funcional, obedecendo às agendas pré-estabelecidas em programas (gestantes, hipertensos, etc.). Indicaram a necessidade de organização hierárquica e divisão de funções, mas com flexibilidade para possibilitar a articulação e complementaridade das ações (KELL; SHIMIZU, 2010).

A adoção de uma perspectiva interdisciplinar no trabalho também foi identificada por Witt e Almeida (2008) como uma competência da enfermeira na atenção básica, sendo que esta postura visa à integralidade da atenção à saúde.

Além destas competências para o trabalho em equipe, o preceptor “**demonstra flexibilidade em suas condutas**”, devendo:

[...] *ser flexível e aberto para novos conhecimentos* [...] (P7).

Dentre as competências gerais dos profissionais de saúde, segundo Ruiz (2001), está a flexibilidade de adaptação a novas modalidades de organização e de condições de trabalho. Sendo o PET-Saúde um programa considerado recente na realidade de trabalho dos profissionais participantes desta pesquisa, entende-se que a construção dos objetivos seja permeada por tentativas e incertezas, o que exigirá flexibilidade.

O trabalho na ESF, por suas características intrínsecas, vem requisitando a saída dos profissionais de seus núcleos de conhecimento, demandando reflexão, capacidade de negociação e construção de novos consensos. A vivência desta nova modalidade de trabalho pelos estudantes do PET-Saúde os levará a aprender como resolver os problemas de maneira interdisciplinar.

Dentre os quatro pilares da educação propostos por Delors (2001) está o "aprender a viver juntos/a viver com os outros", considerada uma das aprendizagens fundamentais às competências do futuro. Esta convivência é fundamental na formação multiprofissional, visto que para Nascimento e Oliveira (2010) “estar aberto para ‘trocar’ com outros profissionais e para agregar pessoas” é uma das competências que visam a interdisciplinaridade e a flexibilização das estratégias programadas na ESF.

5.2.7 Competências na área de domínio da comunicação

Para o profissional de saúde, tem-se identificado a habilidade de comunicar-se de forma efetiva como importante. A habilidade de comunicação, seja ela de forma verbal ou por escrito, é necessária para estabelecer vínculos com os usuários, individualmente, ou para o desenvolvimento de certas atividades em grupo (RUIZ, 2001).

Neste domínio, houve consenso para a competência: **“comunica disponibilidade para atender o estudante”**:

[...] a fim de receber o estudante conforme disponibilidade dele [...] (P2).

A comunicação entre preceptor e estudante é um elemento essencial ao sucesso da experiência de preceptoria. Manter abertas as linhas de comunicação é a chave para o bom andamento do processo. Estar disponível para atender o estudante não seria uma atitude suficiente se esta não fosse claramente comunicada, o que pressupõe uma adequada forma de demonstrar disponibilidade (MYRICK; YONGE, 2004).

O profissional deve orientar adequadamente o estudante quanto aos limites possíveis de sua participação e possibilidades de acompanhamento, a fim de não expor desnecessariamente o estudante a situações não pertinentes a sua fase de aprendizado. Isto requer uma boa relação preceptor-estudante, com linhas de comunicação ajustadas (MYRICK; YONGE, 2004).

Outra competência deste domínio é **“escuta, acolhe e apoia o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, buscando transformá-las em alternativas”**, a qual recebeu alguns comentários:

[...] tendo em vista a complexidade do sistema de saúde, seus obstáculos e emperramentos, aliado à falta de experiência e de conhecimento do estudante, é necessário que o preceptor acolha os sofrimentos decorrentes do choque “teoria-prática”, bem como o sentimento de impotência dos estudantes, clareando, dando sentido a estas manifestações e buscando transformá-las em oportunidades e alternativas [...] (P19).

[...] penso que o preceptor tem que estar disponível interna e externamente para a escuta do estudante. É necessário que este sinta-se apoiado e encontre um espaço onde sua prática possa ser pensada sem “julgamentos” [...] (P18).

Nesta competência, os preceptores falam novamente em disponibilidade, só que para escutar, acolher e apoiar os estudantes. Como já discutido, o preceptor é tido como referência para o estudante, como a pessoa a quem ele recorre em momentos de dificuldade. Se uma relação de confiança é estabelecida, haverá maiores chances de o estudante confidenciar ao preceptor suas angústias, dificuldades e incertezas, cabendo ao preceptor traduzi-las e facilitar a compreensão das experiências.

A demonstração de afetividade é reconhecida por especialistas em comunicação como expressão de competência comunicativa, destacando dentre outros elementos: ouvir os outros, ser capaz de eliminar barreiras de comunicação, validar a compreensão das mensagens e investir em autoconhecimento (BRAGA; SILVA, 2010).

Competências neste domínio foram identificadas nos estudos de Witt e Almeida (2008): "sabe ouvir o usuário" e de Nascimento e Oliveira (2010): "saber ouvir com empatia, respeito e valorização do interlocutor", ambas em contextos de atenção básica.

Resgatando a característica da aprendizagem, os preceptores concordaram com a competência: **“utiliza-se da comunicação de maneira a permitir a aprendizagem”**, justificada pelos comentários:

[...] ter o estudante presente nas atividades diárias, o preceptor pode extrair situações e ensiná-las através da vivência, da descrição do paciente e dos sinais observados. A comunicação verbal e não verbal fazem parte do ensinamento/aprendizado e da interlocução com preceptor/ estudante-estudante/usuário [...] (P10).

[...] é uma competência fundamental para o relacionamento entre preceptor e estudante; fazer-se entender e ser entendido; além disso, é importante na relação com a equipe de saúde e usuários do serviço [...] (P22).

Os preceptores demonstram preocupação com a clareza na comunicação, não apenas na interação com os estudantes do PET-Saúde, mas com a equipe de trabalho e os usuários do

serviço. Eles entendem que a comunicação não verbal, assim como a verbal, ensina, sendo que estar atento à comunicação não verbal também foi expresso como elemento à competência comunicativa no estudo de Braga e Silva (2010).

Para Myrick e Yonge (2004), um dos elementos para o desenvolvimento de uma boa comunicação com o estudante e para uma aprendizagem efetiva, é proporcionar *feedback* de seu desempenho, podendo ser pronunciado verbalmente ou por escrito.

Outro fator importante é o preceptor estar atento às suas características de personalidade e às do estudante a quem assiste, visto que elas podem influenciar negativamente a relação de aprendizagem. Para tanto, cabe ao preceptor reconhecer quando negociar com a instituição de ensino o aceite de determinado estudante, propondo, quando adequado, o encaminhamento deste a outro profissional (MYRICK; YONGE, 2004).

5.2.8 Competências na área de domínio orientada à comunidade

Orientada à comunidade é uma área de domínio que pressupõe profissionais comprometidos com a comunidade onde trabalham. Eles devem buscar a melhora dos níveis de saúde da comunidade e a redução das desigualdades na saúde dentro e entre diferentes comunidades. Alguns fatores como os ambientais, os sociais e os comportamentais devem ser considerados como determinantes da etiologia e progressão das enfermidades (STARFIELD, 2002).

Neste domínio, os preceptores concordaram com a competência **“conhece a comunidade onde atua e orienta o estudante sobre os problemas e necessidades da população”**. Dois comentários justificam tal competência:

[...] para que possa orientar os estudantes quanto ao diagnóstico da comunidade para poderem analisar as necessidades e desenvolvimento de projetos [...] (P4).

[...] é fundamental conhecer o serviço e os grupos populacionais e seus perfis de saúde-doença, possibilitando o planejamento de ações [...] (P6).

Conhecer a comunidade foi relacionado ao desenvolvimento de projetos e planejamento de ações, sendo atividades bem características do PET-Saúde contexto deste estudo. O Programa impulsiona os serviços de saúde a estabelecerem projetos junto às comunidades, segundo a orientação de haver "planejamento e execução de um programa de atividades que contribua com a integração ensino-serviço-comunidade, [...] em consonância

com a política estadual e/ou municipal de saúde e com o perfil epidemiológico loco - regional" (BRASIL, 2011a, p. 268).

Como competência geral dos profissionais da saúde, para Ruiz (2001), está a definição de problemas e o uso apropriado das informações, tais como dados estatísticos e demográficos (necessários ao diagnóstico da comunidade). Avaliar as necessidades, demandas e riscos da população e identificar grupos prioritários é uma das competências específicas para os profissionais de saúde, segundo o mesmo autor.

No estudo com preceptores de uma residência multiprofissional em saúde da família, houve consenso para as competências "conhecer o território (área de abrangência e influência) e envolver-se com a comunidade" e "construir vínculo" como importantes no domínio "orientada à comunidade". Destacou-se a utilização de parâmetros epidemiológicos como importantes à adequação do atendimento às necessidades de saúde da população e da territorialização como geradora de responsabilidade sanitária (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Ainda neste domínio, os preceptores indicaram consenso para a competência **“utiliza-se do vínculo com a comunidade para gerar compromissos com sua saúde”**. Eis um comentário que a justifica:

[...] vínculo com a comunidade para conhecer as reais necessidades dessa população e gerar compromissos [...] (P6).

O estabelecimento de vínculo com a comunidade e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais e usuários são demandados da ESF, a fim de diferenciar-se do tradicional posto ou unidade de saúde que aguardava, passivamente, a procura da população por seus serviços (BRASIL, 2001).

Semelhante a esta competência, Witt e Almeida (2008) referem "conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculo" como contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública, ao relacionar o trabalho da enfermeira na atenção básica à prevenção de doenças e promoção da saúde, também enfatizando a importância do trabalho "extramuros".

Campos (1997) ainda considera o estabelecimento de vínculo como promotor de autonomia e cidadania, o que pressupõe o reconhecimento do usuário do serviço como sujeito do processo de cuidado.

Concordando com os limites para sua atuação, os preceptores deste estudo indicaram a competência **“reconhece o potencial da intersetorialidade na resolução de problemas e para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade”**. Eis um comentário a ela:

[...] articulação com outras áreas/cursos: porque é necessária a intersetorialidade para avanço da proposta de matriciamento, apoio às equipes de referência, e suporte aos problemas de saúde das comunidades [...] (P13).

Para Moretti-Pires (2009), como a ESF prima pelo atendimento integral e complexo, necessita de profissionais que lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação profissional de maneira intersetorial com a realidade adscrita. Campos (1997) reconhece que o campo sanitário deve articular-se com outras políticas sociais, ou seja, deve haver uma abertura do campo sanitário ao diálogo com outros segmentos sociais.

Ruiz (2001), ao tratar sobre a cooperação internacional na busca de resoluções dos problemas de saúde, elenca como ação importante a promoção e o estabelecimento de vínculos entre a academia, os serviços, a comunidade, as indústrias e a sociedade em geral.

Ainda neste sentido, a PNH propõe "uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores" (BRASIL, 2004b, p. 11).

5.2.9 Competências na área de domínio de desenvolvimento profissional

Para este domínio, organizou-se as competências segundo proposta do Conselho Internacional de Enfermeiras (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2003) para a enfermeira generalista, visto ser este o único referencial de competências a ter classificado este domínio.

Segundo concordância, o preceptor do PET-Saúde **“busca capacitação em sua área de atuação”**, de acordo com a justificativa:

[...] porque a especialização ajuda a preparar melhor o profissional a atuar na saúde pública, garantindo uma melhor competência técnico-científica [...] (P5).

Houve indicação à relevância da especialização como modalidade de pós-graduação, cabendo destacar que mais de 70% dos preceptores participantes desta pesquisa já eram especialistas.

A educação permanente é uma das competências gerais propostas pelas DCNs aos profissionais da saúde, ao propor que sejam capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática: “[...] os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços [...]” (ALMEIDA, 2005). Reconhecer esta necessidade de aperfeiçoamento demonstra preocupação dos preceptores com a qualidade da experiência da preceptoria.

No contexto internacional, “aperfeiçoamento permanente” foi núcleo de uma das competências propostas pela Associação Canadense das Escolas de Enfermagem (CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING, 2010) ao preceptor. Sotolongo, Michelena e Horta (2005) destacaram a competência “preparar-se sistematicamente para a docência” como essencial à tutoria.

Dentre as competências destacadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (2003), neste domínio, estão: "revisa regularmente a sua prática", "assume responsabilidade pelo aprendizado contínuo e manutenção da sua competência" e "contribui para o desenvolvimento educacional e profissional de estudantes e colegas".

Fajardo (2001) refere alguns fatores de satisfação com o desempenho na preceptoria, tais como o desejo de atuar em ensino, o comprometimento com o programa multiprofissional, o esforço continuado para a autoformação (em quesitos considerados insuficientes à preceptoria) e o reconhecimento do espaço como facilitador da criatividade e da invenção de si. Também destaca o crescimento de cursos de pós-graduação para suprir a demanda por mudanças na forma de se trabalhar em saúde.

Os preceptores ainda indicaram a competência **“reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria”**. Dois comentários a justificaram:

[...] por ter acumulado saberes da prática diária. Terás mais conhecimento para poder ensinar e acompanhar o estudante [...] (P5).

[...] considero preceptor aquele que pode mostrar ao estudante a realidade, os caminhos de cada profissão [...] (P7).

Os saberes da prática diária, conforme comentário do preceptor, encontram referência em Assad e Viana (2003) ao afirmarem que os saberes acumulados no cotidiano profissional ressignificam a teoria, que as competências que dão suporte ao exercício profissional são construídas a partir da experiência de vida e da socialização profissional.

Esta característica do tempo de experiência profissional também é encontrada no estudo de Fajardo (2011), sendo que os preceptores da residência reconhecem que a formação de origem e o tempo de experiência na ênfase de atuação são aspectos que implicam em uma boa qualidade da preceptoria. Ainda destaca que o sentimento de falta de experiência com o ensino é um fator de dificuldade na condução da preceptoria.

Destaca-se que, no presente estudo, mais de 60% dos profissionais possuíam mais de 16 anos de experiência profissional. A Associação Canadense das Escolas de Enfermagem (CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING, 2010) enfatiza como recurso importante à preceptoria a larga experiência no campo de prática.

Myrick e Yonge (2004) também afirmam a importância da experiência profissional do preceptor ao receber os estudantes ou profissionais novatos, pois o processo de ensino-aprendizagem poderá ser guiado tendo como referência a sua experiência prática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de competências para a preceptoria, no contexto do sistema de saúde brasileiro, permitiu revelar o compromisso dos profissionais dos serviços com a formação dos futuros profissionais da área da saúde. Este foi refletido nos valores profissionais que receberam destaque como núcleos dos enunciados das competências, tais como a ética, o comprometimento, a responsabilidade, a motivação e a colaboração com os programas propostos pelo governo.

Os programas de educação em saúde, tais como as residências multiprofissionais, o Pró-Saúde e o PET-Saúde vêm propondo novos desafios aos profissionais que assumem a preceptoria. Novos sentidos vêm sendo impostos ao modo de se trabalhar e fazer saúde no SUS; concepções, paradigmas e condutas estão sendo ressignificados. O estudante que participa do PET-Saúde apresenta um ganho potencial em sua formação, pois é sujeito nesta relação de preceptoria, tendo oportunidade de vivenciar o cotidiano do trabalho no SUS e conhecer de perto suas futuras atribuições profissionais.

Estar lado a lado do estudante de graduação – o qual também está construindo competências no processo de formação – demanda do preceptor uma grande responsabilidade. Nesta pesquisa, muitas competências do domínio educacional foram indicadas, desde o reconhecimento de oportunidades de aprendizado e acompanhamento do estudante ao exercício da problematização e avaliação do profissional em formação.

A necessidade de se estabelecer linhas de comunicação adequadas entre preceptor e estudante demonstra o cuidado dos profissionais com a qualidade da relação a ser estabelecida e da informação a ser processada. Os preceptores também referiram preocupação em apoiar e escutar os estudantes, traduzindo as dificuldades trazidas por eles.

Por ter sido desenvolvido no âmbito da atenção básica, alguns domínios revelaram competências para o trabalho neste contexto, além das que podem ser mais direcionadas à atividade de preceptoria, como no domínio ciências básicas da saúde pública, que agrupa conhecimentos das políticas de saúde e de capacidade técnica, essenciais ao trabalho em saúde. Preocupação com o modelo de atenção pode ser evidenciada no domínio da atenção à saúde, cujas competências envolvem princípios da Política Nacional de Humanização, atendimento resolutivo e promoção da saúde. Assim, constata-se o compromisso destes preceptores com a atenção primária e o SUS, que sinalizam ir ao encontro das propostas das políticas de atenção à saúde e aos princípios e diretrizes norteadores do Sistema.

O domínio “orientada à comunidade” revelou competências essenciais ao trabalho com grupos populacionais, evidenciando a importância do vínculo e da intersectorialidade. Ademais, o PET-Saúde vem proporcionando o exercício do trabalho interdisciplinar, levando os profissionais a saírem de seus núcleos de conhecimento e a reconhecerem seus limites de ação isoladamente.

A adequação de condutas à realidade vivida pelos usuários do SUS recebeu ênfase em mais de duas justificativas, o que significa uma aproximação ao princípio da integralidade, tão importante na busca de uma atenção individualizada, personalizada.

A flexibilidade também foi enfatizada, o que pode significar a abertura profissional às novas demandas e possibilidades de trabalho em um mundo em constantes transformações e de muitas exigências. Estar disposto a compartilhar com os estudantes suas experiências e seu próprio local de trabalho requer do preceptor um certo desprendimento, vontade de ensinar e um sentimento de dividir o que é público – para além dos serviços de saúde – reconhecer seu próprio conhecimento como pertencente a esta esfera.

A área de domínio de desenvolvimento profissional revelou o reconhecimento da importância da busca de novos conhecimentos, demonstrando a inquietação dos preceptores quanto a seu atual nível de desenvolvimento - mesmo que muitos já tenham pós-graduação - ou seja, são pessoas que se reconhecem em constante aperfeiçoamento.

No âmbito do referencial construído nesta investigação, foram contempladas todas as competências gerais preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde (atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente).

Outro achado que chama a atenção é a proposta da identificação com o trabalho ou com a atividade educativa, demonstrando o entendimento dos preceptores de que, para trabalhar com saúde coletiva ou para ensinar, é necessário sentir-se próximo, afim, gostar da atividade. Neste sentido, recomenda-se a utilização deste referencial pelos programas com ênfase em práticas pedagógicas em serviços de saúde já existentes, visando à formação dos profissionais a fim de que assumam atividades de preceptoria. Cabe destaque a esta necessidade, considerando que nenhum dos preceptores participantes desta investigação informou ter tido preparo pedagógico.

Muitas das competências identificadas puderam ser relacionadas com os estudos internacionais, como no caso de Cuba, Canadá e Suíça, contemplando o critério preconizado pela Organização Mundial da Saúde para as competências, que é a relevância para aplicação internacional. Com isto, espera-se que as competências identificadas possam ser utilizadas na

formação de preceptores tanto no âmbito do SUS, quanto internacionalmente, considerando as transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho e da educação. Elas também poderão guiar os profissionais de saúde no desenvolvimento da atividade de preceptoria e constituir instrumento para a avaliação de preceptores nos Programas de Educação que estão sendo implementados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

No processo de desenvolvimento desta investigação, tornou-se evidente a importância da efetivação de momentos de formação para a preceptoria, enfatizando mecanismos que fomentem o debate nos cursos de graduação à luz das vivências de estudantes, preceptores, docentes e pesquisadores neste cenário multirreferencial que é o SUS.

Identifica-se como limitação desta pesquisa sua realização em um único âmbito do SUS, o da atenção básica, não contemplando outros também importantes e determinantes de formas de se trabalhar e, talvez, de ser preceptor. Recomenda-se, então, a realização de investigações semelhantes nestes demais âmbitos. Por outro lado, salienta-se a importância da construção de competências em um contexto interdisciplinar, visto que a formação profissional vem buscando este enfoque.

A partir da identificação de competências para a preceptoria no PET-Saúde, outros programas de educação na área da saúde, que vigoram ou que venham a ser instituídos no país, poderão utilizar os resultados a fim de discutir a formação para a preceptoria nos serviços de saúde. Os preceptores vinculados aos diversos programas também poderão debater qual seu papel na formação de trabalhadores para o SUS, ressignificando suas práticas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 2. ed. Londrina: Rede Unida, 2005.
- ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.
- AMESTOY, S. C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-24, 2009.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.
- ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 1, p.44-7, 2003.
- BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N. C. S.; CARVALHO, G. R. P. de C. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p.139-154, 1998.
- BELLODI, P. L. O que é um tutor? Representações do papel em um grupo de professores de medicina durante o processo de seleção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 205-212, 2003.
- BETTCHER, D. W; SAPIRIE, S; GOON, E. H. T. Essential public health functions: results of the international Delphi study. **World Health Statistical Quaterly**, Genebra, v. 51, p. 44-55, 1998.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo, 2010 Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 17 ago. 2010.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos - CADRHU**. Natal: EdUFRN, 1999. p. 261-268.
- BOTTI, S. H. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. 2009. 106f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- BRAGA, E. M; SILVA, M. J. P. Como especialistas em comunicação expressam a competência comunicativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 529-38, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília (DF); 1986a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Relatório Final**. Brasília (DF), 1986b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 15 mar. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Resolve relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília (DF), 1998. Disponível em: <www.crefsc.org.br/antigo/leis/cns287-98.doc>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília (DF), 2003a. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../decreto_4726_2003_estrutura_ms.pdf>. Acesso em 14 nov. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 2, de 18 de fevereiro de 2003**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Brasília (DF); 2003b. Disponível em: <<http://www.crbm1.gov.br/diretrizes.asp>>. Acesso em: 05 nov. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CEB nº 1, de 21 de janeiro de 2004**. Estabelece Diretrizes Nacionais para a organização e a realização de Estágio de alunos da Educação Profissional e do Ensino Médio, inclusive nas modalidades de Educação Especial e de Educação de Jovens e Adultos. Brasília (DF); 2004a. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/res1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF), 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília (DF), 2005a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com_content&task=category§ionid=23&id=122&Itemid=594>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BRASIL. **Pró-Saúde**. Brasília (DF); 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639>. Acesso em: 13 nov. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 29/2007**. Consulta relativa às Diretrizes Curriculares Nacionais e à duração mínima e máxima dos cursos de graduação [Internet]. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces029_07.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 213/2008**. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília (DF), 2008a. Disponível em: <portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213_08.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT(...). Brasília (DF); 2008b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm>. Acesso em: 11 nov. 2010.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília (DF); 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília (DF), 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1264>. Acesso em 13 nov. 2010.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011**. Seleção de projetos de Instituições de Educação Superior. Brasília (DF); 2011a. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/>>. Acesso em: 28 de dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília (DF), 2011b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRITO, P. Líneas de cooperación técnica de la OPS/OMS en apoyo a la educación em salud pública. In.: OPS. **Educación em salud pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001, p. 33-42.

CAMPOS, C. M. S. et al. Articulação teoria-prática e processo ensino-aprendizagem em uma disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1226-1231, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-66.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

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, 2010.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-95, 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CASSIANI, S. H. D. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.76-83, 1996.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-52, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977.** Brasília (DF); 1977. Disponível em: <portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task>. Acesso em 25 out. 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE). **ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse.** Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003.

COUNCIL OF LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE (COUNCIL). **Core competencies for public health professionals.** Washington: Council, 2001.

DELORS, J. Educação: Um tesouro a descobrir. **Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DIAS, I. S. Competências em educação: conceito e significado pedagógico. *Psicologia Escolar e Educacional*, Campinas, v. 14, n. 1, p. 73-8, 2010.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. **Boletim Informativo da Rede IDA.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 7, p. 6-7, 1992.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Opas, 2005. p.59-81.

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) - Faculdade de 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.

FERREIRA, J. R. **Relatório final Pet-Saúde: Saúde da Família 2009** (período de abril de 2009 a março de 2010). Brasília (DF); 2010.

FERREIRA, M. A. L; MOURA, A. A. G. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).** Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/politica_rh_analise_cns.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

GAIDZINSKI, R. R.; PERES, H. H. C.; FERNANDES, M. F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 464-6, 2004.

GOODMAN, C. M. The Delphi technique: a critique. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 12, n. 5, p. 729-734, 1987.

GOTARDO K. **Promoção à saúde na atenção básica**: estratégias do contexto brasileiro. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

KELL, M. C. G; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1533-41, 2010.

KICKBUSCH, I. Reflexiones sobre la salud pública en las Américas. In: OPS. **Educación en Salud Pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001.

LEYVA, L. S. La enseñanza tutelar como modelo de comunicación pedagógica democrática. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, Habana, v. 12, n. 2, p. 49-53, 1998. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-214119980002&lng=es&nrm=isso>. Acesso em> 25 ago. 2010.

MACEDO, L. Situação-problema: Forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In: PERRENOUD, P. et al. (Orgs.). **As competências para ensinar no século XXI**: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 113-135.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-6, 2004.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p.153-66, 2009.

MYRICK, F.; YONGE, O. **Nursing Preceptorship**: connecting practice and education. Edmonton: University of Alberta, 2004.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-27, 2010.

ORDÓÑEZ, G. I.; VILLEGAS, H. B. O. El acompañamiento tutorial como estrategia de la formación personal y profesional: un estudio basado en la experiencia en una institución de educación superior. **Universitas. Psychologica**, Bogotá, v. 4, n. 1, p. 31-42, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1657-926720050001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Competency in Nursing**. Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **La Salud Pública en las Américas**: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPAS, 2002.

PATON, B. I. The professional practice knowledge of nurse preceptors. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 49, n. 3, p. 143-9, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-9, 2001.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PIERANTONI, C. R. **Reformas da Saúde e recursos humanos**: novos desafios x velhos problemas - um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde. 2000. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808>. Acesso em: 07 set. 2010.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27-34, 2003.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

REDE UNIDA. **Rede unida apresentação**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/apresentacao>>. Acesso em: 06 jun. 2011.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M.L. Criatividade e relação pedagógica: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico criativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 439-42, 2003.

ROBERTS-DAVIS, M.; READ, S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between nurse practitioners and clinical nurse specialists. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 33-43, 2001.

RUIZ L. De la realidad a las disciplinas: estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo. In: Organización Panamericana de la Salud. **Educación en Salud Pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. **Formação profissional em saúde**: desafios para a universidade. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização

em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRH. 2011. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

SAUPE, R.; GEIB, L. Programas tutoriais para os cursos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p.721-6, 2002.

SILVA, I.Z.Q.J, Trad LAB. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p. .25-38, 2005.

SOTOLONGO, M. N.; MICHELENA, N. R.; HORTA, F. B. Competencias docentes del médico de familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de medicina. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, Habana, v. 19, n. 1, 2005. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_1_05/ems04105.htm>. Acesso em: 26 ago. 2010.

SOUSA, P. A. F; FRADE, M. H. L. B. C; MENDONÇA, D. M. M. V. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 368-81, 2005.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L. A. B; MENESES e ROCHA, A. A. R. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-80.

TRAJMAN, A. et al. Preceptor na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde**. Porto Alegre, 2010-2011. [Projeto].

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. EducaSaúde Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Práticas pedagógicas em serviços de saúde**. Porto Alegre; 2011. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/educasaude/>>. Acesso em: 25 out. 2011.

WILSON, L. L. et al. Supporting and retaining preceptors for NNP programs: results from a surveys of NNP preceptors and program directors. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, Frederick MD, v. 23, n. 3, p. 284-92, 2009.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.4,p.433-38, 2003

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p.54-65, 2000.

ZAHNER, S. J et al. Supporting nurse preceptors through online continuing education. **Journal of Continuing Education in Nursing**, New Jersey, v. 40, n. 10, p. 468-74, 2009.

APÊNDICE A – Instrumento para o levantamento de competências

Identificação de competências para a preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

FORMULÁRIO – LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE COMPETÊNCIAS

Este instrumento visa fazer um levantamento preliminar de competências requeridas para a preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Em termos gerais, a preceptoria tem sido considerada a ação de supervisão da experiência prática do estudante em treinamento profissional (inserido em um programa educacional) exercida por um profissional estabelecido no campo.

A literatura corrente sobre a noção de competências assinala, em termos gerais, que ela é a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em determinado contexto cultural.

Competência compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais.

A literatura internacional indica que o preceptor tem funções plurais, ainda não muito bem esclarecidas, sendo sua ação dirigida ao desenvolvimento profissional e pessoal do estudante, auxiliando, também, na formação de atitudes e valores profissionais. Em alguns estudos, os preceptores mencionam a necessidade de participação das universidades em sua formação, lhes orientando. Em países como Cuba e Canadá, competências para a preceptoria foram descritas, porém, no Brasil, na realidade do SUS, estas ainda não foram identificadas.

O processo de investigação adotado possibilitará gerar um debate entre os preceptores das nove tutorias do Distrito sobre os principais desafios a enfrentar no desenvolvimento do papel de preceptor.

Para darmos início à discussão, solicitamos que liste três competências que, segundo a sua experiência e o seu conhecimento, são essenciais para a preceptoria no PET-Saúde. Solicitamos que, após listar cada competência, comente por que você considera que esta é necessária.

COMPETÊNCIAS

1. _____

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao papel de preceptor no PET-Saúde.

2. _____

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao papel de preceptor no PET-Saúde.

3. _____

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao papel de preceptor no PET-Saúde.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Identificação de competências para a preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PARTICIPANTE PRECEPTOR

Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar as competências requeridas para a preceptoria no PET-Saúde. Esta pesquisa será desenvolvida junto aos preceptores do PET-Saúde UFRGS/SMS/POA. O estudo será realizado no período de março a dezembro de 2011.

Serão convidados profissionais de cada uma das tutorias, motivo pelo qual estamos solicitando sua colaboração. Sua participação é de caráter voluntário e consistirá no preenchimento de 03 questionários solicitados e de uma ficha de identificação contendo dados de formação e experiência profissional. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. A identidade dos participantes será preservada através do anonimato na divulgação das mesmas. Existe a possibilidade de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo, sem acarretar prejuízo ou constrangimento a você ou a seu desempenho profissional.

Os benefícios do estudo estão ligados à identificação das competências, que poderá fornecer subsídios para as práticas assistenciais, de educação e de pesquisa dos profissionais que exercem a preceptoria. O risco da pesquisa será o desconforto relacionado à interferência do preenchimento dos questionários na rotina de trabalho.

Em qualquer das etapas do estudo, você poderá solicitar esclarecimentos à pesquisadora, Carla Daiane Silva Rodrigues, através do telefone (51) 9159-7844 ou pelo e-mail carla.rodrigues@ufrgs.br. Este estudo é orientado pela Prof^a Dr^a Regina Rigatto Witt, que pode ser contatada pelo telefone (51) 9354-2886 ou pelo e-mail witt@adufgrs.ufrgs.br. Se você tiver alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Se você tiver qualquer dúvida sobre as questões éticas da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar, Centro, Porto Alegre – sob a coordenação de Elen Maria Borba, com telefone para contato (51) 3289-5517.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui devidamente esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, sobre o objetivo, procedimentos, justificativa, benefícios e riscos deste estudo, e concordo em participar voluntariamente do estudo, nos termos propostos.

Agradecemos desde já a sua participação!

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do Participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Porto Alegre, _____ de _____ de 2011.

APÊNDICE C – Ficha de Identificação

Identificação de competências para a preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Código (preenchido pela pesquisadora): _____

DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Tutoria em que é preceptor: _____

Há quanto tempo? _____

Profissão: _____

Vínculo empregatício: _____ Carga horária: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de trabalho na profissão: _____

Outros vínculos: _____

DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

Tempo de conclusão da graduação: _____

Especialização: () Sim () Não

Qual? _____

Residência: () Sim () Não

Qual? _____

() Mestrado () Doutorado

Área: _____

Capacitação pedagógica: () Sim () Não

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Outros cursos? Quais? _____

Deseja participar da pesquisa:

por correio eletrônico (e-mail)

por correio postal

Informe seu endereço escolhido como forma de participação e seu local de trabalho: _____

APÊNDICE D – Segundo questionário

IDENTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRECEPTORIA NO PET-SAÚDE

Prezado preceptor,

Dando seguimento à pesquisa, estamos lhe encaminhando o segundo questionário. Na coluna da esquerda estão dispostas as 45 competências resultantes da análise das respostas obtidas no primeiro questionário. Agora, solicitamos que você expresse sua concordância em relação a cada uma dessas competências. Na coluna da direita marque com um X (dentro dos parênteses) uma das opções de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Ao final do questionário, é disponibilizado um espaço para que você possa fazer os comentários ou as sugestões que considerar pertinente.

COMPETÊNCIAS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA				
	Discordo Muito	Discordo	Não posso opinar	Concordo	Concordo Muito
	1	2	3	4	5
1. Compromete-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço	()	()	()	()	()
2. Colabora para a integração docente-assistencial	()	()	()	()	()
3. Identifica-se com a atividade educativa	()	()	()	()	()
4. Articula as atividades assistenciais com as de preceptoria	()	()	()	()	()
5. Realiza consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde	()	()	()	()	()
6. Realiza acolhimento, priorizando o atendimento	()	()	()	()	()
7. Exerce liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades na Unidade e na comunidade	()	()	()	()	()
8. Insere o estudante no campo de estágio	()	()	()	()	()
9. Estimula o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional	()	()	()	()	()
10. Comunica disponibilidade para atender o estudante	()	()	()	()	()

11. Escuta, acolhe e apóia o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, buscando transformá-las em alternativas	()	()	()	()	()
12. Reconhece oportunidades de aprendizado para o estudante	()	()	()	()	()
13. Trabalha com motivação a fim de desenvolver novas perspectivas junto aos estudantes	()	()	()	()	()
14. Demonstra capacidade técnica para orientar o estudante	()	()	()	()	()
15. Acompanha o estudante para que tenha segurança em suas condutas, visando à tomada de decisão	()	()	()	()	()
16. Articula teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo	()	()	()	()	()
17. Proporciona ao estudante os conhecimentos e experiências necessárias à sua formação profissional	()	()	()	()	()
18. Compartilha com o estudante sua experiência prática em relação à realidade da comunidade onde trabalha	()	()	()	()	()
19. Estimula o estudante ao exercício da problematização, identificando um problema e buscando soluções práticas e viáveis	()	()	()	()	()
20. Instiga o estudante à reflexão para o desenvolvimento do pensamento crítico	()	()	()	()	()
21. Auxilia o estudante na construção de estratégias de ação	()	()	()	()	()
22. É capaz de interagir com os estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares	()	()	()	()	()
23. Avalia o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções	()	()	()	()	()
24. Conhece suas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas	()	()	()	()	()
25. Atua profissionalmente, reconhecendo-se como modelo para o estudante	()	()	()	()	()
26. Utiliza-se da comunicação de maneira a permitir a aprendizagem	()	()	()	()	()
27. Compreende as políticas de saúde e a lógica de atenção da Estratégia de Saúde da Família	()	()	()	()	()
28. Compreende o SUS e aplica seus princípios	()	()	()	()	()
29. Situa o estudante no SUS	()	()	()	()	()
30. Incentiva no estudante o comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS	()	()	()	()	()
31. Identifica-se com o trabalho em saúde coletiva	()	()	()	()	()
32. Conhece a comunidade onde atua e orienta o estudante sobre os problemas e necessidades da população	()	()	()	()	()

33. Utiliza-se do vínculo com a comunidade para gerar compromissos com sua saúde	()	()	()	()	()
34. Requer do usuário o comprometimento com a promoção de sua saúde	()	()	()	()	()
35. Realiza atendimento humanizado, adequando sua conduta à realidade do usuário	()	()	()	()	()
36. Demanda do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o usuário como foco	()	()	()	()	()
37. Reconhece o potencial da intersetorialidade na resolução de problemas e para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade	()	()	()	()	()
38. Supervisiona e organiza o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho	()	()	()	()	()
39. Percebe as demandas institucionais do serviço de saúde e ajuda o estudante a compreendê-las	()	()	()	()	()
40. Conduz suas atividades com ética	()	()	()	()	()
41. Demonstra flexibilidade em suas condutas	()	()	()	()	()
42. Busca capacitação em sua área de atuação	()	()	()	()	()
43. Reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria	()	()	()	()	()
Comentários/Sugestões: _____					

APÊNDICE E – Frequências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário

COMPETÊNCIAS	FREQUÊNCIAS SIMPLES E PERCENTUAIS									
	Discordo Muito		Discordo		Não posso opinar		Concordo		Concordo Muito	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
1. Compromete-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
2. Colabora para a integração docente-assistencial	0	0	0	0	0	0	7	41,1	10	58,8
3. Identifica-se com a atividade educativa	0	0	0	0	0	0	7	41,1	10	58,8
4. Articula as atividades assistenciais com as de preceptoría	0	0	0	0	0	0	7	41,1	10	58,8
5. Realiza consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde	0	0	1	5,8	0	0	6	35,2	10	58,8
6. Realiza acolhimento, priorizando o atendimento	0	0	1	5,8	0	0	8	47	8	47
7. Exerce liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades na Unidade e na comunidade	0	0	0	0	1	5,8	5	29,4	11	64,7
8. Insere o estudante no campo de estágio	0	0	0	0	1	5,8	4	23,5	12	70,5
9. Estimula o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional	0	0	0	0	0	0	4	23,5	13	76,4
10. Comunica disponibilidade para atender o estudante	0	0	0	0	0	0	10	58,8	7	41,1
11. Escuta, acolhe e apóia o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, buscando transformá-las em alternativas	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
12. Reconhece oportunidades de aprendizado para o estudante	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
13. Trabalha com motivação a fim de desenvolver novas perspectivas junto aos estudantes	0	0	0	0	1	5,8	7	41,1	9	52,9
14. Demonstra capacidade técnica para orientar o estudante	0	0	0	0	0	0	8	47	9	52,9
15. Acompanha o estudante para que tenha segurança em suas condutas, visando à tomada de decisão	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7

16. Articula teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
17. Proporciona ao estudante os conhecimentos e experiências necessárias à sua formação profissional	0	0	0	0	0	0	11	64,7	6	35,2
18. Compartilha com o estudante sua experiência prática em relação à realidade da comunidade onde trabalha	0	0	0	0	0	0	5	29,4	12	70,5
19. Estimula o estudante ao exercício da problematização, identificando um problema e buscando soluções práticas e viáveis	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
20. Instiga o estudante à reflexão para o desenvolvimento do pensamento crítico	0	0	0	0	0	0	7	41,1	10	58,8
21. Auxilia o estudante na construção de estratégias de ação	0	0	0	0	0	0	8	47	9	52,9
22. É capaz de interagir com os estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares	0	0	0	0	0	0	9	52,9	8	47
23. Avalia o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções	0	0	0	0	0	0	10	58,8	7	41,1
24. Conhece suas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas	0	0	0	0	0	0	4	23,5	13	76,4
25. Atua profissionalmente, reconhecendo-se como modelo para o estudante	0	0	0	0	1	5,8	5	29,4	11	64,7
26. Utiliza-se da comunicação de maneira a permitir a aprendizagem	0	0	0	0	0	0	7	41,1	10	58,8
27. Compreende as políticas de saúde e a lógica de atenção da Estratégia de Saúde da Família	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
28. Compreende o SUS e aplica seus princípios	0	0	0	0	0	0	5	29,4	12	70,5
29. Situa o estudante no SUS	0	0	0	0	0	0	10	58,8	7	41,1
30. Incentiva no estudante o comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
31. Identifica-se com o trabalho em saúde coletiva	0	0	0	0	1	5,8	3	17,6	13	76,4
32. Conhece a comunidade onde atua e orienta o estudante sobre os problemas e necessidades da população	0	0	0	0	1	5,8	9	52,9	7	41,1

33. Utiliza-se do vínculo com a comunidade para gerar compromissos com sua saúde	0	0	0	0	3	17,6	9	52,9	5	29,4
34. Requer do usuário o comprometimento com a promoção de sua saúde	0	0	0	0	2	11,7	7	41,1	8	47
35. Realiza atendimento humanizado, adequando sua conduta à realidade do usuário	0	0	0	0	1	5,8	3	17,6	13	76,4
36. Demanda do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o usuário como foco	0	0	1	5,8	0	0	9	52,9	7	41,1
37. Reconhece o potencial da intersetorialidade na resolução de problemas e para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade	0	0	0	0	0	0	6	35,2	11	64,7
38. Supervisiona e organiza o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho	0	0	0	0	1	5,8	8	47	8	47
39. Percebe as demandas institucionais do serviço de saúde e ajuda o estudante a compreendê-las	0	0	0	0	2	11,7	6	35,2	9	52,9
40. Conduz suas atividades com ética	0	0	0	0	0	0	2	11,7	15	88,2
41. Demonstra flexibilidade em suas condutas	0	0	0	0	1	5,8	9	52,9	7	41,1
42. Busca capacitação em sua área de atuação	0	0	0	0	0	0	8	47	9	52,9
43. Reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoría	0	0	0	0	0	0	5	29,4	12	70,5

APÊNDICE F – Frequência média, mediana e desvio padrão das respostas ao segundo questionário

COMPETÊNCIAS	Média	Mediana	Desvio padrão
1. Compromete-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço	4,65	5	0,49
2. Colabora para a integração docente-assistencial	4,59	5	0,51
3. Identifica-se com a atividade educativa	4,59	5	0,51
4. Articula as atividades assistenciais com as de preceptoria	4,59	5	0,51
5. Realiza consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde	4,47	5	0,80
6. Realiza acolhimento, priorizando o atendimento	4,35	4	0,79
7. Exerce liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades na Unidade e na comunidade	4,59	5	0,62
8. Insere o estudante no campo de estágio	4,65	5	0,61
9. Estimula o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional	4,76	5	0,44
10. Comunica disponibilidade para atender o estudante	4,41	4	0,51
11. Escuta, acolhe e apóia o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, buscando transformá-las em alternativas	4,65	5	0,49
12. Reconhece oportunidades de aprendizado para o estudante	4,65	5	0,49
13. Trabalha com motivação a fim de desenvolver novas perspectivas junto aos estudantes	4,47	5	0,62
14. Demonstra capacidade técnica para orientar o estudante	4,53	5	0,51
15. Acompanha o estudante para que tenha segurança em suas condutas, visando à tomada de decisão	4,65	5	0,49
16. Articula teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo	4,65	5	0,49
17. Proporciona ao estudante os conhecimentos e experiências necessárias à sua formação profissional	4,35	4	0,49
18. Compartilha com o estudante sua experiência prática em relação à realidade da comunidade onde trabalha	4,71	5	0,47
19. Estimula o estudante ao exercício da problematização, identificando um problema e buscando soluções práticas e viáveis	4,65	5	0,49
20. Instiga o estudante à reflexão para o desenvolvimento do pensamento crítico	4,59	5	0,51

21. Auxilia o estudante na construção de estratégias de ação	4,53	5	0,51
22. É capaz de interagir com os estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares	4,47	4	0,51
23. Avalia o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções	4,41	4	0,51
24. Conhece suas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas	4,76	5	0,44
25. Atua profissionalmente, reconhecendo-se como modelo para o estudante	4,59	5	0,62
26. Utiliza-se da comunicação de maneira a permitir a aprendizagem	4,59	5	0,51
27. Compreende as políticas de saúde e a lógica de atenção da Estratégia de Saúde da Família	4,65	5	0,49
28. Compreende o SUS e aplica seus princípios	4,71	5	0,47
29. Situa o estudante no SUS	4,41	4	0,51
30. Incentiva no estudante o comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS	4,65	5	0,49
31. Identifica-se com o trabalho em saúde coletiva	4,71	5	0,59
32. Conhece a comunidade onde atua e orienta o estudante sobre os problemas e necessidades da população	4,35	4	0,61
33. Utiliza-se do vínculo com a comunidade para gerar compromissos com sua saúde	4,12	4	0,70
34. Requer do usuário o comprometimento com a promoção de sua saúde	4,35	4	0,70
35. Realiza atendimento humanizado, adequando sua conduta à realidade do usuário	4,71	5	0,59
36. Demanda do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o usuário como foco	4,29	4	0,77
37. Reconhece o potencial da intersectorialidade na resolução de problemas e para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade	4,65	5	0,49
38. Supervisiona e organiza o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho	4,41	4	0,62
39. Percebe as demandas institucionais do serviço de saúde e ajuda o estudante a compreendê-las	4,41	5	0,71
40. Conduz suas atividades com ética	4,88	5	0,33
41. Demonstra flexibilidade em suas condutas	4,35	4	0,61
42. Busca capacitação em sua área de atuação	4,53	5	0,51
43. Reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria	4,71	5	0,47

ANEXO A - Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

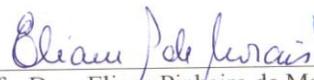
Projeto: PG MS 042/2010
Versão 12/2010

Pesquisadores: Carla Daiane Silva Rodrigues e Profa. Regina Rigatto Witt

Título: IDENTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRECPTORIA NO
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 21 de Dezembro de 2010.


Prof. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ



ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS da Prefeitura de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Regina Rigatto Witt
Registro do CEP: 582 Processo N°. 001.000568.11.2
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – GD GCC
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.000568.11.2, referente ao projeto de pesquisa: “**Identificação de competência para a preceptoria no programa de educação pelo trabalho para a saúde**”, tendo como pesquisador responsável Regina Rigatto Witt cujo objetivo é “identificar e analisar as competências requeridas para a preceptoria no PET-Saúde”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 08/02/2011


 Elen Maria Borba
 Coordenadora do CEP