

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



**ABRASCO**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Paula Zeni Miessa Lawall

**A formação do preceptor médico em medicina de família e comunidade:**

Uma proposta de diálogo com a Andragogia

Brasília

2019

Paula Zeni Miessa Lawall

**A formação do preceptor médico em medicina de família e comunidade:**

Uma proposta de diálogo com a Andragogia

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira

Brasília

2019

Lawall, Paula Zeni Miessa.

A FORMAÇÃO DO PRECEPTOR MÉDICO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: uma proposta de diálogo com a Andragogia / Paula Zeni Miessa Lawall. Brasília, 2019.  
109 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Fundação Oswaldo Cruz, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira.

Bibliografia: f. 100 - 109.

1. Preceptoria. 2. Formação do Preceptor. 3. Andragogia. 4. Medicina de Família e Comunidade. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

Paula Zeni Miessa Lawall

**A formação do preceptor médico em medicina de família e comunidade:**

Uma proposta de diálogo com a Andragogia

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovado em 29/08/2019

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira

Prof. Avaliador: Profa. Dra. Maria Fabiana Damásio Passos

Prof. Avaliador: Profa. Dra. Francini Lube Guizardi

Brasília

2019

*Dedico este trabalho à formação qualificada e significativa de pensadores e formadores.*

## **AGRADECIMENTOS**

### **À minha família por ter sido o esteio e a mola propulsora da minha caminhada, em particular...**

... ao meu esposo Augusto César por seguir meus passos e sempre ter dado retaguarda aos meus sonhos e desafios, com notável contribuição às minhas realizações, assentado num relacionamento de amor.

... aos meus filhos Lorena e Noann que mesmo sem o pleno entendimento do alcance destes meus passos, contribuíram de forma relevante para que eu pudesse cumprir com os meus objetivos. Souberam, conscientes ou intuitivamente, suportar as minhas muitas ausências e entenderam que mesmo com algumas perdas de quantidade, não haveria prejuízo a qualidade dos nossos relacionamentos. Foram, ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, permanentes fontes de inspiração para a superação de todos os meus desafios nesta jornada.

... ao meu pai Mauro pela sinergia de ideais e atitudes, por ter herdado a iniciativa e vontade desbravadora de aceitar desafios, mesmo que aparentemente intransponíveis, pela não acomodação, pela perseverança do eterno seguir em frente ou mesmo do contínuo recomeçar, quando assim necessário, pelos valiosos conselhos e intervenções assertivas, inspiradoras e necessárias.

... à minha mãe Rosana pelos constantes cuidados e preocupações, incentivos e por sempre sonhar os meus sonhos.

... à minha irmã Patrícia por sempre se fazer presente, mesmo à distância, pelas suas manifestações de carinho e atenção e ser uma permanente companheira.

... ao meu irmão Felipe pelo seu afeto e pelo contínuo incentivo.

... à minha prima Fernanda, tão presente, por todo o auxílio e contribuições no cuidado dos meus filhos e, também, pelo constante encorajamento na superação deste desafio.

... ao meu avô Dr. João, *in memoriam*, inspiração inicial e contínua para que eu seguisse tão nobre profissão.

### **À Professora Dr.<sup>a</sup> Adelyne Maria Mendes Pereira...**

... que soube fazer desabrochar em mim qualidades inauditas no esteio do desenvolvimento à minha dissertação, onde, além da inequívoca competência e profissionalismo, conquistou a minha pessoa com a sua sincera afetividade e a generosa amizade. Soube, ao longo dos esforços de orientação, ser uma permanente incentivadora. Por mais que eu tenha sido esforçada, não poderia deixar de agradecer as suas valorosas contribuições que viriam dar brilho permanente à minha proposta. Lá remaneceram as suas digitais.

### **Às Professoras Dr.<sup>a</sup> Fabiana Damásio Passos e Dr.<sup>a</sup> Francini Lube Guizardi...**

... pelas notáveis contribuições, como banca qualificadora, nas lapidações no desenvolvimento da minha proposta. Ajuda criteriosa e exponencial para que ocorresse a potencialização qualificativa da minha dissertação.

### **À Professora Dr.<sup>a</sup> Patrícia Zen Tempski ...**

... por ser um baluarte da educação, pela sua capacidade, pela incansável dedicação e amorosidade. Um permanente estro inspirador a ser replicado.

### **Às minhas companheiras de tutoria Marynea Silva do Vale, Rosana Cipolotti e Gláucia de Oliveira Moreira...**

... pelo mútuo incentivo, pelas disponibilidades de materiais de apoio, pelos auxílios na superação de desafios comuns e nas suas competentes determinações.

**Aos meus colegas de Mestrado ...**

... por estarem sempre próximos nos momentos de reflexão sobre a nossa contribuição para a formação de profissionais mais qualificados.

**À secretária acadêmica Helenice Caetano de Souza...**

... pela empática atitude de encaminhar todas as providências burocráticas com prontidão.

**À pesquisadora Dinajara Santana ...**

... pela sua importante contribuição ao acervo teórico da dissertação.

**À todas as pessoas que me apoiaram, abaixo relacionadas ...**

... aos meus alunos e residentes que me incitam e estimulam a ser uma educadora mais qualificada, com o permanente desafio de contribuir com efetividade com as suas formações e, em especial, com a residente Bruna Evellyn de Lima Alves, pelo seu interesse, amabilidade e compreensão.

... aos meus colegas preceptores no contínuo esforço de contribuir com patamar mais elevado de formação de profissionais médicos.

... aos meus colegas de assistência, educação e gestão, em especial ao Bruno Brunelli, Juliana Felix Silveira e Tarcys Mallony Teixeira Printes, com profissionalismos e parcerias qualificadas.

... aos meus colegas da unidade de saúde por serem presentes e solícitos.

... às minhas diletas e amadas amigas Ângela Pasin e Viviane Macedo Moura Dias Martins, pelo companheirismo, pelas aventuras, pelas risadas, pelos incentivos e por serem exemplos para mim.

... à todas as pessoas que mesmo sem saberem ou serem aqui nominadas, contribuíram, direta ou indiretamente, para que eu pudesse dar muitos passos à frente no meu inalienável desejo de contribuir, mesmo que modestamente, para um mundo melhor e, em particular, com a formação e multiplicação de pensadores.

**Por último, mas não menos importante ...**

... a Deus por ter sido a luz nos diversos caminhos, além deste, da minha vida.

*“O futuro é construído pelas nossas decisões diárias, inconstantes e mutáveis, e cada evento influencia todos os outros.” Alvin Toffler*

*“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.” Gandhi*

*“A capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a, fala de nossa educabilidade e um nível distinto do nível de adestramento dos outros animais ou do cultivo das plantas (...). Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de aprender. Por isto, somos os únicos em que é uma aventura criadora, algo, por isto mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito (...).”*

*Paulo Freire*



## RESUMO

Em meio à reorganização do Sistema Único de Saúde e às políticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), como o Programa Mais Médicos, o Brasil se encontra em amplo processo de fortalecimento das residências médicas nas áreas básicas, com forte estímulo e investimento na formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e, conseqüentemente, na formação de médicos preceptores para atuarem na formação de residentes nesta especialidade. Entretanto, a falta de um currículo estruturado para nortear e qualificar a formação do médico preceptor nesta atividade pode impactar diretamente na qualidade da formação do residente. Esta vulnerabilidade gerou a necessidade do desenvolvimento deste estudo e o desejo de contribuir com proposituras significativas a este escopo. Inicialmente, foram resgatadas as principais perspectivas e conceitos que guardam familiaridade com o ensino de adultos em diálogo com a andragogia, e a formação profissional orientada às necessidades do SUS. Em seguida, foram analisados três planos de curso de formação de preceptores médicos selecionados no Brasil, e por último, foi construída uma matriz de macrodiretrizes para a formação do médico preceptor, dialogando com a andragogia. Com uma proposta de formação orientada às necessidades da APS e MFC, deseja-se estimular mudanças nos processos de ensino-aprendizagem dos preceptores com o objetivo último de qualificar sua prática.

**Palavras-chave:** Preceptoria; Formação do Preceptor; Andragogia; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The Brazil goes forward with the process of strengthening medical residences, especially on basic areas, with strong encouragements and investments, Family and Community Medicine (MFC) training and preceptory's better qualification, to provide the right development of the residents physicians in this specialty, like an additional effort of the reorganization of the Unified Health System, and its policies, to strengthen Primary Health Care (PHC), such as the Mais Médicos Program. However, the lack of a structured curriculum to qualify the preceptors' training in this area may results in less quality of the resident physician formation. Looking toward a better study scope in order to cover this vulnerability, initially, the main perspectives and concepts that are familiar with the teaching of adults in dialogue with andragogy, and the vocational training oriented to SUS needs were rescued. After that, three medical preceptor training course plans were analyzed, and lastly, was built a macro directives matrix for the preceptors' training, based on andragogy science. Finally, with a proposal of the oriented training to the PHC and MFC needs, we reached the understood to stimulate changes in the preceptors' teaching-learning processes to improve the qualification of medical practice.

**Keywords:** Preceptory; Preceptor Formation; Andragogy; Family and Community Medicine; Primary Health Care.

## LISTA DE SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| ABEM     | Associação Brasileira de Educação Médica   |
| ANVISA   | Agência Nacional de Vigilância Sanitária   |
| APES     | Processos Educacionais na Saúde  |
| APS      | Atenção Primária em Saúde  |
| AVA      | Ambiente Virtual de Aprendizagem   |
| CBC      | Currículo Baseado em Competências  |
| CNRM     | Comissão Nacional de Residência Médica   |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde   |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários da Saúde  |
| DCN      | Diretrizes Curriculares Nacionais  |
| EaD      | Educação à Distância   |
| EIP      | Educação Interprofissional   |
| EP       | Educação Permanente  |
| EPES     | Processos Educacionais na Saúde  |
| ESF      | Estratégia de Saúde da Família (ESF).  |
| ESPIE    | Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências   |
| EURACT   | Academia Europeia para Formação de Professores e Preceptores da área de Medicina de Família e Comunidade |
| EVS      | Vigilância em Saúde  |
| GESP     | Gestão de Emergências em Saúde Pública   |
| GHUF     | Gestão de Hospitais Universitários Federais  |
| GPRM     | Gestão de Programas de Residência Médica   |
| GVISA    | Gestão da Vigilância Sanitária   |
| HAOC     | Hospital Alemão Oswaldo Cruz   |
| HSL      | Hospital Sírio Libanês   |
| IEP/HSL  | Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa   |
| IES      | Instituição de Ensino Superior   |
| MEC      | Ministério da Educação   |
| MFC      | Medicina de Família e Comunidade   |
| MGTIS    | Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde   |
| MS       | Ministério da Saúde  |
| NDE      | Núcleo Docente Estruturante  |
| NOB      | Norma Operacional Básica   |

|           |   |
|-----------|---|
| PHC       | <i>Primary Health Care</i>  |
| PMM       | Programa Mais Médicos   |
| PNEPS     | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde                           |
| PRECEPRM  | Preceptoria de Residência Médica  |
| PRM       | Programa de Residência Médica   |
| PRMFC     | Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade                 |
| PROADI    | Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do Sistema Único de Saúde |
| PROFSAÚDE | Programa de Mestrado Profissional em Saúde                                  |
| PROVAB    | Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica                   |
| PSF       | Programa de Saúde da Família  |
| PSUS      | Preceptoria no SUS  |
| REDE RUTE | Rede Universitária de Telemedicina  |
| RGPS      | Regime Geral de Previdência Social  |
| SBMFC     | Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade                    |
| SESU      | Secretaria de Ensino Superior   |
| SGTES     | Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde                        |
| SIGs      | <i>Special Interest Group</i> = Grupo de Interesse Especial                 |
| SUS       | Sistema Único de Saúde  |
| TBL       | Team Based Learning   |
| TCC       | Trabalhos de Conclusão de Curso   |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1: Distribuição de cursos de especialização no triênio 2015-17 nas regiões do Brasil.                      | 61 |
| Figura 2: Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador ..... | 70 |
| Figura 3: Etapas do Arco de Charles Maguerez da Metodologia Problematizadora.....                                 | 71 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1: Fatores que favorecem a aprendizagem significativa.....  | 34 |
| Quadro 2: Princípios aplicados à aprendizagem de adultos e seus resultados esperados.....  | 37 |
| Quadro 3: Resultados alcançados pelo Projeto de Formação em Preceptoria Médica da ABEM entre 2010 e 2016 .....                                     | 50 |
| Quadro 4: Eixos estruturantes e componentes do Curso em Preceptoria Médica da ABEM...  | 52 |
| Quadro 5: Estratégias pedagógicas propostas pelo Curso em Preceptoria Médica da ABEM.  | 54 |
| Quadro 6: Dez domínios de competências considerados prioritários na formação continuada de educadores no século XXI segundo Perrenoud (2008) ..... | 55 |
| Quadro 7: Atividades que favorecem a construção de uma rotina de grupo no processo de ensino-aprendizagem .....                                    | 58 |
| Quadro 8: Iniciativas Educacionais dos Projetos de Apoio ao SUS.....   | 60 |
| Quadro 9: Macroproblemas no âmbito da preceptoria no SUS.....  | 63 |
| Quadro 10: Perfil de competência do Preceptor. Área de competência de Saúde.....   | 64 |
| Quadro 11: Perfil de competência do Preceptor. Área de competência Gestão .....  | 66 |
| Quadro 12: Perfil de competência do Preceptor. Área de competência de Educação.....  | 67 |
| Quadro 13: Momentos do desenvolvimento do <i>Team Based Learning</i> – TBL.....  | 71 |
| Quadro 14: Estrutura, carga teórica e competências esperadas no Curso do HAOC .....  | 79 |
| Quadro 15: Apresentação do conteúdo programático por semana .....  | 79 |
| Quadro 16: Emoção, Sentimento e Afeto sob a perspectiva de Damásio. ....   | 82 |
| Quadro 17: Reflexão sobre a prática de educador .....  | 83 |
| Quadro 18: Atividades necessárias para a formação do grupo enquanto estratégia pedagógica .....  | 84 |
| Quadro 19: Visões de convergência entre currículo e conhecimento .....   | 87 |
| Quadro 20: Matriz de macrodiretrizes para Formação em Preceptoria Médica em Medicina de Família e Comunidade.....                                  | 88 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>2 RESIDÊNCIA MÉDICA E MEDICINA DE FAMÍLIA E<br/>COMUNIDADE: NOTAS GERAIS PARA REFLEXÃO .....</b>                             | <b>18</b> |
| 2.1 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONTEXTO HISTÓRICO .....  | 18        |
| 2.2 RESIDÊNCIA MÉDICA: ORIGENS E TRAJETÓRIA NO BRASIL .....   | 21        |
| 2.3 PROVAB E O INGRESSO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO<br>CONTEXTO DE DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DESSA FORMAÇÃO NO BRASIL..... | 24        |
| <b>3 DESENHO DO ESTUDO.....</b>   | <b>30</b> |
| 3.1 OBJETIVOS.....  | 30        |
| 3.1.1 OBJETIVO GERAL.....   | 30        |
| 3.1.2 Objetivos Específicos .....   | 30        |
| 3.2 METODOLOGIA.....  | 30        |
| 3.2.1 Tipo de estudo e Estratégias metodológicas.....   | 30        |
| 3.2.2 Aspectos éticos .....   | 31        |
| <b>4 PERSPECTIVAS CONCEITUAIS .....</b>   | <b>33</b> |
| 4.1 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA .....  | 33        |
| 4.2 ANDRAGOGIA .....  | 36        |
| 4.2.1 O Modelo Andragógico .....  | 37        |
| 4.2.2 Aprendizagem autodirigida .....   | 40        |
| 4.3 A INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO .....   | 42        |
| 4.3.1 Educação Permanente em Saúde .....  | 44        |
| 4.4 O PAPEL DO PRECEPTOR.....   | 46        |
| <b>5 ANÁLISE DOS PLANOS DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES .....</b>  | <b>48</b> |
| 5.1 CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE<br>EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM).....                                 | 48        |
| 5.1.1 Um pouco da história do projeto de Formação em Preceptoría Médica da ABEM .....   | 49        |
| 5.1.2 Estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso .....  | 51        |
| 5.1.3 Abordagem pedagógica (conceitos e estratégias).....   | 53        |
| 5.2 CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS (HSL)<br>.....   | 59        |
| 5.2.1 Um pouco da história do Curso .....   | 59        |
| 5.2.2 Estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso .....  | 62        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.2.2.1 Os macroproblemas no âmbito da preceptoria no SUS.....                       | 62         |
| 5.2.2.2 O perfil de competência.....   | 63         |
| 5.2.2.3 Objetivos e metas do curso.....  | 68         |
| 5.2.2.4 Currículo integrado.....   | 69         |
| 5.2.2.5 Processo ensino-aprendizagem.....  | 70         |
| 5.2.2.6 Estrutura do curso.....  | 71         |
| 5.2.3 Abordagem pedagógica (conceitos e estratégias).....                            | 72         |
| 5.3 CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO<br>CRUZ (HAOC) ..... | 75         |
| 5.3.1 Um pouco da história do Curso .....  | 75         |
| 5.3.2 Estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso .....                     | 75         |
| 5.3.3 Abordagem pedagógica (conceitos e estratégias).....                            | 78         |
| <b>6 PROPOSTA FORMATIVA COM BASE NA ANDRAGOGIA .....</b>                             | <b>81</b>  |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>91</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>100</b> |

## 1 APRESENTAÇÃO

Com o advento da Portaria Interministerial nº 1.618 de setembro de 2015, foi instituído como um dos eixos do Programa Mais Médicos – Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina de Família e Comunidade. O presente plano teve como principais objetivos a subvenção e a devida instrumentalização dos setores envolvidos para o processo de ampliação das vagas da referida modalidade de residência, que é considerada prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS).

Com a proposta de reorganização do modelo de atenção e de políticas específicas de educação em saúde por parte do Ministério da Saúde (MS), ocorreram mudanças e redefinições nos papéis dos profissionais de saúde, sobretudo do médico. Tais mudanças objetivam uma atuação na APS cada vez mais estratégica e, exigem em sua vertente preceptora o desenvolvimento de competências de cunho pedagógico ou, em se tratando de educação de adultos, mais precisamente de cunho andragógico.

A andragogia, além de arte, é a ciência que estuda e orienta as melhores práticas para o ganho de conhecimentos por adultos. O termo Andragogia, de origem grega, é antigo e remonta à época de Platão (séc. IV a.C.), que já fazia uso deste termo pela sua preocupação com a educação de adultos. “*Andro*” significa adulto e “*agein*” é guiar ou conduzir.

Este termo foi registrado pela primeira vez por Alexander Kapp no livro “*Platon’s Erziehungslehre*”, em tradução literal, “Ideias Educacionais de Platão”, de 1833 (1). Nele são utilizadas as teorias educacionais daquele filósofo para descrever a necessidade de aprendizagem ao longo da vida. Segundo Kapp (1833), para um adulto aprender é preciso autorreflexão e objetivos claros de aprendizagem, cabendo ao próprio aprendiz identificar quais conhecimentos lhe agregam valores pessoais e/ou profissionais, facilitando assim, o interesse em continuar aprendendo ao longo da vida (1).

Na década de 1960, o pensamento sobre andragogia ressurgiu como “a arte e a ciência de ajudar o adulto a aprender” e foi estudado como uma teoria voltada para aprendizes adultos, diferenciando-se da teoria do aprendizado de crianças e jovens conhecida como pedagogia. Naquele momento, a andragogia teve, como seu mentor mais expressivo, Malcolm Knowles. O princípio dinâmico central em ação na equação andragógica de Knowles é que adultos são um tipo único de aprendiz e requerem estratégias instrucionais diferentes daquelas usadas na pedagogia tradicional, que são centradas no professor e focadas no assunto (2).



Apesar dos investimentos no recrutamento e formação de médicos preceptores para conduzirem e auxiliarem o residente durante a sua formação na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC), ainda são necessários esforços para assegurar a qualificação dos mesmos. Nem todos os médicos que ocupam a posição de preceptor possuem formação adequada para desempenhar sua função. Este é um problema importante a ser trabalhado, pois o preceptor desempenha o papel de modelo formador, exercendo influência direta em seu residente, já que está no papel de estimular o desenvolvimento de inúmeras competências de conhecimentos, habilidades e atitudes. A excelência na formação do médico preceptor tem impacto direto na qualidade da formação, no sentido mais amplo, de seu residente.

Além disso, enquanto se ensina se presta também um serviço e assim, o ambiente do ensino é também ambiente de trabalho, perfazendo a necessidade de integração desses fatores e a construção de uma estreita relação. A preceptoria é um método simultâneo de ensino-aprendizagem e que a preceptoria é essencial para melhorar a qualidade do treinamento e, conseqüentemente, da assistência à saúde (3). Na preceptoria, ensino e aprendizagem não se desassociam nunca e, ainda, promovem a assistência. Essa relação corrobora ainda para a educação permanente que é um dos eixos estruturantes do SUS. A formação contínua e permanente de profissionais, da qual depende a interação ensino-serviço, é elemento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que se apresenta como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (4).

Sendo assim, o foco desse estudo é a formação do preceptor médico em Medicina de Família e Comunidade (MFC). As questões que orientaram a pesquisa foram: Quais referenciais teórico-pedagógicos poderiam apoiar a formação de médicos preceptores? Qual o enfoque de alguns cursos desenvolvidos hoje no país? Na perspectiva da andragogia, como poderia ser orientada a formação do médico preceptor em MFC?

As motivações para o desenvolvimento desse estudo já acompanhavam esta autora há algum tempo, tanto como preceptora de residência médica, quanto como docente de magistério superior. Como docente, trago o interesse pessoal de tentar contribuir com a prática pedagógica do médico preceptor, através da andragogia, haja vista a falta da padronização e da sistematização da mesma, para que se trabalhe sua capacitação para a prática diária e se estimule a busca de características norteadoras e competências essenciais a serem adquiridas ao final de sua preparação. E enquanto preceptora, trago a recorrente preocupação com a

imprescindibilidade de uma sistematização para a otimização da prática pessoal e o anseio de contribuir de maneira relevante à prática de meus pares.

Assim, as justificativas para este estudo repousam sobre a importância do tema, sabendo que o papel desenvolvido pelo preceptor influencia a formação e atuação do residente e no momento histórico da especialidade médica nesta modalidade no Brasil, que hoje se encontra em franca expansão, amparada e estimulada pelas políticas públicas.

Nesse sentido, essa pesquisa gostaria de contribuir para o debate acerca da formação do preceptor médico, partindo da importância de que sua atuação esteja embasada em pressupostos teórico-metodológicos que valorizem a aprendizagem significativa, em um debate com a perspectiva da andragogia.

## **2 RESIDÊNCIA MÉDICA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: NOTAS GERAIS PARA REFLEXÃO**

### **2.1 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONTEXTO HISTÓRICO**

A Constituição de 1988 universalizou o acesso às ações e serviços de saúde no Brasil e trouxe a necessidade de atenção à formação dos profissionais de saúde a serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta formação deve se voltar para a garantia de mão de obra especializada para garantir a assistência à saúde, contudo, quebrando o paradigma da medicina liberal privada, hegemônica desde a década de 1930, e que teve seu ápice na década de 70 no Brasil (5).

Nos anos 1980, a busca pela redemocratização do Estado influenciou e marcou a democratização da saúde no país, com destaque para atuação do movimento sanitário e a estratégia de ocupação de espaços institucionais importantes, decisivos para que a reforma sanitária fosse feita e o modelo de seguridade social fosse adotado e inscrito na Constituição de 1988 (6). A adoção do modelo de seguridade social levou à implementação de um sistema nacional de saúde, que assumiu a saúde como um direito, a ser ofertada de forma universal ao cidadão (7).

Segundo autores, alguns países que implementaram a seguridade social, como por exemplo Inglaterra, Canadá, França, Itália e Espanha, conseguiram interromper a hegemonia da medicina liberal privada, intervindo em campos prioritários como o da ordenação da formação dos profissionais de saúde, direcionando esta mão de obra qualificada ao sistema nacional público, preferencialmente, e em alguns casos, obrigatoriamente (8). No Brasil, a Lei 8.080 de 1990, em seu artigo 6º, refere-se à ordenação da formação profissional de forma geral (9), contudo os caminhos da implementação do SUS e da regulamentação da formação nem sempre estiveram próximos. Apenas em 10 de novembro de 2011, o Conselho Nacional de Saúde passou a apreciar os planos de graduações da área, através da Resolução n. 450 (10). E ainda são necessários esforços nesse sentido.

A implementação do SUS também enfrentou desafios institucionais, políticos e financeiros desde o início dos anos 1990. Apenas em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica 96 (NOB), foi proposta uma real mudança no modelo de atenção vigente, mediante o Programa de Saúde da Família (PSF) (11), e mais tarde, Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O destaque conferido ao PSF/ESF entre 1994 e 2002 foi determinante para a política de atenção básica nos anos subsequentes. A institucionalização de maneira tão robusta desta estratégia ocorreu com a configuração de um arcabouço normativo expressivo, incentivos financeiros próprios, estratégias de formação de profissionais específicas, mobilização de diferentes atores sociais, importante expansão e capilaridade nacional das equipes de saúde da família (12). A Estratégia Saúde da Família, como política de Estado na saúde, foi muito importante para promover a expansão da APS.

A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É tida pelo próprio Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os seus princípios, diretrizes e fundamentos, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (13).

Frente à expansão da ESF e diante da necessidade de ordenação da formação de recursos humanos para a APS, como citado anteriormente, em 2013 foi promulgada a Lei 12.871, que versa sobre a formação médica no Brasil. Ela institui o Programa Mais Médicos, cuja finalidade essencial foi a formação de médicos para o SUS e a inserção e fixação destes profissionais qualificados na APS. Além disso, tal Programa buscava promover a qualificação dos médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país, na organização e no funcionamento do próprio sistema (14).

Com a implantação e expansão da ESF, a Medicina de Família e Comunidade ganhou importante destaque e passou a vigorar como especialidade primordial na discussão da saúde no Brasil, principalmente no campo da formação médica (15).

A reforma da Atenção Primária à Saúde demorou mais tempo para ocorrer no Brasil quando comparada à de países com sistemas universais de saúde orientados a esta (Canadá, Cuba, Espanha e Portugal), pois nestes países, já nos anos 1980 e 1990, regulamentou-se a formação médica especializada para a APS (residência médica definida como padrão-ouro de formação) e foram estabelecidos percentuais mínimos para a MFC e obrigatoriedade de residência para incorporação aos sistemas de saúde daquelas localidades (16, 17).

Além disso, autores afirmam que o grande nó crítico na formação dos profissionais de saúde, nas últimas décadas, foi a falta de conversação entre o SUS e instituições formadoras, no que tange à formação de profissionais e a necessidade de direcionar sua preparação para a APS (16, 17).

Atualmente, o eixo residência médica do Programa Mais Médicos (PMM) é a mais importante estratégia enquanto política de recursos humanos para a APS no país, e proporciona condições essenciais para a consolidação da mesma de maneira fortalecida e de qualidade para um SUS robusto.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) apoia as duas frentes prioritárias do eixo de residência médica do PMM, que são o processo de universalização das vagas de residência e expansão dos programas de MFC, porém, com responsabilidade e preocupação contínua da qualidade. Houve, entre 2013 e 2016, o aumento do número de residentes em MFC, porém ainda muito distante da proporção adequada. A exemplo disto, países com sistemas de saúde orientados à APS como o Canadá, direcionam 40% das vagas de residência de acesso direto à MFC (18).

No processo de qualificação em 2015, a SBMFC desenvolveu o Currículo Baseado em Competências (CBC) para os programas de residência em MFC, de forma a sistematizar a formação na especialidade no Brasil. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) lançou a Resolução n. 1 de 25 de maio de 2015, que orienta a formação baseada nesse documento. Em consonância, projetos de formação de preceptores são fundamentais para este processo e existem iniciativas através de cursos de algumas instituições, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Hospital Sírio Libanês (HSL), a Academia Europeia para Formação de Professores e Preceptores da área de Medicina de Família e Comunidade (EURACT) e de mestrado profissional financiado pelo Ministério da Saúde, entre outros programas.

O médico de família e comunidade é o profissional que presta, de maneira personalizada e contextualizada, cuidados continuados a indivíduos e famílias de uma população adscrita, independente de faixa etária, gênero ou problema de saúde. Trabalha com as manifestações indiferenciadas de quadros iniciais de enfermidades, condições crônicas e agudização das condições crônicas. Perito em coordenar o cuidado da saúde do paciente nos diversos níveis de atenção à saúde, o médico de família e comunidade tem alta capacidade de resolutividade mantendo a qualidade e não se restringido ao diagnóstico de uma doença ou a sua cura (19)..

O SUS não será um sistema de qualidade se não cuidar da formação de pessoal e, em se tratando de formação médica para o SUS, o modelo considerado “padrão ouro” de formação é a residência. Em função de alguns aspectos pedagógicos intrínsecos, a residência é o modelo mais apropriado para o desenvolvimento das competências esperadas do médico de família e comunidade (20).

## 2.2 RESIDÊNCIA MÉDICA: ORIGENS E TRAJETÓRIA NO BRASIL

O livro *“Let Me Heal: The Opportunity to Preserve Excellence in American Medicine”*, aborda a história do papel da residência nos Estados Unidos, o qual serviu de modelo e molde inicial para o estabelecimento de residências médicas no Brasil. A provisão dos cuidados de saúde nos séculos XVIII e XIX naquele país não era licenciada e estruturada, sendo realizada por uma ampla gama de profissionais, desde leigos alfabetizados até médicos com diferentes graus de treinamento. Já no século XXI, tornou-se regulamentada, organizada e dominada por médicos treinados para praticar a medicina, com base em um conjunto uniforme de princípios teóricos (21).

As escolas médicas dos EUA ofereciam pouca exposição a práticas médicas significativas e as oportunidades de treinamento de pós-graduação eram limitadas. Estudantes que quisessem treinamento adicional iam muitas vezes para o exterior, voltando para casa não só com habilidades clínicas adicionais, mas também com a ideia vanguardista de que o treinamento avançado poderia ser oferecido através de uma residência situada dentro de um departamento clínico no próprio centro formador. Inicialmente, essas residências foram intimamente ligadas a Universidades e unidades de pesquisas, que haviam sido recém-criadas (21).

Os programas iniciais não visavam preparar todos os médicos para carreiras dedicadas ao atendimento rotineiro do paciente, mas preparar alguns médicos para serem pesquisadores clínicos, ou seja, cientistas que atendiam o bem social maior, desenvolvendo novos conhecimentos e rotinas médicas.

Após a virada do século XX, o treinamento médico pós-escolar se espalhou mais amplamente, geralmente como "estágios" de um único ano de treinamento, no qual os internos assumiam níveis crescentes de responsabilidade. O estágio poderia ser "rotativo", no qual os internos se moviam entre várias áreas de especialidade do hospital, ou um estágio "focal", no qual se concentravam em apenas uma área. Este modelo de treinamento, por sua eficiência, rapidamente tornou-se padrão. Enquanto em 1914 havia espaço para que apenas metade dos graduados da faculdade de medicina fizessem um estágio, na década de 1930 quase todos o faziam (21).

Outros sistemas de especialização de médicos foram considerados, como os cursos em escolas de pós-graduação, sendo assistido por profissional já estabelecido na prática, o embrião do preceptor, adentrando gradualmente em campos específicos da prática médica.

Todas essas abordagens foram opções utilizadas na década 30, mas ao longo das décadas seguintes observou-se os ganhos tanto para as instituições, quanto para os pacientes, e o treinamento na residência tornou-se obrigatório. Esta modalidade de pós-graduação foi criada ao final do século XIX, na Escola de Medicina da Universidade de Johns Hopkins, Estados Unidos, pelo médico canadense William Osler (20).

A fim de marcar os médicos que haviam recebido o treinamento especializado, foram criados conselhos de especialidades, assim como um sistema nacional para regular a formação desses conselhos e destes médicos especialistas.

No início os hospitais acadêmicos existiam principalmente para educação e pesquisa, e não se investia em expansão visto que estes médicos não competiam por pacientes com hospitais comunitários. A maioria dos pacientes dos hospitais acadêmicos era considerada “pacientes de caridade”, abertamente referidos como “material clínico”, e recebiam atendimento médico gratuito em troca da participação em educação clínica e pesquisa médica (21).

A Segunda Guerra Mundial mudou fundamentalmente a natureza da formação em medicina nos EUA. A maioria entrava nas equipes como médicos de clínica geral sem exposição ao treinamento especializado. No entanto, estes observavam que aqueles com treinamento especializado recebiam maior classificação e maior remuneração, desenvolvendo o desejo de se tornarem especialistas (21).

A expansão das residências médicas começou no pós-guerra. Os hospitais aumentaram dramaticamente as vagas de ensino e a rotina diária dos mesmos passou a qualificar cada vez mais os residentes, aumentou o grau de confiança nestes profissionais. Antes da Primeira Guerra Mundial, ter residentes era um luxo; depois da Segunda Guerra era essencial para o funcionamento das instituições (21).

No Brasil, a Residência Médica foi definida como modalidade de pós-graduação *lato sensu* para médicos, caracterizada por treinamentos em serviço, funcionando e sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, com a orientação de profissionais de alta qualificação técnica e ética, através da Lei 6.932 de 1981 (22). Como tal, a residência médica no Brasil constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil, sendo concedidas pelos Programas de Residência Médica (PRM) ou pelas associações médicas, de acordo com as necessidades do SUS (23).

A residência médica é o espaço no qual se aprofundam conhecimentos, aprendem-se ou melhoram-se habilidades e atitudes, e assim se adquire competências específicas. O treinamento em serviço é a estratégia que vincula o ensino e aprendizagem de maneira mais

robusta e efetiva. Como a residência ainda é uma fase de treinamento do médico em formação, ela é realizada sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

No Brasil, a residência médica foi instituída e regulamentada há mais de quarenta anos quando também foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (24). Naquela oportunidade, ficaram estabelecidas as áreas preferenciais para o desenvolvimento dos Programas de Residência Médica, quais sejam: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia e, medicina preventiva ou social. A legislação definiu ainda que os PRM compreenderiam duração de um ano e carga horária de 1.800 horas de atividade, no mínimo. Além do treinamento em serviço, sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas, dentre outras, devem compor os PRM com um mínimo de quatro horas semanais (24).

Destaca-se que a formalização dos PRM em 1977 é consequência de movimentos reivindicatórios dos residentes que começaram, de fato, a atuar em 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Até a década de 60, os programas de Residência se concentravam basicamente nos hospitais públicos tradicionais e nos hospitais universitários públicos. Entretanto, já no final dos anos 50, a repercussão na medicina do desenvolvimento tecnológico e científico, as pressões das indústrias de medicamentos e equipamentos sobre a organização do trabalho médico e os movimentos em favor da criação de novas escolas e do aumento de vagas para Medicina nas universidades impulsionam a multiplicação dos programas de Residência pelo Brasil, fundamentando a tendência da formação especializada (25).

O Decreto nº 80.281/1977 vinculava a CNRM ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura. Mais tarde, em 1985, ela passou a ser comissão assessora da Secretaria de Ensino Superior (SESU) do Ministério da Educação (MEC) (26).

Em 2011, as competências da CNRM foram atualizadas. A Comissão foi definida como instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do MEC com a finalidade de regular, supervisionar e avaliar os programas de residência médica e as instituições (27). Neste interim, os PRM passaram a considerar a necessidade de médicos especialistas indicadas pelo perfil sócio epidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (27).



Considerados profissionais em formação, os residentes médicos estavam se aperfeiçoando através da prática clínica supervisionada e, desta forma, eram profissionais em atuação. Como tal, ficou assegurado ao médico residente que durante o período de Residência, receberia bolsa de estudos e seria inscrito no Regime Geral de Previdência Social (RGPS) como contribuinte individual, autônomo (28). Ainda, a garantia de alimentação e alojamento no decorrer do período da residência pelas instituições de saúde responsáveis por programa de residência, os direitos previstos na Lei nº 3.807 de 1960, que dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social, bem como os decorrentes de seguro de acidente de trabalho (28). Às médicas residentes ficou assegurada a licença maternidade e aos médicos residentes, a licença paternidade. A referida legislação definiu ainda carga-horária semanal de trabalho, folga e férias (28), da seguinte forma:

(...) Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade (28).

Ao longo da evolução da Residência Médica no Brasil, observa-se a construção de um cenário mais organizado em que os residentes médicos passaram a fazer jus a garantias como férias remuneradas e licenças. Também passaram a contar com processos seletivos para ingresso em PRM, realizados com rigor, fiscalização e transparência.

As competências da CNRM, que foram sendo ampliadas e atualizadas para o contexto de cada época, contribuíram relativamente para a valorização dos médicos brasileiros. Estima-se que “a elevação do nível de exigência para o credenciamento de programas de residência levou à desativação de muitos cursos que funcionavam muito mais em decorrência da necessidade de mão-de-obra barata dos serviços do que com finalidades didáticas” (25).

### 2.3 PROVAB E O INGRESSO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO CONTEXTO DE DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DESSA FORMAÇÃO NO BRASIL

Um retrato da Residência Médica no Brasil indica que em 2017 eram 35.187 médicos cursando residência em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pela CNRM. Há programas autorizados em todas as especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas e cerca de 40% das vagas autorizadas de residência médica no país não chegam a ser ocupadas. Os PRM têm hoje duração mínima e máxima de 2 e 5 anos, respectivamente (29).

A lei que instituiu o PMM trouxe consigo o desafio, em forma de obrigatoriedade, para os PRM de ofertar anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior (23). Todavia, essa exigência não garantiu os benefícios que a sociedade espera. Mesmo com todo o esforço para se fazer chegar médicos às localidades com maior carência da assistência básica em saúde, ainda é grande a concentração desses profissionais nas regiões mais desenvolvidas e essa realidade se manifesta ainda durante a residência médica, à medida que os dados demonstram que os médicos residentes estão distribuídos de forma desigual no território nacional. Somente na região Sudeste estão 58,5% dos residentes contra 41,5% distribuídos entre as outras quatro regiões do país (29).

Quando se considera as vagas ocupadas de residência em relação à população (taxa de médicos cursando RM por 100 mil habitantes), as diferenças permanecem significativas. (...) Enquanto no Sudeste há 23,7 médicos residentes por 100 mil habitantes e no Sul há 19, no Norte e Nordeste a razão é de 8,1 e 8,7, respectivamente, bem abaixo da média nacional, que é de 16,9 por 100 mil habitantes (29).

São Paulo é a unidade da federação que concentra o maior percentual de todos os médicos residentes. São 34,5%, seguido pelo Rio de Janeiro (11,4%), Minas Gerais (11%) e pelo Rio Grande do Sul (7,1%). “Doze das 27 unidades da federação têm, cada uma, 1% ou menos dos médicos residentes do País. Entre os sete estados do Norte, apenas o Pará fica ligeiramente acima dessa linha, com 1,7% dos médicos residentes de todo o país” (29).

As especialidades médicas Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia, são as que concentram cerca de 40% das vagas de residência médica. Da mesma forma, são essas as especialidades com mais residentes no país, somando 14.225, sendo 8.281 em R1 e 5.974 em R2. Destaca-se que a formação de médicos especialistas em Clínica Médica tende a aumentar em virtude de essa ser um pré-requisito para residência em outras 12 especialidades, como também ocorre com a residência médica em Cirurgia Geral, pré-requisito para 10 especialidades (29).

Em 2017, cerca de 39,4% das vagas autorizadas permaneceram ociosas diante do total de vagas autorizadas para cada especialidade, sendo que Medicina de Emergência, Patologia Clínica e Medicina Preventiva Social ocuparam o ranking das especialidades com maior defasagem (29). Merece destaque o fato de as vagas de residência médica serem disputadas por aqueles que no ano anterior concluíram o sexto ano de medicina, como também os médicos formados há algum tempo, mas que ainda não cursaram nenhuma residência ou mesmo que pretendem obter outro título de especialista.

Os problemas que levam à ociosidade das vagas ofertadas se manifestam de diferentes maneiras. A desistência de médicos residentes de 1º ano por falta de afinidade com a opção escolhida, por dificuldade de adaptação ao local da oferta da residência e pela oportunidade de realização de outro programa que tenha gerado vaga que, por sua vez, promove a migração entre residências médicas. Falhas no registro de dados sobre a ocupação de vagas não são descartadas (29).

Dificuldade ou atrasos de pagamento de bolsas também pode ser um problema para a continuidade de residentes nos PRM, além disso, a falta de ocupação de vagas autorizadas pode estar relacionada ao reconhecimento recente de uma especialidade médica e programas recém-credenciados, ainda sem tradição na formação de residência médica (29). A propósito, o sistema de avaliação das residências médicas no Brasil, dito, a avaliação dos Programas, das instituições que os oferecem e dos corpos docentes e discentes é um dos maiores desafios da residência médica hoje (22).

O ingresso do médico em um programa de residência sempre se deu por um processo de seleção, que foi evoluindo ao longo dos anos. Por intermédio da Resolução nº 6/81, a CNRM resolveu que todos os programas de residência médica deveriam, no processo de seleção dos candidatos, adotar obrigatoriamente prova de caráter eliminatório em Medicina Geral, com igual número de questões para cada área preferencial para o desenvolvimento dos PRM constantes no Decreto nº 80.281/1977, já descritas neste trabalho<sup>1</sup> (30).

Em 1999, os critérios para admissão em Programa de Residência Médica foram atualizados pela publicação de nova Resolução da CNRM. Nela ficou claramente estabelecido que o processo de seleção devesse ser público e os candidatos se submeteriam à prova escrita e prova oral, entrevista ou avaliação curricular (31). A prova escrita seria obrigatória e única, com peso mínimo de 90%, ainda versando sobre conhecimentos das áreas preferenciais do Decreto nº 80.281/1977. Por sua vez, a prova oral, entrevista ou avaliação curricular ficaria a critério da instituição, com peso máximo de 10% (31).

Mais tarde, atualizados novamente quando publicada a Resolução nº 03/2011 da CNRM, sob a justificativa de que deveriam ser avaliados elementos essenciais à seleção do candidato, quais sejam: habilidades necessárias ao desenvolvimento de atividades essenciais para uma boa formação e prática médica, e comportamentos, visto que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Graduação em Medicina estabeleciam a formação

---

<sup>1</sup> As áreas preferenciais do Decreto n. 80.281/1977 são: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e, Medicina Preventiva ou Social. (BRASIL, 1977)

de um profissional inserido no SUS, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano<sup>2</sup> (32).

As fases seriam duas, sendo a primeira obrigatória, consistindo em exame escrito, objetivo, com igual número de questões nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social, com peso mínimo de 50% (32). A segunda fase continuava a ser opcional, a critério da Instituição e, quando aplicada, seria constituída de prova prática com peso de 40% a 50% da nota total. O exame prático seria ainda realizado em ambientes sucessivos e igualmente aplicado a todos os candidatos selecionados na primeira fase, envolvendo Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social. Além disso, a critério da Instituição, 10% da nota total poderiam destinar-se à análise e à arguição do currículo (32).

Avalia-se que a principal inovação trazida pela Resolução nº 3/2011 seja o estabelecimento de pontuação adicional na nota total do candidato que tenha participado e cumprido integralmente o estabelecido no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Seriam 10% e 20% da nota total para quem tivesse concluído, respectivamente, um ano e dois anos de participação no programa.

O PROVAB é uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, inserida no cotidiano brasileiro em 2011 (33). Foi instituído com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, fazendo-os chegar às localidades mais remotas e de maior vulnerabilidade para este serviço (34).

Destaca-se que a concentração de profissionais da saúde nas capitais e nas regiões mais desenvolvidas do país gerou problemas crônicos de distribuição no território, especialmente de médicos, com forte prejuízo assistencial às populações dos rincões do Brasil, situação essa ainda vivenciada nos dias de hoje.

Por força de Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (23), houve necessidade de adequar o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de

---

<sup>2</sup> As DCNs do curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, definidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior. Foram inicialmente implementadas em 2011 e atualizadas em 2014 pelo MEC com o propósito de promover uma formação médica mais geral, humanista e crítica com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população (BRASIL, 2014).

Residência Médica, o que levou à publicação da Resolução nº 2/2015 da CNRM e a consequente revogação da Resolução nº 3/2011.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação. (...)

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei no 6.932, de 1981 (23).

Como se pode verificar, aos candidatos está garantida pontuação adicional de 10% em todas as fases de processos de seleção pública para programas de residência médica, quando esses tiverem participado de programas e projetos de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, promovidos em parceria entre o MEC e o MS (23). Estes foram definidos como o PROVAB e os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) (35). A primeira e segunda fase permanecem exatamente como previsto na Resolução anterior, atualizando que Medicina Preventiva e Social equivale à Saúde Coletiva e Medicina Geral de Família e Comunidade (BRASIL, 2015). A análise e a arguição do currículo continua sendo um critério opcional da instituição, limitado a 10% da nota total do candidato (35).

Embora no Brasil a terminalidade da formação médica se dê na conclusão da graduação - quando o recém-formado pode requerer a sua habilitação para o exercício profissional - a residência médica deve ser encarada como uma modalidade de aperfeiçoamento profissional capaz de dotar o médico de maior destreza nas suas habilidades e segurança na sua atuação. Desta forma, compreender e superar os obstáculos que impedem a qualificação e o pleno preenchimento das vagas de residência médica é de suma importância para viabilizar a formação de médicos, em especial, os essenciais ao SUS.

É fato a necessidade de maior ampliação dos PRMFC, vez que essa residência se tornou pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência médica. Destaca-se no contexto da seleção para os PRM, uma valorização dos médicos egressos (aprovados) do PROVAB, por este programa conceder uma adição % de pontos em todas as etapas da seleção dos PRM.

O processo de expansão das residências em MFC e a ampliação das atividades da graduação na APS geram um debate quanto às estratégias pedagógicas e arranjos organizacionais necessários para garantir a qualidade do ensino, mais especificamente, promove uma reflexão acerca da atividade de preceptoria. A preceptoria é elemento fundamental dos projetos pedagógicos dos cursos e a formação de preceptores é um desafio, uma vez que eles são considerados modelos e responsáveis pelo caráter formativo para os residentes, especialmente os dos PRMFC.

## **3 DESENHO DO ESTUDO**

### **3.1 OBJETIVOS**

#### **3.1.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as possibilidades e desafios do uso da perspectiva da andragogia como referencial teórico na formação do médico preceptor em Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

#### **3.1.2 Objetivos Específicos**

1. Compreender os principais referenciais teórico-pedagógicos que poderiam apoiar a formação de médicos preceptores, destacando suas principais características.
2. Identificar e analisar o plano de curso da formação em preceptoria médica em Medicina de Família e Comunidade de três instituições selecionadas no Brasil.
3. Desenvolver uma matriz de macrodiretrizes que possa orientar uma proposta formativa para o preceptor em Medicina de Família e Comunidade a partir da perspectiva da andragogia.

### **3.2 METODOLOGIA**

#### **3.2.1 Tipo de estudo e Estratégias metodológicas**

Este é um estudo qualitativo do tipo analítico. Partindo do pressuposto de que a ciência é marcada por valores da sociedade e o conhecimento é produto de processos de aproximação com a realidade na busca de sua essência, e esta realidade está permanentemente em transformação, essa pesquisa foi orientada por uma perspectiva de análise crítica, que valoriza a dimensão participativa da construção do conhecimento, não separando a teoria e a prática, com compromisso com a mudança na formação educacional do médico preceptor, pela disponibilização do conhecimento a serviço dos mesmos e dos grupos que os formam no Brasil.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de três etapas: 1) foram resgatadas as principais perspectivas e conceitos que guardam familiaridade com o ensino de adultos em

diálogo com a andragogia, e a formação profissional orientada às necessidades do SUS; 2) análise dos planos de curso de três experiências de formação de preceptores médicos selecionadas no Brasil; e 3) construção de uma proposta de educação significativa para a formação do médico preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Para o resgate dos conceitos trazidos foram feitas recorrentes buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, na Biblioteca Científica Eletrônica On-line (SciELO) e no Portal de Periódicos Capes, por estas bases concentrarem as mais importantes fontes de informação em saúde voltadas para pesquisas e projetos científicos.

Foram selecionadas as experiências de formação de preceptores de três instituições que têm se destacado nessa área atualmente no país: a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Hospital Sírio Libanês (HSL). Nos três casos, o Plano de Curso foi o material empregado para a análise, levando em consideração: ano de implementação; número de turmas e preceptores formados; carga horária; objetivos; perfil desejado do egresso; estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso; e abordagem pedagógica (conceitos e estratégias) presentes.

A partir da análise crítica do material empírico construído nas duas primeiras etapas, na terceira etapa, foi construída uma proposta formativa centrada em uma matriz de macrodiretrizes para a formação do médico preceptor em Medicina de Família e Comunidade, dialogando com a andragogia.

Com uma proposta formativa orientada às necessidades da APS e MFC, deseja-se estimular mudanças nos processos de ensino-aprendizagem dos preceptores com o objetivo último de qualificar sua prática.

### 3.2.2 Aspectos éticos

Este é um trabalho de análise bibliográfica e documental, que mesmo sem pesquisa direta com seres humanos, leva em consideração todos os aspectos éticos de uma pesquisa de revisão sem intervenção. Dessa maneira, o desenvolvimento do projeto respeita os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados à importância de se conhecer os referenciais teóricos de experiências formadoras de médicos preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, melhorando a forma de qualificação da formação do



preceptor através da andragogia, conseguindo por fim, promover uma melhor formação nessa especialidade.

## 4 PERSPECTIVAS CONCEITUAIS

*“Quanto mais sabemos, mais aprendemos.”*  
*David Paul Ausubel*

### 4.1 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

A aprendizagem é definida de numerosas maneiras por muitos teóricos, pesquisadores e profissionais da educação. Inexiste um conceito universal sobre a aprendizagem, mas as diversas definições encontradas na literatura empregam elementos comuns. Schunk, por exemplo, interpreta as ideias comuns nas muitas definições desse termo e estabelece que “a aprendizagem é uma mudança duradoura no comportamento ou na capacidade de se comportar de uma determinada maneira, que resulta da prática ou outras formas de experiência” (36).

Ao formular a teoria da aprendizagem significativa, diferenciando-a da aprendizagem mecânica, Ausubel<sup>3</sup> defendia que o fator mais importante que influencia a aprendizagem é o que o aluno já sabe. Os conceitos pré-existentes em um indivíduo, somados a novos conceitos é o que promove a aprendizagem significativa.

Muito influenciado pelo ensino de Jean Piaget<sup>4</sup>, Ausubel teorizou que “*as pessoas adquirem o conhecimento principalmente por estarem diretamente expostas a ele, e não pela descoberta*” (37). Aprender significativamente é ampliar e reconfigurar ideias já existentes na estrutura mental e com isso ser capaz de relacionar e acessar novos conteúdos. Em outras palavras, aprender com significância refere-se ao processo em que mudanças são produzidas em nossa estrutura cognitiva, os conceitos são modificados e novos *links* são criados. Esse processo só é viável pela possibilidade de um novo conhecimento ter onde ancorar, associado ao desejo do indivíduo em aprender. Esse é um método que permite a aprendizagem real, gera maior retenção e facilita transferência para outras situações (38).

A aprendizagem é, portanto, uma colaboração resultante da interação do indivíduo com os saberes, e esta interação precisa ser satisfatória para quem aprende como meio para dar sentido aos saberes (39). Ausubel forneceu orientações e instruções úteis ao ato de ensinar e à

---

<sup>3</sup> David Paul Ausubel (Nova Iorque, 25 de outubro 1918 - Nova Iorque, 9 de julho de 2008) foi um psicólogo e educador americano.

<sup>4</sup> Jean William Fritz Piaget (Neuchâtel, 9 de agosto de 1896 - Genebra, 16 de setembro de 1980) foi um biólogo, psicólogo e epistemólogo suíço, considerado um dos mais importantes pensadores do século XX. Defendeu uma abordagem interdisciplinar para a investigação epistemológica e fundou a Epistemologia Genética, teoria do conhecimento com base no estudo da gênese psicológica do pensamento humano.

compreensão da aprendizagem, apontando fatores que favorecem a aprendizagem significativa, como mostra o Quadro 1 apresentado a seguir.

**Quadro 1: Fatores que favorecem a aprendizagem significativa**

| FATORES  | ASPECTOS RELEVANTES  |
|--|--|
| <b>1. Existência de material na estrutura cognitiva do sujeito</b>       | Os conhecimentos e experiências existentes são determinantes no processo da aprendizagem significativa à medida que a eles os indivíduos conectam novas ideias e experiências para formar uma compreensão nova ou melhorada. Quando os alunos fazem conexões entre novas informações e seus modelos mentais atuais, ampliam a sua compreensão. Esse processo caracteriza a teoria da aprendizagem construtivista, desenvolvida por Piaget e outros, a qual postula que os alunos podem assimilar novas informações em uma estrutura existente ou podem modificar essa estrutura para acomodar novas informações que contradizem a compreensão anterior. Atividades de aprendizado que permitem aos alunos confrontar conceitos errôneos os ajudam a reconstruir seus modelos mentais com base em um entendimento mais preciso. |
| <b>2. Conteúdo potencialmente significativo</b>                          | Tanto quanto o conhecimento prévio é determinante para a aprendizagem significativa, o conteúdo a ser aprendido deve ser potencialmente significativo e o professor deve ser enxergado como um facilitador do processo. Essa conjugação dá ao aluno o poder de decisão se quer aprender significativamente ou não. Quando essa associação falha, a aprendizagem será mecânica e, nesse cenário, o indivíduo pode memorizar, mas dificilmente terá condições de aplicar o aprendizado. A hipótese é que se uma aprendizagem não for significativa, sua aquisição estará, cedo ou tarde, comprometida.   |
| <b>3. Predisposição para aprender</b>                                    | A afetividade é um fator relevante para a aprendizagem significativa à medida que um novo material só será incorporado à estrutura cognitiva de um aprendiz se ele estiver predisposto a isso. Uma das condições para que ocorra a aprendizagem significativa é a predisposição para aprender e há entre a condição e a predisposição uma relação circular, pois a aprendizagem já ocorrida e internalizada produz um interesse em aprender ou uma predisposição que é transformada em atitudes e sentimentos positivos que facilitam a aprendizagem. A aprendizagem significativa requer uma condição fundamental de nossa busca de conhecimento que é o desejo.  |
| <b>4. Esforço decidido para aprender, no sentido cognitivo e afetivo</b> | Para a aprendizagem significativa o aprendizado deve ser ativo e, para tanto, os estudantes devem fazer coisas e pensar sobre o que estão fazendo. A linha entre aprendizado ativo e avaliação formativa é tênue à medida que o ensino que promove a aprendizagem ativa dos alunos exige que estes façam ou produzam algo, o que pode servir para ajudar a avaliar a compreensão que, por sua vez, se relaciona com a avaliação formativa  |

Fonte: Elaboração própria a partir de 40, 41, 42 e 43.

A intervenção pedagógica no processo de aprendizagem significativa teria como finalidade “contribuir para que o aluno desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo (aprendizado ativo), numa ampla gama de situações” (44). Abordagens que promovem o aprendizado ativo concentram-se mais no desenvolvimento das habilidades dos alunos do que na transmissão de informações e exigem que os alunos façam

algo que reivindique um pensamento de ordem superior, como ler, discutir e escrever. Autores sugerem que para a aprendizagem significativa, o professor/mediador deve promover um espectro de atividades, com ênfase na exploração dos alunos de suas próprias atitudes e valores, variando de ações muito simples às mais complexas (42).

A aprendizagem ativa acontece quando os alunos são envolvidos no processo de aprendizagem, o que pode ocorrer através de atividades e/ou discussão em sala de aula, em oposição à escuta passiva de um especialista (45). Semelhantemente, essa ideia é reproduzida por outros autores conforme segue:

A aprendizagem ativa implica que os alunos estão engajados em sua própria aprendizagem. Estratégias ativas de ensino fazem com que os alunos façam alguma coisa além de tomar notas ou seguir instruções (...) eles participam de atividades (...) [para se] conscientizar novos conhecimentos e construir novas habilidades científicas (43).

As abordagens do aprendizado ativo também costumam abranger o uso de grupos de aprendizagem cooperativa, uma prática baseada no construtivismo que enfatiza particularmente a contribuição que a interação social pode fazer. O trabalho de Lev Vygotsky elucidou a relação entre os processos cognitivos e as atividades sociais e levou à teoria sociocultural do desenvolvimento, que sugere que a aprendizagem ocorre quando os alunos resolvem problemas além de seu nível atual de desenvolvimento com o apoio de seu instrutor ou de seus colegas. Assim, as abordagens de aprendizagem ativa que se baseiam no trabalho em grupo se apoiam nesse ramo sociocultural da teoria da aprendizagem construtivista, alavancando a interação entre pares para promover o desenvolvimento de modelos mentais estendidos e precisos pelos alunos (46).

O mesmo autor, em sua obra de 1991 afirma que existe a zona de desenvolvimento proximal, e que a mesma representa a distância entre as práticas já dominadas e as que só são possíveis de se desenvolver por meio da agregação de novos saberes por uma pessoa. Assim sendo, a interação com pessoas mais experientes e/ou com fontes de informação, possibilita aos educandos, a resolução de problemas impossíveis de serem enfrentados somente com os saberes prévios (47).

Adicionalmente, estudo aponta para a importância do conhecimento sobre recursos instrucionais utilizados no ensino, de modo a manter o aluno no centro do processo de ensino e aprendizagem, e, assim, fazer uso desses recursos como meio facilitador para a aprendizagem significativa (48).

## 4.2 ANDRAGOGIA

No âmbito desse trabalho destaca-se a competência dialógica, que utiliza com propriedade a experiência prévia, a reflexão sobre a própria prática e a capacidade de continuar a aprender. Tais características são imprescindíveis à prática andragógica.

Na década de 1950, o termo andragogia podia ser encontrado em publicações em países da Europa, mas a expressão ainda encontrava lacunas para a sua explicação e aplicabilidade e, por sua vez, sugere que retratava a realidade da educação de adultos da época: não havia ou havia pouco treinamento formal para educadores de adultos, algum conhecimento teórico limitado, nenhuma continuidade institucionalizada de desenvolvimento de tal conhecimento e nenhum curso acadêmico de estudo.

Nesta realidade, a educação de adultos ainda descrevia uma mistura pouco clara de prática, comprometimento, ideologias, reflexões, teorias, principalmente instituições locais e algum envolvimento acadêmico de indivíduos. Como a realidade não era clara, o termo não poderia ser mais claro. Mas o uso crescente e compartilhado do termo indicava que uma nova diferenciação entre "fazer" e "refletir" estava se desenvolvendo, talvez precisando de um termo de separação.

A expressão andragogia trazida pelo alemão Alexander Kapp quando lançou o livro “Ideias Educacionais de Platão” de 1833 - que considera todos os escritos de Platão sobre educação como um ponto de partida - só veio a ganhar musculatura na década de 1960 pelas mãos do americano Malcom Knowles (49). Desta forma, embora a expressão seja originalmente europeia, o entendimento comum do conceito de andragogia é geralmente ligado à andragogia de Knowles e uma grande parte da literatura no campo a partir dos anos 1970 se concentra nessa abordagem (50).

Ao tentar documentar as diferenças entre as formas como os adultos e as crianças aprendem, Malcolm Knowles popularizou o conceito de andragogia, definido como “a arte e a ciência de ajudar os adultos a aprender” (51).

As tentativas de desenvolver uma base conceitual distinta para a educação e aprendizagem de adultos por meio da noção da andragogia, amplamente discutidas e estudadas, fizeram de Knowles a figura central na educação de adultos dos EUA na segunda metade do século XX. A Universidade de Boston é o berço do modelo andragógico de Knowles que foi amplamente difundido e aprimorado no mundo. As obras que cimentaram a posição de Knowles no centro do discurso da educação de adultos nos Estados Unidos e popularizaram a noção da

andragogia foram construídas pelo educador ao longo dos quatorze anos que se seguiram após sua entrada na Universidade de Boston, em 1959 (52).

A partir de suas publicações, Knowles reorientava a educação de adultos a partir da necessidade de “educar pessoas” para “ajudá-las a aprender” e, neste contexto, o papel do professor estava para facilitador da aprendizagem em vez de apresentador de conteúdo, enfatizando mais a escolha do aprendiz do que o controle do aprendizado. O termo “andragogia” não precisava ser editado, pois ganhava significância e, por sua vez, identidade.

Adultos são um tipo único de aprendiz e requerem estratégias diferentes das da pedagogia tradicional. Esse é o princípio dinâmico central em ação na equação andragógica de Knowles. Nesse modelo, a aprendizagem de adultos é centrada no problema e não no conteúdo e, desta forma, compete à educação o desafio de centrar-se nos alunos e ensinar-lhes o poder da aprendizagem automotivada (53).

Proporcionar ao grupo amorfo de educadores de adultos, uma ideia e identidade unificadoras ligadas ao termo andragogia, certamente foi o principal benefício que Knowles concedeu ao campo da educação de adultos na época. Outra foi que ele fortaleceu o já existente acesso acadêmico à educação de adultos, publicando, teorizando, fazendo pesquisa, educando estudantes que se tornaram acadêmicos e definindo explicitamente a andragogia como ciência (54).

#### 4.2.1 O Modelo Andragógico

O Modelo Andragógico de Knowles propõe a aplicação de seis princípios à aprendizagem de adultos (55). Esses pilares fornecem a base de como Knowles compreendia a aprendizagem de adultos e a andragogia e, em qualquer que fosse a área, o currículo e o ensino deveriam ser moldados a partir desses princípios. Ao formular e apresentar os princípios aplicados à aprendizagem de adultos, Knowles esperava que fossem produzidos alguns resultados. Tais princípios e resultados foram sistematizados no quadro a seguir.

#### **Quadro 2: Princípios aplicados à aprendizagem de adultos e seus resultados esperados**

| <b>PRINCÍPIOS</b>             | <b>RESULTADOS</b>  |
|-------------------------------|--|
| <b>A necessidade de saber</b> | À medida que as pessoas amadurecem, precisam saber por que precisam aprender alguma coisa. Além disso, como os adultos gerenciam outros aspectos de suas vidas, eles são capazes de dirigir ou, pelo menos, auxiliar no planejamento e na implementação de sua própria aprendizagem. |

| <b>PRINCÍPIOS</b>  | <b>RESULTADOS</b>  |
|--|--|
| <b>O autoconhecimento do aprendiz</b>  | A independência e autonomia alcançadas com a maturidade proporcionam ao ser adulto uma forma independente de aprender e entender. Presume-se que a maturidade traz ao ser adulto autonomia e independência. Adultos são aprendizes autodirigidos que criam seus próprios objetivos.  |
| <b>O papel das experiências prévias do aprendiz</b>                              | Além de uma autoconfiança crescente, os adultos constroem um crescente reservatório de experiências. Estas experiências tornam-se um recurso de aprofundamento para a sua aprendizagem. Em outras palavras, à medida que o indivíduo cresce, ele ganha mais experiência, certas coisas se tornam intuitivas. Suas experiências permitem que eles intuem coisas que nunca teriam entendido anteriormente.   |
| <b>A orientação para a aprendizagem</b>  | Quando criança, a aplicação de um aprendizado é adiada e a sua orientação é centrada no assunto, enquanto, à medida que a pessoa amadurece, sua aplicação da aprendizagem torna-se imediata e mais centrada no problema. Os adultos encontram problemas, aprendem a resolver esses problemas e, em seguida, aplicam imediatamente seus conhecimentos a esses problemas. Eles se concentram em educação relevante que apoia seus objetivos existentes. Sendo assim, a aprendizagem centrada em conteúdo é uma prática desfavorecida.  |
| <b>A prontidão para o aprendizado</b>  | A disponibilidade para aprender de um adulto é orientada pelos papéis sociais que lhe competem como, por exemplo, empregado, pai ou mãe, cônjuge e cidadão. Logo, ao mover-se para a força de trabalho, os adultos orientam a sua aprendizagem para as habilidades necessárias ao seu trabalho. Quando se tornam pais, de repente precisam aprender tudo o que está envolvido em cuidar dos filhos. Novos papéis exigem novos conhecimentos. Eles são focados em metas e priorizam informações ligadas a um objetivo ou resultado claro. Ou seja, a disponibilidade do adulto para aprender o que decide a aprender, baseado numa seleção natural e realista cujo interesse se direciona para aquilo que reconhece como útil para enfrentar problemas de sua vida pessoal ou profissional. |
| <b>A motivação</b>   | Quando adultos, a motivação a aprender é interna e o crescimento é direcionado ao autodesenvolvimento (satisfação profissional, autoestima, qualidade de vida). Adultos desejam subir na carreira e precisam adquirir novas habilidades. Eles se veem diante de um problema desconhecido e precisam encontrar uma solução. Em vez de ter educação forçada sobre eles, os adultos realmente buscam a educação.  |
| <b>Compreensão madura de si mesmos</b>   | A educação adequada de adultos ajuda-os a compreender clara e objetivamente. Eles aprendem a entender motivações, necessidades, interesses, objetivos e capacidades. À medida que crescem em auto-compreensão, os adultos também devem aumentar o auto-respeito e a paixão pelo crescimento contínuo. Quando uma pessoa amadurece, seu autoconceito se move de uma dependência total (infância) para o auto direcionamento. Torna-se necessário que o processo educacional vivenciado o reconheça como indivíduo capaz de se auto gerir. Caso contrário poderá experimentar ressentimento ou resistência.  |
| <b>Desenvolvimento de uma atitude de aceitação, amor e respeito pelos outros</b> | A andragogia deve levar os adultos a aceitar, respeitar e amar cada vez mais aos outros. Deve haver um entendimento agudo da diferença entre pessoas e ideias. Esse entendimento dará aos adultos o poder de pensar criticamente sobre ideias sem atacar ou ameaçar as pessoas que os detêm.   |

| PRINCÍPIOS  | RESULTADOS   |
|---|--|
| <b>Atitude fluída e dinâmica para a vida</b>  | Toda experiência é uma nova oportunidade para os adultos aprenderem. O aprendizado transforma as pessoas e proporciona que elas estejam sempre mudando o que deve ser aceito pelos próprios adultos. A aprendizagem de adultos deve criar uma atitude dinâmica e até apaixonada em relação à vida, que leva as pessoas a abraçar cada nova experiência como uma oportunidade de aprender.  |
| <b>Entendimento e reação às causas, não aos sintomas</b>  | Normalmente, quando surge um problema, as pessoas respondem aos sintomas. A aplicação adequada dos conceitos andragógicos deve mudar isso. Em vez de apenas ver os sintomas, os adultos devem ser capazes de enxergar as causas reais do problema e podem reagir apropriadamente.  |
| <b>Entendimento acerca da experiência humana</b>  | Adultos devem entender os valores essenciais no capital da experiência humana. As pessoas tendem a supor que o moderno é melhor que o antigo e acabam denegrindo o passado, tendendo para o viés de recência. A andragogia cria uma mudança dessa perspectiva, ensinando as pessoas a entender, apreciar e compartilhar as ideias, experiências e tradições do passado, dando essencialidade a ele, tratando o passado como uma “herança do conhecimento”.         |
| <b>Devem ser adquiridas as habilidades necessárias para alcançar o potencial de suas personalidades</b> | Um objetivo da educação deve ser fornecer habilidades e cultivar as capacidades necessárias para o florescimento humano em indivíduos e sociedades.  |
| <b>Entendimento e capacidade para mudar a sociedade</b>   | Viver em uma democracia requer que os adultos sejam capazes de entender a sociedade em que vivem e trazer mudanças efetivas. Assim, a educação adequada de adultos educa as pessoas sobre a ordem social e como ela é moldada. Os adultos devem entender sua sociedade e devem ser hábeis em direcionar a mudança social. Cada adulto deve saber o suficiente sobre os diversos aspectos da ordem social para ser inteligente, eficaz, e participantes produtivos. |

Fonte: Elaboração própria a partir de 55 e 56.

Na educação para o trabalho surgem questões complexas em relação à natureza da aprendizagem e ensino. Para desenvolver no residente as competências preconizadas, parte-se do pressuposto de que o preceptor as conheça e as busque. Uma questão difusa e persistente é a relação entre assunto, ou seja, o que deve ser ensinado e metodologia de ensino, isto é, como deve ser ensinado. Por vezes, a preocupação com o que os alunos devem aprender ofusca a atenção para como eles devem ser ensinados.

Experiências de vida e curiosidade natural fornecem o elo orgânico entre os alunos e o que eles são ou se tornarão, determinando a curva do aprendizado. A aprendizagem de adultos pode ser agrupada em cinco classes principais, quais sejam: (1) aprendizagem instrumental; (2) aprendizagem autodirigida; (3) aprendizagem experiencial; (4) transformação da perspectiva; e, (5) cognição situada (57). Destes, o aprendizado autodirigido concentra-se particularmente no aluno e sua individualidade e os toma como foco principal no processo de instrução.



Os alunos adultos têm o potencial de serem autodirigidos, particularmente quando suas experiências de vida e prática são utilizadas como recursos vitais. Uma tarefa essencial de ensino é desenvolver conexões entre o “mundo dos conceitos” com o “mundo real” das experiências pessoais. Essas conexões são mais propensas a serem atualizadas quando os alunos são engajados em processos de aprendizagem ativos e colaborativos.

#### 4.2.2 Aprendizagem autodirigida

As teorias de aprendizagem de adultos descrevem maneiras pelas quais estes assimilam conhecimentos, habilidades e atitudes. O aprendizado autodirigido surgiu, em momento próximo ao que Knowles reintroduziu a andragogia – como um outro modelo para ajudar a distinguir os alunos adultos das crianças. Knowles não apenas indicou que a aprendizagem autodirigida é uma das principais premissas da aprendizagem de adultos, mas também contribuiu para a literatura descrevendo o conceito e orientando a como implementá-lo nas relações de aprendizagem (57).

A aprendizagem autodirigida pode ser descrita como um processo:

(...) no qual os indivíduos tomam a iniciativa, com ou sem a ajuda de outros, em diagnosticar suas necessidades de aprendizagem, formulando metas de aprendizagem, identificando e recursos materiais para aprender, escolher e implementar estratégias de aprendizagem apropriadas e avaliar os resultados da aprendizagem. (...) Há muita reciprocidade entre um grupo de aprendizes autodirigidos” (58).

Até 70% da aprendizagem de adultos é autodirigida e, como tal, esse tipo de aprendizado se adapta facilmente à maioria das pessoas e seus estilos de vida. A desvantagem, no entanto, é que o processo de aprendizado é tão eficaz quanto a pessoa que o orienta. Adultos com baixa alfabetização, motivação, recursos ou mesmo confiança estão em desvantagem.

Knowles apresentou três razões para promover o auto direcionamento (58):

1. Ele argumenta que evidências convincentes revelam que aprendizes proativos, aqueles que tomam a iniciativa de aprender, aprendem mais e aprendem melhor do que aprendizes passivos ou reativos, que esperam para ser ensinados por um professor (55). De acordo com Knowles: “Eles entram em aprender mais propositalmente e com maior motivação. Eles também tendem a reter e fazer uso do que aprendem melhor e por mais tempo do que os aprendizes reativos” (58).

2. A aprendizagem autodirigida é paralela aos processos naturais de desenvolvimento psicológico (55). Segundo Knowles: “Um aspecto essencial do amadurecimento é desenvolver a capacidade de assumir uma responsabilidade crescente por nossas próprias vidas - para nos tornarmos cada vez mais auto direcionados” (58).
3. Muitos novos desenvolvimentos em educação colocam uma responsabilidade significativa sobre o aprendiz para tomar a iniciativa em seu próprio aprendizado (55). De acordo com Knowles: “Os alunos que participam desses programas sem terem aprendido as habilidades da investigação autodirigida experimentarão ansiedade, frustração e, muitas vezes, fracasso, assim como seus professores” (58).

Bates (2009) explica que nem todo mundo pode ser um aprendiz autodirigido de sucesso (59). Mas Knowles argumenta que os indivíduos podem ser ajudados a se tornarem mais auto direcionados quando recebem ferramentas, recursos, experiências e incentivos apropriados para o aprendizado (58).

Existem competências que são necessárias para se obter êxito no uso desse tipo de estratégia de aprendizado e elas incluem (58):

- a. Uma compreensão das diferenças nas hipóteses sobre os alunos e as habilidades necessárias para o aprendizado, acerca do aprendizado direcionado pelo professor e a aprendizagem autodirigida, e a capacidade de explicar essas diferenças para os outros.
- b. Um reconhecimento de si mesmo como sendo uma pessoa não dependente e autodirigida.
- c. A capacidade de se relacionar com os colegas de forma colaborativa, para vê-los como recursos para diagnosticar necessidades, planejando seu aprendizado e aprendendo, dando ajuda e recebendo.
- d. A capacidade de diagnosticar as suas próprias necessidades de aprendizagem de forma realista, com a ajuda de professores e pares.
- e. A capacidade de traduzir as necessidades de aprendizagem em objetivos de aprendizagem de uma forma que torne possível para a sua realização ser avaliada.
- f. A capacidade de se relacionar com os professores como facilitadores, ajudantes ou consultores, e iniciativa em fazer uso de seus recursos.

- g. A capacidade de identificar recursos humanos e materiais apropriados a diferentes tipos de objetivos de aprendizado.
- h. A capacidade de selecionar estratégias eficazes para utilizar recursos de aprendizagem e para estas estratégias com habilidade e com iniciativa.
- i. A capacidade de coletar e validar evidências da realização de vários tipos de objetivos de aprendizado.

A premissa da aprendizagem autodirigida foi o aspecto da andragogia que mais recebeu atenção e debate em vários dos escritos de Knowles. Ele questionava ainda se a aprendizagem autodirigida deveria ser uma meta de adultos educadores para ajudar todos os alunos adultos a se tornarem auto direcionados (60).

Knowles admitiu que algumas das de suas principais suposições poderiam se aplicar igualmente a adultos e crianças e, possivelmente, a experiência seria a principal diferença na aplicabilidade dos princípios. Isso sugere que a linha entre pedagogia e andragogia nem sempre foi tão clara sendo aceitável que esteja contido nas formulações de andragogia de Knowles o seu próprio sistema de valores (61).

#### 4.3 A INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO

A integração entre ensino-serviço deve ser vista como uma estratégia para a formação profissional de recursos humanos, especialmente para o SUS. Pizzinato e colegas discorrem que:

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se aí os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (62).

A Lei Orgânica da Saúde de 1990 traz em seu bojo que uma das competências do SUS é a ordenação da formação de recursos humanos para a saúde (9) e as Instituições de Ensino Superior (IES). Os serviços de saúde há muitos anos criam instrumentos de cooperação para viabilizar as práticas de ensino nos espaços de atenção à saúde. Toda a estratégia de fortalecimento das experiências de integração ensino-serviço representa uma ampliação das potencialidades em um processo muito maior, que é a consolidação do SUS (63).

Convém destacar que a integração ensino-serviço é uma estratégia do processo de formação profissional, porém seus objetivos ampliam-se à medida que se voltam para a

qualidade da assistência à saúde (64). Logo, na integração ensino-serviço deve ser enxergado o espaço de reflexão sobre a prática do cuidado e deve estar pautada no trabalho em equipe.

Neste contexto, o momento de imersão do estudante no cotidiano dos serviços pode trazer recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão. As experiências vivenciadas e observadas nos serviços durante as aulas práticas e estágios, devem ser aproveitadas como momento pedagógico, para refletir sobre a prática do cuidado que ali é produzida e suas repercussões, onde se inclui a maneira como se concebe o cuidado e se essa concepção se afasta ou se aproxima das manifestações presenciadas naquele espaço (64).

A integração entre as IES os serviços do SUS requer ações constituídas com base em relações horizontais e processos de trabalho conjuntos. Os acordos devem considerar interesses, necessidades e potencialidades, bem como reconhecer e lidar com a heterogeneidade de cada parte para constituir uma agenda de interesses comuns (63).

“Os espaços de diálogo entre a educação e o trabalho na saúde assumem lugar privilegiado no desenvolvimento da percepção dos alunos sobre suas escolhas profissionais” (64). Nos cenários da interface ensino-serviço, todos os atores envolvidos, com seus saberes e modos de ser e ver o mundo, fazem destes, espaços de exercício da cidadania, construindo e exercendo seus papéis na sociedade (65). As atenções voltadas para a formação a partir do processo de trabalho têm como objetivo central a transformação das práticas profissionais, estruturando-se na problematização dos elementos próprios e reais que surgem no fazer cotidiano das profissões.

A interlocução entre a formação e a assistência à saúde é capaz de oferecer mutuamente inúmeras possibilidades de saber e fazer e, sobretudo, de integração. Contudo, para a efetivação dessas ideias torna-se necessário investir na criação de espaços de diálogo entre as IES, os serviços e a comunidade, para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e na reorganização da atenção à saúde (63).

Com foco na discussão acerca dessa interação é imprescindível reconhecer que os espaços de interseção entre serviços e ensino são de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do SUS à medida que se constatarem consequências que transcendem os cenários de aprendizagem.

O conhecimento ali construído, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam como estudantes. Desse modo, são espaços privilegiados para a

transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS. Mas é neles onde também se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo configurada (64)

Oportunamente, há de se alertar que a expansão da educação e do treinamento é um componente crítico das estratégias para fortalecer a força de trabalho para o SUS, mas grande parte de sua eficácia será perdida se não for complementada com políticas para reter os graduados e proporcionar-lhes trabalho em condições que lhes permitam usar seus conhecimentos e habilidades de forma produtiva.

Por fim, convém correlacionar na perspectiva da aprendizagem autodirigida com a integração ensino-serviço o trazido por Albuquerque e colegas, quando dizem:

O currículo integrado valoriza o espaço de articulação entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, **devendo o estudante refletir sobre sua ação e a realidade em que está inserido**, buscando problematizar o seu cotidiano, **tomando o que tem para ser aprendido como mola propulsora do processo de formação**, na perspectiva de uma aprendizagem crítica e reflexiva (64 **grifo nosso**).

#### 4.3.1 Educação Permanente em Saúde

Profissionais de saúde, docentes e estudantes devem estar inseridos nas estratégias de educação permanente, tendo em vista melhorar a formação e fortalecer o SUS. Neste contexto, se assume que não é possível pensar a interação entre ensino e trabalho sem remeter-se à educação permanente.

Isto porque a educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (64).

Quando se fala em educação permanente convém resgatar que ao longo dos anos a literatura seguiu registrando expressões e terminologias como ‘educação continuada’ e ‘educação permanente’, por exemplo que, embora graficamente diferentes, são terminologias que mantêm significados semelhantes. Convergem o entendimento de aprendizado que se faz no ato de andar da vida, dando ideia de sequência ao ato de aprender e ensinar, que se faz monitorado por facilitadores envolvidos com transmissão de saberes formais (66). Adicionalmente, o documento do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente esclarece:

(...) A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e no seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (...) As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (67).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tornou-se em 2004 uma política nacional, estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema (66-67).

A aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais embasam a EPS que se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações (66). A EPS:

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (68).

Transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços é a finalidade precípua da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (68).

#### 4.4 O PAPEL DO PRECEPTOR

A maioria dos programas educacionais e de saúde depende de preceptores para facilitar a transição do residente para profissional em definitivo. A preceptoria é definida como um modelo de ensino-aprendizagem, em que um preceptor experiente guia um aluno-profissional inexperiente por meio de seu treinamento prático (69). Os estudantes tutorados estão no processo de aprender a 'cultura ou maneira' e internalizar as normas e os valores profissionais do grupo à medida que se desenvolvem na profissão. Neste processo, os alunos adquirem conhecimento, habilidades, competência, confiança, valores, ética e uma infinidade de atributos para fazer a transição para o papel definitivo de profissional. Ainda neste contexto, o percurso também possui um componente de socialização que ocorre por meio do comportamento de observação e modelagem de papéis no ambiente de aprendizagem (70).

Para desenvolver no residente as competências preconizadas, é importante que o preceptor as conheça, tenha sido formado em consonância com as mesmas e compreenda sua importância. Embora a experiência e a proficiência sejam importantes, o relacionamento de preceptoria tem um componente de cuidado considerável. A relação entre preceptor e estudante simboliza o cuidado expresso em ações e palavras humanas. Uma força de trabalho de preceptor atencioso e solidário pode ajudar a fazer a transição de estudantes para especialistas, aprimorando o senso de pertencimento dos estudantes à profissão (69). Alguns estudos têm explorado a transição malsucedida de estudante para profissional, que geralmente é acompanhada predominantemente por baixa produtividade, baixa moral, falta de satisfação no trabalho, aumento do absenteísmo, aumento de erro e no estágio avançado da carreira, a manifestação da Síndrome de Burnout (71).

Assim, o papel do preceptor deve se adaptar às diversas necessidades de aprendizagem e ao complexo ambiente de saúde e, neste interim deve considerar peculiaridades da educação na saúde para a formação de profissionais, de modo a orientar as atividades educacionais para o desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção primária à saúde no SUS.

Quando implementada a preceptoria no Brasil, em 2001, foi estabelecido que o treinamento e desenvolvimento dos profissionais de saúde deveriam ocorrer em diferentes níveis de atenção e em diversos contextos do SUS, principalmente na atenção primária (3). Assim, a preceptoria no SUS deve ocorrer tal como sempre preconizada: em contextos clínicos no sistema de saúde, permitindo que os alunos vivenciem, interajam com a equipe profissional

e sejam expostos à realidade das comunidades, estabelecendo uma conexão entre o que é aprendido na área médica e necessidades de cuidados de saúde da sociedade (3).

Novamente, destaca-se que o residente sem uma adequada preceptoria, acaba exposto à má prática e pode apresentar um processo catártico de “desaprender”. Este é um fator predisponente para a ausência de encantamento quanto ao trabalho na saúde pública e a dificuldade de fixação do profissional no SUS.

A capacitação do preceptor é um desafio importante para as diversas funções demandadas na formação do médico residente em Medicina de Família e Comunidade. Sua função de mediador dos diferentes níveis de competências que devem ser adquiridas aponta para a necessidade de estabelecer relações andragógicas, ou seja, relações que conduzam à aprendizagem prática do residente, para o desenvolvimento do “ser” médico de família e comunidade.



## 5 ANÁLISE DOS PLANOS DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES

Este capítulo tem como foco a análise dos Planos de Curso de Formação de Preceptores desenvolvidos por três instituições que têm se destacado nessa área atualmente no país: a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Hospital Sírio Libanês (HSL) e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). De acordo com os objetivos desse estudo, tal análise considerou os seguintes elementos:

- a) ano de implementação;
- b) número de turmas e preceptores formados;
- c) carga horária;
- d) objetivos;
- e) perfil desejado do egresso;
- f) estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso; e
- g) abordagem pedagógica (conceitos e estratégias) presentes.

### 5.1 CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM)

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) é uma entidade da sociedade civil de âmbito nacional com personalidade jurídica própria, de duração ilimitada, considerada de utilidade pública pelo Decreto nº 64.751, de 23 de maio de 1969, da Presidência da República. É composta por sócios institucionais, Centros, Faculdades, Escolas, Instituições e Cursos vinculados à educação médica, individuais, honorários e beneméritos.

Em seu Estatuto, fixa os seguintes objetivos: (a) Aprimoramento da educação médica; (b) Aperfeiçoamento dos métodos de ensino; (c) Apoio e aperfeiçoamento da pesquisa científica; (d) Aperfeiçoamento contínuo do pessoal docente; (e) Contribuição para educação continuada dos profissionais de saúde; (f) Estabelecimento das relações de cooperação com representações discentes; (g) Desenvolvimento de estudos sobre requisitos mínimos de credenciamento para serviços de saúde; (h) Aperfeiçoamento da organização técnica e administrativa das escolas médicas e de saúde pública; (i) Relacionamento com as instituições congêneres das demais profissões de saúde; (j) Participação, colaboração e/ou crítica junto aos órgãos de educação e saúde do país; (k) Assessoria relacionadas ao ensino médico; e (l) Defesa dos interesses das instituições associadas (72).

Tem como missão “desenvolver a Educação Médica visando à formação de um profissional capaz de atender as necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”, e sua visão é “ser reconhecida como a principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante de seus associados, influenciando as políticas públicas de educação em saúde” (72).

#### 5.1.1 Um pouco da história do projeto de Formação em Preceptoría Médica da ABEM

Durante a gestão de 2010-2012, a ABEM buscou estruturar uma rede de Centros Colaboradores em Educação Médica para o SUS, visando à capacitação de gestores, docentes e preceptores para atuarem no processo de aprendizagem nas práticas de saúde. Esta iniciativa buscava dar encaminhamento para a Carta Acordo BR/LOA/1121.001 assinada em 28 de setembro de 2010 com o Ministério da Saúde. Os recursos foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) (72).

O projeto, em sua primeira fase (2010 a 2012), previa a concepção, planejamento e realização de um programa de desenvolvimento de competências pedagógicas para a prática da Preceptoría na Residência Médica, pautado pelos princípios do SUS, pelas competências gerais das DCNs do curso de Graduação em medicina e direcionado aos programas vinculados ao Pró-Residência<sup>5</sup>.

Em 2013, na intersecção entre a primeira e a segunda fase, foi ampliado o referencial bibliográfico de apoio às ações do processo de ensino-aprendizagem, ocorreu a sistematização dos produtos das experiências vivenciadas na primeira fase. Tais produtos incluíram apresentação em congressos, periódicos e a produção e publicação do volume especial do Caderno ABEM, que tinha o intuito de divulgar os conhecimentos produzidos ao decorrer do curso, que versavam sobre a proposta de construção coletiva de enfrentamento dos problemas identificados pelos preceptores, e representavam oportunidades de intervenção na

---

<sup>5</sup> O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica), instituído em 2009 pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC), tem o objetivo de favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS. Para tanto, utiliza-se principalmente da oferta de bolsas de residência médica. Também provê incentivo financeiro para instituições que ampliem vagas de residência médica e oferta cooperação técnica e apoio matricial para abertura de novas vagas de residência (73).

realidade local da Residência médica, com a implementação de mudanças prioritárias e essenciais (72).

Na segunda fase (2014 a 2016), foram ampliadas e consolidadas as ações de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para Tutores e Preceptores, considerando as necessidades identificadas pelos Ministérios da Educação e Saúde, fortalecendo as políticas públicas até então vigentes e as ações da ABEM para desenvolvimento da Educação Médica. Nesta fase, o Caderno de Ensino de Tutores foi planejado e publicado, sendo o resultado da validação do planejamento educacional do Curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoria e Docência. Neste momento, houve a integração do SIG Educação Médica/Preceptoria, grupo de Interesse Especial (*Special Interest Group*), vinculado à Rede Universitária de Telemedicina (Rede RUTE), que tinha como foco a busca por profissionais de saúde com interesse na temática (72).

Ao final da segunda fase, o Projeto de Formação em Preceptoria Médica da ABEM alcançou alguns resultados, apresentados no Quadro 3.

**Quadro 3: Resultados alcançados pelo Projeto de Formação em Preceptoria Médica da ABEM entre 2010 e 2016**

|  |  |
|--|--|
| <b>Alcance Geográfico</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos nas 5 Macro Regiões do Brasil, em 19 estados</li> <li>• 8 Regionais da ABEM</li> <li>• Centros em 20 Instituições Públicas de Ensino Superior</li> <li>• Preceptores em todos os Estados da Federação</li> <li>• Alcance de mais 4 países: Argentina, Colômbia, Cuba e Paraguai</li> </ul>   |
| <b>Pessoas Envolvidas</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 membros de Núcleo Docente Estruturante (NDE)</li> <li>• 304 Preceptores Certificados na Fase I</li> <li>• 570 Preceptores em processo de certificação na Fase II</li> <li>• 1870 inscritos nas Fase I e II</li> </ul>  |
| <b>Processos e Produtos Educacionais</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 núcleos EaD (Educação à Distância)</li> <li>• 560 horas de Formação de Tutores (2 cursos)</li> <li>• 6.120 horas de Formação de Preceptores (34 cursos)</li> <li>• Publicação do livro “Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação”</li> <li>• Caderno ABEM “O Preceptor por Ele Mesmo”</li> <li>• Caderno de Ensino do Tutor</li> </ul> |
| <b>Abrangência de Políticas Públicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pró-Residência</li> <li>• Programa Mais Médicos</li> <li>• Expansão das Escolas Médicas</li> <li>• TeleSaúde</li> <li>• Rede RUTE e SIGs Colaborativos</li> </ul>   |

Fonte: Elaboração própria a partir de 72.

### 5.1.2 Estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso

Segundo o Plano de Curso em Preceptorial Médica da ABEM, o mesmo se propõe a experimentar o tutor na prática (72). O planejamento embasou-se e foi remodelado a partir de experiências, dados, fatos, reflexões e teoria aplicada, utilizando evidência validada da literatura. Uma das influências foi John Dewey, considerado um dos maiores pedagogos do século XX, e sua afirmação de que a experiência tem dois aspectos: o imediato, que pode ser agradável ou desagradável; e o mediato, que é a sua influência sobre experiências posteriores. Sendo assim, o problema central da educação alicerçada em experiência é “(...) a seleção das experiências presentes, que devem ser do tipo que irão influir frutífera e criativamente nas experiências subsequentes” (74).

Entretanto, nem todas as experiências são igualmente educativas. Algumas são inadequadas ao processo educativo, gerando indiferença e insensibilidade, limitando assim, as possibilidades de novas experiências. Dewey descreve que:

Uma experiência pode ser imediatamente prazerosa e, mesmo assim, contribuir para a formação de uma atitude negligente, preguiçosa (...), outras podem ser tão desconectadas umas das outras que, embora agradáveis e até excitantes, não se articulam cumulativamente. A energia se dissipa e a pessoa se torna dispersa (74).

Transformar a experiência em recurso para a aprendizagem exige, necessariamente, a prática reflexiva, ponte entre a sensação e a cognição, dando sentido e significado à experiência vivida e relacionando-a às suas práticas em educação. O Curso em Preceptorial Médica da ABEM traz a experiência como elemento central da organização pedagógica, o que influenciou a estruturação do currículo e o planejamento das atividades. Dessa maneira, propõe-se a trabalhar na incerteza, de maneira intencional, através do desenvolvimento de flexibilidade e da capacidade de reorganização de planejamentos educacionais de acordo com a necessidade de aprendizagem de um grupo (72).

Nesse sentido, os objetivos do Curso envolvem o desenvolvimento de competências pedagógicas e o crescimento individual e coletivo na prática de preceptorial, prezando por um ambiente de prática educacional coerente e de construção de vínculos significativos entre os sujeitos envolvidos no ato educativo. Como resultado, o Plano de Curso prevê a formação de egressos transformados pela experiência educativa e mais aptos a lidar com a realidade e as incertezas que atravessam os cenários de práticas (72).

A estrutura do Curso se baseia no modelo de aprendizagem colaborativa, transitando entre o ambiente presencial e o virtual. As turmas variam entre 18 e 40 participantes, sendo 30 o número apontado como ideal. A relação ideal relatada entre tutor e alunos é de 12 a 15 alunos para cada tutor. A carga horária total é de 180 horas, sendo distribuída em 60 horas de atividades presenciais e o restante em ambiente virtual e a duração total do curso deve variar entre quatro e seis meses (72).

A trajetória formativa do Curso foi estruturada a partir de três eixos: cuidado, educação e gestão (72). A partir deles, foram elencados componentes prioritários, como mostra o Quadro 4Quadro 1.

**Quadro 4: Eixos estruturantes e componentes do Curso em Preceptoría Médica da ABEM**

| EIXOS ESTRUTURANTES  | COMPONENTES   |
|----------------------|---|
| <b>Eixo Cuidado</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de Atenção Integral</li> <li>• Diretrizes, Princípios e Orientações do SUS</li> <li>• Interdisciplinaridade</li> <li>• Redes de Cuidado</li> </ul>  |
| <b>Eixo Educação</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andragogia</li> <li>• Concepções Pedagógicas</li> <li>• Diretrizes Curriculares Nacionais</li> <li>• Metodologias de Ensino</li> <li>• Educação à Distância</li> <li>• Educação em Cenário de prática</li> <li>• Princípios da Grupalidade</li> <li>• Educação Permanente</li> <li>• Arte e Criatividade</li> <li>• Avaliação</li> </ul> |
| <b>Eixo Gestão</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão de Pessoas</li> <li>• Gestão da Educação na Saúde</li> <li>• Planejamento Educacional</li> <li>• Gestão do Tempo</li> <li>• Gerenciamento de Conflitos</li> <li>• Gestão de Projetos</li> </ul>   |

Fonte: Elaboração própria a partir de 74.

### 5.1.3 Abordagem pedagógica (conceitos e estratégias)

O Curso em Preceptoria Médica da ABEM se propõe a utilizar a abordagem pedagógica crítico-reflexiva como norteadora e a problematização como método pedagógico principal. A problematização tem sido proposta: “(...) como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade” (75).

No plano do curso se encontra a afirmação de que a perspectiva de Paulo Freire foi escolhida como referencial e que o método da problematização foi eleito como estruturador da atividade docente. Segundo o curso da ABEM: “Não estamos propondo dogmas ou doutrinas da educação e sim a experiência sensível de ser educador, com singeleza, generosidade, abertura, fundamento, confiando que ‘viver educação’ é muito mais potente para se ‘saber educador’ do que falar sobre educação” (72).

Assim, o objetivo do curso seria preparar os preceptores, através do contato com suas realidades, para a identificação e priorização de problemas, buscando sair do senso comum para a apropriação de teoria e hipóteses de solução, até alcançar a possibilidade de elaborar seus pensamentos, e, ao agir, transformar sua própria realidade (72).

Paulo Freire estimula o cuidado com o espaço de aprendizagem, a coerência entre intenção e gesto do educador e a importância de sua alegria e boniteza (76), quando afirma:

Que a atividade docente de que a discente não se separa, é uma experiência alegre por natureza. É falso também tomar como inconciliáveis a seriedade docente e a alegria, como se a alegria fosse inimiga da rigorosidade. Pelo contrário, quanto mais metodicamente rigoroso me torno na minha busca e na minha docência, tanto mais alegre me sinto e esperançoso também. A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca. E ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria (76).

Tanto na abordagem de Freire quanto na de Dewey, o educando é um ser integral, para quem cognição, afeto e sociabilidade estão entrelaçados. É, portanto, a educação uma prática integral onde compreender e interpretar o mundo são processos que envolvem as dimensões sócio-cognitiva e sócio-afetiva, definindo a sua vinculação aos processos comunicacionais e grupais. Se o trabalho é uma prática social, e a educação um ato social, é necessário considerar a interação social, promotora de vínculo, como facilitadora e impulsionadora da aprendizagem para o trabalho.

As estratégias pedagógicas propostas pelo Curso em Preceptoría Médica da ABEM se baseiam nas Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, apresentadas no Quadro 5.

**Quadro 5: Estratégias pedagógicas propostas pelo Curso em Preceptoría Médica da ABEM**

| <b>TIPO</b>                   | <b>ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS</b> |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Estratégias grupais</b>    | Dinâmicas de Grupo             |
|                               | Panorama Sobe e Desce          |
|                               | Construção de Perfis           |
| <b>Estratégias dialógicas</b> | Exposição Dialogada            |
|                               | Sistematização em Flip Chart   |
|                               | Situações Problema             |
|                               | Construção de Narrativas       |
| <b>Estratégias lúdicas</b>    | Dramatizações                  |
|                               | Vídeos, músicas e filmes       |
|                               | Cirandas                       |
|                               | Jogos                          |

Fonte: Elaboração própria a partir de 72.

Segundo consta no Plano de Curso em Preceptoría Médica da ABEM (2016), as atividades pedagógicas autodirigidas buscam estimular a busca ativa do conhecimento e as vivências em diferentes grupos no momento presencial buscam favorecer a integração e o desenvolvimento de capacidades colaborativas para o trabalho em equipe.

Esta variedade de estratégias de ensino-aprendizagem facilitam a produção de sentido, ao mesmo tempo em que promovem um equilíbrio instável de certezas e a busca por caminhos criativos de solução, e por consequência, dinamizam as potencialidades como seres humanos (72).

O Plano de Curso em Preceptoría Médica da ABEM preconiza um processo avaliativo formativo contínuo, para observação do deslocamento individual neste processo e com intuito de aprimorar as estratégias de ensino adotadas pelo curso (72).

O conceito de competência que norteia a prática do referido curso foi elaborado através de autores como Hernandez, Hager e Gonczi e Perrenoud, e definido como a capacidade

circunstancial de mobilizar articuladamente diferentes recursos (cognitivos, psicomotores, afetivos) que permitam abordar/resolver situações complexas referentes à prática profissional. Perrenoud contribui ainda, inspirando os autores a elencar os 10 domínios de competências considerados prioritários na formação continuada de educadores no século XXI (77) (Quadro 6).

**Quadro 6: Dez domínios de competências considerados prioritários na formação continuada de educadores no século XXI segundo Perrenoud (2008)**

| DOMÍNIOS   | PRINCÍPIOS E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM  |
|--|--|
| <b>Organizar e dirigir situações de aprendizagem</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Focada no aprendiz</li> <li>• Com princípios de Equidade</li> <li>• Com respeito à Diversidade</li> <li>• Tendo por base a mediação</li> <li>• Elencando um Contrato de Convivência (regras e consenso do grupo)</li> <li>• Identificando necessidades específicas do grupo</li> <li>• Liderando os presentes para a construção da identidade grupal</li> <li>• Exercitando a inclusão de integrantes retardatários</li> </ul>  |
| <b>Administrar a progressão da aprendizagem</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando a individualização do processo de formação</li> <li>• Propiciando a experimentação de diversos papéis em pequenos grupos</li> <li>• Gerindo o tempo</li> <li>• Realizando relatoria</li> <li>• Oferecendo feedback oportuno</li> <li>• Valorizando potencialidades e desafios</li> </ul>   |
| <b>Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando os princípios da avaliação formativa</li> <li>• Garantindo o foco no objetivo da atividade</li> <li>• Desenvolvendo tolerância na diversidade</li> <li>• Refletindo a experiência individual sem perder a dimensão do produto do grupo</li> <li>• Mediando a partir de pressupostos teóricos que respaldam o curso</li> <li>• Integrando as diferentes contribuições para o produto coletivo</li> <li>• Conscientizando sobre os desafios de atuar num sistema sob supervisão</li> <li>• Tendo domínio dos aspectos afetivos e relacionais</li> <li>• Estimulando a cooperação</li> <li>• Incentivando a reflexão sobre a experiência</li> </ul> |
| <b>Envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trazendo a experiência de formação para o universo da atuação profissional</li> <li>• Facilitando a construção na complementariedade das ideias</li> <li>• Coordenando a comunicação de forma a facilitar a produção do grupo, traduzindo as necessidades individuais e explicitando a convergência entre elas</li> <li>• Mediando conflitos e favorecendo consenso</li> <li>• Promovendo a inclusão e o pertencimento</li> <li>• Identificando projetos pessoais de aprendizagem</li> <li>• Desenvolvendo no aluno a capacidade de auto avaliação</li> </ul>   |



| <b>DOMÍNIOS</b>   | <b>PRINCÍPIOS E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM</b>  |
|---|---|
| <b>Trabalhar em equipe</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entendendo que a cooperação é um valor profissional</li> <li>• Abrindo mão da individualidade e o desprendimento de experimentar</li> <li>• Alinhando os ritmos</li> <li>• Trabalhando a comunicação verbal e não verbal</li> <li>• Adaptando a atividade à realidade dos participantes</li> <li>• Desenvolvendo corresponsabilidade</li> <li>• Identificando problemas que requerem cooperação intensiva</li> <li>• Reconhecendo, analisando e lidando com componentes resistentes com olhar compreensivo e apreciativo</li> <li>• Elaborando e implantando projetos comuns</li> <li>• Experimentando alternância na gestão e liderança</li> <li>• Administrando crises ou conflitos interpessoais</li> </ul> |
| <b>Participar da administração do projeto do curso</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sendo proativo e protagonista no processo de ensino aprendizagem</li> <li>• Organizando previamente o ambiente e os materiais</li> <li>• Gerindo a logística complexa de grupos trabalhando em pequenos grupos</li> <li>• Estimulando a criatividade no desenvolvimento das atividades</li> <li>• Estimulando a autonomia</li> <li>• Identificando os riscos de compartilhar responsabilidades e compatibilizar objetivos</li> <li>• Promovendo o prazer do processo educacional com significado referido no foco da atividade</li> </ul>  |
| <b>Informar e envolver responsáveis</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando pessoas chave</li> <li>• Comunicando-se com grande público na presença de outras hierarquias institucionais</li> <li>• Lidar com o imprevisto e o imprevisto</li> </ul>  |
| <b>Utilizar novas tecnologias</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorando as potencialidades didáticas do instrumental de ensino disponível de forma coerente com o alcance dos objetivos de aprendizagem</li> <li>• Formando para a utilização de novas tecnologias da informação e comunicação</li> <li>• Desenvolvendo a capacidade de fazer escolhas</li> <li>• Comunicando-se à distância de forma pessoal e comprometida</li> <li>• Reconhecendo limites e buscando ajuda</li> <li>• Sendo flexível com os diferentes “caminhos e tempos”</li> </ul>  |
| <b>Enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfrentando abertamente a contradição entre os valores que afirma, sua prática e os costumes da sociedade em que vive</li> <li>• Exercitando a reflexão</li> <li>• Reconhecendo seu lugar na integração entre teoria e prática</li> <li>• Respeitando o debate sem julgamentos</li> <li>• Observando que cada opção pedagógica traz em si consequências</li> <li>• Valorizando o protagonismo dos participantes na mediação de suas argumentações</li> <li>• Tomando consciência do processo e construindo valores</li> <li>• Criando identidade coletiva cidadã</li> <li>• Lidando com o preconceito</li> <li>• Desenvolvendo senso de responsabilidade, solidariedade e de justiça</li> </ul>                |

| DOMÍNIOS   | PRINCÍPIOS E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM   |
|--|---|
| <b>Administrar sua própria formação contínua</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscando pela atualização e desenvolvimento</li> <li>• Auditando seu próprio desempenho</li> <li>• Refletindo a prática em ambiente protegido</li> <li>• Analisando seu desempenho no processo de formação</li> <li>• Explicitando a própria prática</li> <li>• Identificando desafios e potencialidades para o aprimoramento do desempenho</li> <li>• Desenvolvendo o projeto pessoal de aprimoramento</li> <li>• Desenvolvendo uma prática reflexiva sistemática</li> <li>• Recebendo e ofertando feedback</li> <li>• Consolidando aprendizagens conquistadas</li> <li>• Reconhecendo seu lugar na equipe</li> <li>• Valorizando o trabalho em equipe</li> </ul> |

Fonte: Elaboração própria a partir de 77.

A partir de um diagnóstico de que os sistemas educativos formais tendem a privilegiar o acesso ao conhecimento em detrimento de outras formas de aprendizagem, o Plano de Curso em Preceptoria Médica da ABEM priorizou desenvolver competências na interface cuidado-educação e influenciar práticas individuais e coletivas, concebendo a educação de maneira integrativa. A fundamentação pedagógica do Plano do Curso está sedimentada na perspectiva da andragogia, definida por Knowles como a arte e ciência de orientar adultos a aprender, como já abordado neste estudo (78).

Nessa perspectiva, ensino e aprendizagem são considerados passos dialéticos e inseparáveis, que solidariamente se fundem e geram um processo único e contínuo que Bleger denominou de “ensinagem” (79).

A experiência pedagógica tem uma capacidade digna de nota, para despertar, estimular e desenvolver nas pessoas, o gosto da alegria, sem a qual a própria prática perde o sentido (76). Na intenção de oportunizar experiências positivas, promotoras de aprendizado coerente com a prática de preceptoria, coletivamente vivenciadas e refletidas, o Plano do Curso se apoiou em dois autores que sustentam os conceitos relacionados à vínculo e constituição de grupos operativos com foco na educação.

Pichon-Rivière define o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isto, em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (80). A organização do mesmo se dá de maneira “objetiva” e “subjéctiva”, e envolve racionalidade e afetividade. A aprendizagem em si se relaciona tanto com os objetivos racionais do grupo, quanto com as suas ansiedades, medos e prazeres.

Grupos têm uma tarefa externa e uma interna. A externa é aquela delimitada pelos seus objetivos conscientes, enquanto a interna é justamente elaborar as relações no e do grupo, para que este consiga realizar o seu trabalho. Ao formular seus objetivos, o grupo se propõe a uma mudança, mas ao mesmo tempo resiste a ela, pois o medo de mudar provoca entraves emocionais à aprendizagem e à comunicação (80).

A identificação entre os membros do grupo facilita a aprendizagem, tornando o mesmo um campo de aprendizagem. Já o trabalho, visa a integrar a verticalidade, que se refere à história de cada participante, e a horizontalidade, que se refere ao “campo grupal” ou à história coletiva (72).

O grupo é uma rede de vínculos entre os participantes e entre estes e o educador. Na obra “Teoria do Vínculo”, Pichon-Rivière fala de uma “maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com os outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento, chamado vínculo” (80).

Madalena Freire, filha do patrono da educação brasileira, Paulo Freire, reforça a existência de passos para a elaboração de uma rotina que estruture o tempo, o espaço e as atividades educacionais (81), como mostra o Quadro 7.

**Quadro 7: Atividades que favorecem a construção de uma rotina de grupo no processo de ensino-aprendizagem**

| <b>ATIVIDADES</b>   | <b>PROPÓSITOS</b>  |
|---|--|
| <b>Comer juntos</b>   | Comendo juntos, afetos são simbolizados e expressos. É uma forma de conhecer o outro e a si próprio. Permite a vivência de um ritual de ofertas, exercício de generosidade, momento de cuidado e atenção, além de ser uma atividade altamente socializadora. |
| <b>Ter disciplina de trabalho</b>                                     | Estar alicerçado em uma rotina regida por combinados e compromissos que identificam o grupo.   |
| <b>Exercitar a rotina pedagógica</b>                                  | Buscar atender as necessidades individuais e do grupo de forma flexível, mutável e viva  |
| <b>Executar as tarefas com objetivo de construção do conhecimento</b> | Trabalhar a apropriação do que já se sabe e a construção do que ainda não se conhece. Construção da ação e da mudança de maneira progressivamente mais complexa.   |

Fonte: Elaboração própria a partir de (81).

Tais atividades foram identificadas dentre as estratégias pedagógicas do curso analisado. A teoria da educação aplicada neste contexto demonstra que a experiência que capacita é aquela sobre a qual se reflete, e que trocar de lugar é importante, pois ensina.

## 5.2 CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS (HSL)

### 5.2.1 Um pouco da história do Curso

Com o estabelecimento das políticas públicas de indução para a graduação e pós-graduação pelo Ministério da Saúde, fortaleceu-se a pactuação das iniciativas educacionais vinculadas ao Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI<sup>6</sup>), favorecendo a formação em preceptoría.

Um dos parceiros do Ministério da Saúde no PROADI é o Hospital Sírio-Libanês, que vem desenvolvendo um conjunto de iniciativas educacionais articuladas no Projeto de Apoio ao SUS executado pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL).

A definição e articulação das iniciativas do Projeto de Apoio ao SUS conta com a participação de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de Instituições de Ensino Superior do país.

Os cursos de formação estão voltados à transferência de tecnologia educacional para seus participantes, com vistas à produção de movimentos multiplicadores na formação e capacitação de profissionais de saúde, no contexto do SUS.

A importância deste momento histórico apresenta-se na observação de que a capacitação de preceptores é considerada fator crítico de sucesso na integração ensino-serviço e no desenvolvimento do SUS.

Segundo Lima e colegas (84), por meio do PROADI, a parceria do HSL/MS entregou entre 2009 e 2014:

- 22 cursos de especialização, com a certificação de 10.272 especialistas;
- 17 cursos de aperfeiçoamento, com a certificação de 8.867 pós-graduandos;
- 1.384 projetos aplicativos, desenvolvidos em 372 regiões de saúde;
- 16.395 Trabalhos de Conclusão de Curso.

Para o triênio 2015-17, as iniciativas educacionais dos Projetos de Apoio ao SUS abrangeram as frentes apresentadas no Quadro 8.

---

<sup>6</sup> Portarias GM/MS nº 3.276 de dezembro de 2007 (82) e GM/MS nº 936 de 27 de abril de 2011 (83) que regulamentam o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS.

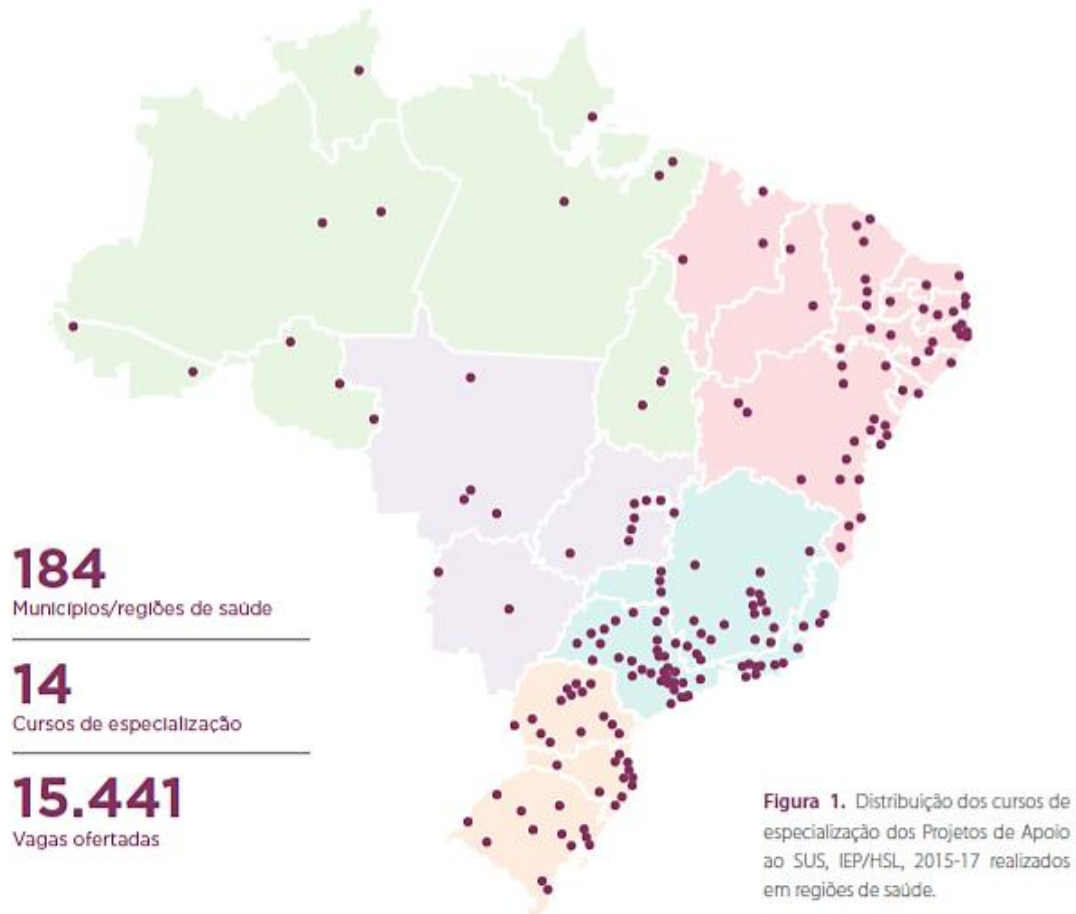
**Quadro 8: Iniciativas Educacionais dos Projetos de Apoio ao SUS**

| EDIÇÕES   | INICIATIVAS  |
|---|--|
| <b>Uma edição para três cursos de especialização:</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ao Paciente Crítico</li> <li>• Gestão Federal do SUS</li> <li>• Direito Sanitário</li> </ul>  |
| <b>Duas edições para onze cursos de especialização</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde</li> <li>• Regulação em Saúde no SUS</li> <li>• Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente - QSCP</li> <li>• Gestão da Vigilância Sanitária - GVISA</li> <li>• Vigilância em Saúde - EVS</li> <li>• Gestão de Emergências em Saúde Pública - GESP</li> <li>• Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências - ESPIE</li> <li>• Gestão de Hospitais Universitários Federais - GHUF</li> <li>• Preceptoria de Residência Médica - PRECEPRM</li> <li>• Preceptoria no SUS - PSUS</li> <li>• Processos Educacionais na Saúde - EPES</li> </ul> |
| <b>Duas edições para quatro cursos de aperfeiçoamento</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde Baseada em Evidências</li> <li>• Direito à Saúde Baseada em Evidências</li> <li>• Gestão de Programas de Residência Médica - GPRM</li> <li>• Processos Educacionais na Saúde - APES</li> </ul>  |
| <b>Duas edições para um curso de atualização<br/>Duas turmas no mestrado profissional</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos da Atenção Básica</li> <li>• Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde – MGTIS</li> </ul>   |

Fonte: Elaboração própria a partir de 84.

## Figura 1: Distribuição dos cursos de especialização no triênio 2015-17 nas regiões do Brasil

O mapa das regiões brasileiras apresenta uma ilustração gráfica da distribuição dos cursos de especialização no triênio 2015-17 nas regiões do país.



Fonte: 84.

Optou-se por descentralizar no triênio 2015-17, onze das quatorze iniciativas pactuadas e que estão sendo desenvolvidas, objetivando uma melhor relação custo-efetividade para a iniciativa, um menor deslocamento de pessoas, a transferência de tecnologia educacional para os locais onde os cursos são realizados, e o atendimento às demandas e necessidades apontadas pelos parceiros e gestores das regiões de saúde (84).

Os cursos de preceptoria de residência médica e preceptoria no SUS foram oferecidos em 168 municípios de todas as regiões do país, contemplando 50 deles na primeira edição, com a oferta de 1000 vagas para especializandos e 118 municípios na segunda, com a oferta do dobro de vagas (84). Os profissionais que receberam esta formação foram indicados pelos gestores locais e selecionados pelo IEP/HSL, a partir de um processo que incluiu a análise do memorial profissional, currículo e declaração de disponibilidade e interesse para participar da respectiva iniciativa (84).

O projeto trabalha com perfis de competências a serem adquiridos ou refinados. Para tanto, elencou docentes autores e especialistas, responsáveis por conteúdos específicos das áreas de cada perfil de competência. Os especialistas participam da elaboração de atividades e materiais didáticos, sendo referência, no seu campo de atuação, para gestores de aprendizagem, facilitadores de aprendizagem e especializandos. Os docentes que atuam diretamente com os especializandos são chamados de facilitadores de aprendizagem e devem dominar as estratégias e metodologias pedagógicas empregadas na iniciativa educacional (84).

No triênio 2015-17, o IEP/HSL formou 54 gestores de aprendizagem, responsáveis pela capacitação de 320 facilitadores de aprendizagem na primeira edição dos cursos e potenciais 450 na segunda edição. Além desses docentes, no projeto estão envolvidos mais de 40 especialistas e autores (84).

Na gestão, um conjunto de 14 profissionais atua na coordenação dos cursos, no apoio matricial às regiões onde as iniciativas são desenvolvidas e na facilitação de encontros de Educação Permanente (EP) dos gestores de aprendizagem. A EP é desenvolvida em reuniões de planejamento, avaliação e reflexão, com docentes e gestores acadêmicos, desde o início até o término da iniciativa. Nela, ocorre a sistematização e análise das aprendizagens, avaliações de produtos realizados (84).

A EP amplia o comprometimento de todos com o estímulo a uma cultura interna de avaliação crítica e reflexiva, produzindo movimentos ascendentes e descendentes de criação e transformação de uma ou de um conjunto de iniciativas educacionais, nos contextos específicos das realidades onde são desenvolvidas (84).

## 5.2.2 Estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso

A construção do curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS se deu a partir do diálogo com o perfil de competência do preceptor a ser capacitado e a identificação de macroproblemas no exercício da preceptoria no contexto do próprio SUS, de acordo com Lima e colegas (84).

### 5.2.2.1 *Os macroproblemas no âmbito da preceptoria no SUS*

O Plano de Curso analisado apresenta alguns desafios da preceptoria de Residência Médica no SUS a partir dos macroproblemas apresentados no Quadro 9.

**Quadro 9: Macroproblemas no âmbito da preceptoria no SUS**

| MACROPROBLEMA   | DESCRIÇÃO  |
|---|--|
| <b>Modelo hegemônico de formação médica focado na dimensão biológica e no cuidado hospitalar</b>    | A excessiva fragmentação dos conhecimentos somada à redução da saúde à sua dimensão biológica e à priorização dos serviços hospitalares, como lócus do ensino e do cuidado, dificultam a contextualização do processo saúde-doença e a inclusão de suas dimensões subjetiva e social, tanto na identificação de necessidades de saúde como na elaboração de planos de cuidado.   |
| <b>Desarticulação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde</b>                       | O distanciamento na área da saúde entre os mundos do trabalho e do ensino e a pouca valorização dos problemas do trabalho como disparadores da aprendizagem dificultam a orientação da formação para o enfrentamento das necessidades de saúde da sociedade e a construção de compromissos compartilhados entre essas instituições no ordenamento e na formação de profissionais de saúde para o SUS.  |
| <b>Baixo grau de articulação dos programas de residência médica com as redes de atenção à saúde</b> | A resistência à inserção de residentes e docentes no cotidiano dos diferentes cenários do trabalho em saúde; a pouca aproximação da academia em relação aos problemas do SUS; a baixa ou nenhuma participação de outros profissionais de saúde na capacitação de residentes médicos; o insuficiente reconhecimento, pela universidade, dos serviços como espaços produtores de conhecimento e dos preceptores como educadores geram obstáculos à articulação dos programas de residência médica às redes de atenção à saúde. |
| <b>Incipiente utilização de tecnologias educacionais que potencializam a aprendizagem</b>           | A utilização de métodos tradicionais de ensino-aprendizagem, baseados na transmissão de informações e voltados à memorização do conhecimento, dificultam o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, comprometido com a transformação da realidade.   |
| <b>Baixa valorização das atividades de preceptoria nos diferentes cenários do SUS</b>               | Processos inexistentes ou pouco efetivos de capacitação pedagógica para a prática da preceptoria; escassas iniciativas de reconhecimento da atuação daqueles que se dedicam ao cuidado e ao ensino; insuficiente infraestrutura nas unidades de saúde para as atividades de preceptoria e o precário reconhecimento, pela academia, do SUS como cenário privilegiado para a formação em saúde conferem uma baixa legitimidade da preceptoria nesse cenário.  |

Fonte: Elaboração própria a partir de 84.

#### 5.2.2.2 O perfil de competência

O perfil de competências utilizado no curso surgiu da articulação dos referenciais teórico-metodológicos da abordagem dialógica de competência (85) com os princípios da educação de profissionais de saúde no contexto do SUS.

O foco do esforço da combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, e sua mobilização para a realização de ações, foi posteriormente traduzida por desempenhos que refletem a excelência na prática da preceptoria nos cenários do SUS, segundo Lima e colegas (84).



De acordo com o Plano de Curso analisado (84), o perfil escolhido de competência do profissional, no exercício da preceptoria, é resultado da articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional: (a) Saúde: Atenção à saúde e preceptoria; (b) Gestão: Gestão do trabalho e da educação na saúde; e (c) Educação: Formação profissional e produção de conhecimento na saúde.

Um conjunto de ações estratégicas representa cada uma destas áreas e elencam desempenhos que retratam a integração das capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais na realização de tarefas nos diferentes contextos de trabalho do preceptor, e o preceptor competente é o que demonstra excelência nestas três áreas (84).

Considerando este raciocínio, as atividades educacionais propostas foram organizadas de acordo com essas três áreas de competência, tendo em vista à conformação de um perfil de preceptor desejado para enfrentamento dos macroproblemas apresentados anteriormente. Os quadros 10, 11 e 12 apresentam as ações-chave e o desempenho esperado do preceptor no percurso formativo proposto pelo Curso do HSL.

#### **Quadro 10: Perfil de competência do Preceptor. Área de competência de Saúde**

| <b>Atenção à Saúde e Preceptoria</b>   |  |
|--|--|
| <b>Ações-chave</b>   | <b>Desempenho esperado</b>   |
| <p><b>Promover a atenção à saúde a partir das necessidades individuais e coletivas, envolvendo a equipe e estudantes</b></p> | <p><b>Favorecer a investigação de problemas de saúde individuais</b></p> <p>Promove o estabelecimento de uma relação profissional ética no contato com as pessoas sob cuidado, familiares e/ou responsáveis, favorecendo o acesso e a construção de vínculo desses com o serviço e os profissionais.</p> <p>Estimula a identificação de queixas e/ou motivos trazidos pelas pessoas, sem a explicitação de julgamentos. Favorece a abordagem do contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença.</p> <p>Promove o uso de linguagem compreensível aos pacientes, destacando a importância do relato espontâneo e do cuidado com a privacidade e conforto desses.</p> <p>Favorece a utilização do raciocínio clínico-epidemiológico e de técnica semiológica acurada na investigação de sintomas e sinais, condições correlatas, hábitos, fatores de risco e antecedentes pessoais e familiares, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, ambiental e outros pertinentes.</p> <p>Apoia a formulação de problemas mais prováveis, auxiliando na articulação da história e exame clínicos e na utilização de exames complementares, segundo melhores evidências científicas, condições de acesso e relação custo benefício.</p> <p>Estimula que os problemas de saúde sob investigação sejam informados e esclarecidos aos pacientes, familiares ou responsáveis, de forma ética e humanizada, acolhendo dúvidas e questionamentos desses.</p> |

| <b>Atenção à Saúde e Preceptoría</b>  |  |
|---|--|
| <b>Ações-chave</b>  | <b>Desempenho esperado</b>   |
| <b>Favorecer a investigação de problemas de saúde coletiva</b>                                | <p>Estimula a análise das necessidades de saúde, das causas, efeitos e determinantes no processo saúde-doença de grupos de pessoas e/ou de comunidades sob cuidado no âmbito em que se desenvolve a preceptoría. Favorece a utilização de dados colhidos na escuta atenta de grupos e/ou comunidade e de dados secundários e/ou informações que incluam as dimensões clínico-epidemiológicas, cultural, socioeconômica, ecológica e das relações intersubjetivas e dos valores.</p> <p>Favorece a formulação de diagnósticos de saúde e a priorização de problemas segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política da situação.</p>  |
| <b>Promover a construção de um cuidado integral à saúde individual e coletiva</b>             | <p>Estimula a utilização da saúde baseada em evidências para a construção de uma atenção integral à saúde, promovendo qualidade e segurança no cuidado.</p> <p>Favorece a construção de planos terapêuticos e projetos de intervenção que contemplem as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, cuidado em rede, de modo contextualizado e comprometido com o diálogo entre as necessidades referidas pelas pessoas sob cuidado e as percebidas pelos profissionais de saúde.</p> <p>Promove o uso racional de recursos disponíveis para a construção de planos terapêuticos e de projetos de intervenção voltados à melhoria da atenção à saúde oferecida aos usuários.</p> <p>Favorece o compartilhamento de decisões e estimula a autonomia para o autocuidado e a participação da equipe multiprofissional e dos estudantes na atenção à saúde.</p> <p>Promove a valorização do registro dos dados relevantes no prontuário de forma clara e legível como expressão do compromisso com a qualidade do cuidado e da comunicação entre profissionais e familiares.</p> <p>Favorece a discussão e consolidação dos dados registrados, de modo orientado à melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e à redução de riscos, danos e vulnerabilidades.</p> |
| <b>Acompanhar e avalia a atenção à saúde individual e coletiva, com a equipe e estudantes</b> | <p>Favorece o acompanhamento e a avaliação de processos, resultados e impacto das ações desenvolvidas nos planos terapêuticos e projetos de intervenção, valorizando a escuta qualificada de usuários, equipes, docentes, preceptores e estudantes.</p> <p>Promove práticas de prestação de contas e de ajustes permanentes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência e efetividade, e pelo compromisso de que as escolhas sejam pautadas pelo valor agregado à qualidade de saúde e de vida dos usuários.</p>   |

Fonte: 84.

**Quadro 11: Perfil de competência do Preceptor. Área de competência Gestão**

| <b>Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde</b>                      |   |
|---|---|
| <b>Ações-chave</b>  | <b>Desempenho esperado</b>  |
| <b>Promover o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde.</b> | <p><b>Favorecer a identificação de obstáculos e oportunidades à articulação do trabalho e educação na saúde</b></p> <p>Estimula a identificação de oportunidades, potencialidades e os aspectos que requerem melhoria, tanto em relação à organização do trabalho para um cuidado integral como em relação à prática educacional dos profissionais.</p> <p>Promove a análise dos contextos interno e externo ao trabalho de preceptoria, identificando atores envolvidos, reconhecendo a existência de interesses antagônicos e buscando a criação de espaços de diálogo e pactuação, orientados por uma perspectiva de complementaridade entre as diferentes visões e saberes.</p> <p>Estimula a identificação e priorização de problemas que retardam ou impedem o desenvolvimento de iniciativas de integração ensino-serviço, incluindo análises de estrutura, processos e recursos necessários para a sua execução com o uso de ferramentas do planejamento estratégico.</p>   |
|   | <p><b>Promover a articulação do trabalho e da educação no exercício da preceptoria</b></p> <p>Promove a elaboração de estratégias e ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e o alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de produção de consensos.</p> <p>Estimula a construção de uma relação ética, solidária e transformadora entre os sujeitos envolvidos nas práticas de preceptoria, favorecendo o reconhecimento de responsabilidades e compromissos compartilhados para a melhoria contínua da qualidade do cuidado e da formação de profissionais de saúde, no contexto do SUS.</p> <p>Favorece a utilização de informações e dos elementos que agreguem valor na tomada de decisão, estimulando o uso de indicadores, melhores práticas e evidências científicas.</p> <p>Promove a socialização de informações de modo a construir decisões compartilhadas e ampliar o comprometimento dos profissionais de saúde, preceptores e estudantes com a qualidade da saúde e da formação em serviço, na rede de atenção à saúde.</p> <p>Contribui para a organização de programas educacionais propostos pela parceria entre instituições formadoras e serviços de saúde, levando em conta as políticas nacionais de saúde, educação e de integração ensino-serviço e as potencialidades e limitações das organizações envolvidas.</p> |

*Continua*

| <b>Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde</b>   |   |
|--|---|
| <b>Ações-chave</b>   | <b>Desempenho esperado</b>  |
| <p><b>Promover o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento articulado das práticas de cuidado e de educação na saúde</b></p> | <p>Promove uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos, produtos e resultados, estimulando o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo a orientá-las por resultados que agregam valor à saúde, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação em serviço.</p> <p>Favorece o acompanhamento da articulação entre as práticas de cuidado e de educação na saúde, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos para análise de programas educacionais desenvolvidos na rede de atenção à saúde.</p> <p>Participa e promove espaços para avaliação formativa, apresentação dos resultados alcançados e prestação de contas. Cria espaços protegidos para reflexão sobre as práticas, assegurando a expressão das perspectivas dos envolvidos, em especial, dos usuários e estudantes.</p> |

Fonte: 84.

### **Quadro 12: Perfil de competência do Preceptor. Área de competência de Educação**

| <b>Formação profissional e produção de conhecimento em saúde</b>         |   |
|--|---|
| <b>Ações-chave</b>   | <b>Desempenho esperado</b>  |
| <p><b>Identificar necessidades de aprendizagem</b></p>                   | <p>Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e famílias atendidas a partir da reflexão sobre as práticas de saúde e de gestão do trabalho e da educação na saúde, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem, culturas e valores.</p> <p>Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor.</p>  |
| <p><b>Desenvolver ações educacionais no exercício da preceptoria</b></p> | <p>Desenvolve atividades educacionais a partir das necessidades de aprendizagem identificadas, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um e favorecendo o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação das limitações e dificuldades.</p> <p>Promove a educação pelo exemplo e atua como facilitador de aprendizagem de educandos e da equipe em que atua, incentivando a inovação e a melhoria da qualidade das práticas.</p> <p>Estimula a curiosidade, a independência intelectual e o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde. Favorece a utilização de experiências e vivências na construção de pontes com os disparadores de aprendizagem. Estimula a busca de evidências científicas e de melhores práticas, favorecendo a análise crítica de informações e a capacidade de aprender ao longo da vida.</p> |

*Continua*

| <b>Formação profissional e produção de conhecimento em saúde</b>          |   |
|---|---|
| <b>Ações-chave</b>  | <b>Desempenho esperado</b>  |
| <b>Avaliar ações e processos educacionais no exercício da preceptoria</b> | <p>Promove a cultura de avaliação de programas educacionais desenvolvidos no contexto do SUS, visando a potencialização da preceptoria e da integração ensino-serviço para a melhoria qualidade da atenção à saúde e da educação no trabalho.</p> <p>Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas no exercício da preceptoria, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas.</p> <p>Faz e recebe críticas de modo ético, orientado à construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e para o exercício reflexivo da preceptoria.</p>  |
| <b>Apoiar a produção de novos conhecimentos</b>                           | <p>Promove a utilização e a avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora na atenção à saúde e na educação.</p> <p>Identifica necessidades de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde e da formação profissional em serviço.</p> <p>Participa e estimula a participação dos estudantes e da equipe na produção científica ou tecnológica em saúde, assentada em princípios ético-científicos e orientada pelas necessidades de saúde das pessoas, de fortalecimento do SUS e melhoria dos processos de formação em serviço.</p> <p>Favorece e apoia processos de disseminação e compartilhamento de saberes, orientados ao desenvolvimento de competência dos educandos e à melhoria da qualidade de saúde da população.</p> |

Fonte: 84.

O projeto para a capacitação de profissionais de saúde articula o desenvolvimento de capacidades de atenção à saúde, gestão do trabalho em saúde e educação na saúde, que modelam um novo perfil de competência. Este novo perfil norteia modelos alternativos de formação, objetivando nas diversas instâncias, a melhoria da qualidade da atenção à saúde e o comprometimento do educando com seu processo de aprendizagem e com as necessidades de saúde da sociedade (84).

### *5.2.2.3 Objetivos e metas do curso*

O objetivo geral do curso é, através da capacitação de profissionais que atuam como preceptores de Residência Médica em cenários reais de cuidado à saúde, fomentar a melhoria da atenção à saúde no SUS, estimulando a busca pela reorientação articulada dos modelos de atenção e de formação, ampliando assim, a qualidade do acesso e a integralidade do cuidado em redes de atenção à saúde. Já os específicos são (84):

- Capacitar 2000 preceptores de Residência Médica como educadores na área da saúde, ampliando suas capacidades nas dimensões da atenção, da educação e da gestão do trabalho e da educação;
- Apoiar a elaboração de até 2000 Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC;
- Apoiar a construção de pelo menos 200 projetos aplicativos;
- Acompanhar e avaliar os produtos e resultados desse projeto realizado em parceria pelo HSL/MS;
- Apoiar a articulação ensino-trabalho nos municípios indicados, de modo que o trabalho e a academia sejam corresponsáveis tanto pela formação de profissionais como pela produção de cuidado, numa rede escola de atenção à saúde;
- Estimular a valorização do exercício da preceptoria e da construção da identidade do preceptor como um facilitador de aprendizagem comprometido com a transformação da realidade;
- Fortalecer as políticas e os programas de reorientação da formação de profissionais de saúde e da educação de profissionais em serviço.

#### 5.2.2.4 Currículo integrado

Como um dos fundamentos educacionais do curso, a integração interdisciplinar e entre a teoria e a prática, mundo do trabalho e da aprendizagem, e entre processos educativos e de atuação profissional é preconizada. Segundo Lima e colegas (84), a integração seria favorecida através da:

- Construção e validação do perfil de competência, a partir de uma investigação de práticas competentes, segundo uma abordagem metodológica específica;
- Identificação de macroproblemas ou desafios a serem enfrentados pelos profissionais formados e a serem capacitados, considerando-se o contexto interno e externo das condições de saúde-doença e do SUS no país;
- Exploração da teoria a partir de situações prevalentes do mundo do trabalho, relacionadas aos macroproblemas e desafios a serem enfrentados;
- Participação interdisciplinar e multiprofissional dos autores e consultores responsáveis pelos conteúdos específicos para o desenvolvimento do perfil de competência e pela construção das experiências e das atividades educacionais do curso;
- Desenvolvimento de intervenções na realidade, visando à construção de processos de mudança voltados à melhoria e consolidação do SUS;
- Avaliação formativa e somativa, envolvendo todos os atores e dimensões do programa.

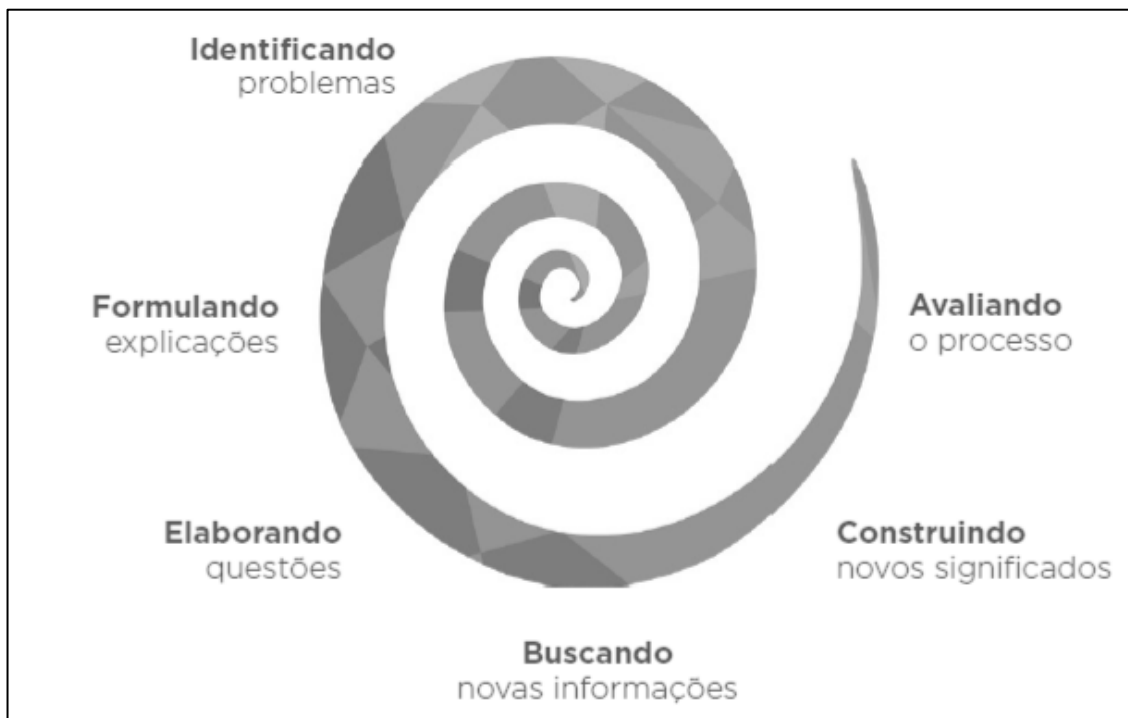
### 5.2.2.5 Processo ensino-aprendizagem

O processo ensino-aprendizagem é aquele que faz a intermediação entre o sujeito que aprende, o objeto de aprendizagem e o professor, que é o mediador entre aquele sujeito e este objeto. Considerando os referenciais construtivistas, o curso adotou três métodos de ensino-aprendizagem (84):

- a. Espiral construtivista;
- b. Problematização (adaptada); e,
- c. Aprendizagem baseada em equipes Team Based Learning - TBL (adaptada).

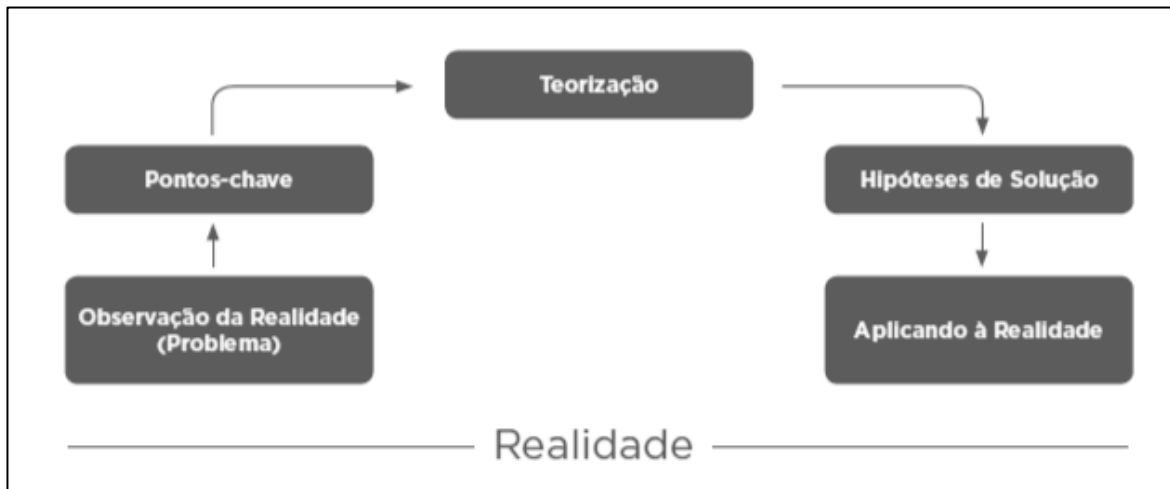
Cada um desses métodos está apresentado nas figuras e quadro que se seguem.

**Figura 2: Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador**



Fonte: 84.

**Figura 3: Etapas do Arco de Charles Maguerez da Metodologia Problematizadora**



Fonte: 84.

**Quadro 13: Momentos do desenvolvimento do *Team Based Learning* – TBL**

| <b>MOMENTO I</b><br>Preparação do material                     | <b>MOMENTO II</b><br>Compartilhamento   | <b>MOMENTO III</b><br>Aplicação dos conceitos         |
|--|---|---|
| Elaboração do contexto/cenário/situação e teste pelos docentes | Realização do Teste Individual  | Desafios e tarefas da equipe<br>Avaliação do Trabalho |
| Análise individual do material pelos participantes             | Realização do Teste em Equipe   |   |
|  | Levantamento das explicações, dúvidas e questões com devolutiva do especialista (presencial ou por vídeo-transmissão) |   |
|  | Avaliação do trabalho   |   |

Fonte: 84.

#### 5.2.2.6 Estrutura do curso

Segundo o Plano de Curso, a estrutura do curso foi organizada em dois eixos: (a) simulação da prática de preceptoria, e (b) contexto real do trabalho de preceptoria médica no SUS (84).

No eixo baseado na simulação da prática, a representação da realidade, por meio de situações simuladas, visa potencializar a aprendizagem, uma vez que combina elementos que podem não estar presentes em casos reais. Visam também, a construção de pontes com o mundo do trabalho e a promoção de um maior envolvimento dos participantes no processo de aprendizagem, quando estes percebem a utilidade dos novos saberes para sua prática (84).



Já no eixo sobre o contexto real, os preceptores exploram suas práticas profissionais, em busca da transformação da realidade em seu campo de atuação, através de narrativas de práticas vivenciadas, que são disparadores de aprendizagem nesse eixo. Espera-se que este processo permita a construção de novos significados e capacidades que qualifiquem as intervenções na realidade.

Todo o processo de aprendizagem é avaliado através de avaliações somativas e formativas, bem como o discente, o facilitador e o próprio curso (84)

### 5.2.3 Abordagem pedagógica (conceitos e estratégias)

O HSL utiliza abordagens construtivistas nas iniciativas educacionais para formular e organizar a Especialização em “Preceptoria de Residência Médica no SUS”. Por meio da perspectiva construtivista, o curso busca estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e alinhada às necessidades de saúde da sociedade. Busca também, aprofundar de modo crítico e reflexivo, o conhecimento cientificamente produzido, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional e para a melhoria na formação de profissionais de saúde, como estratégia para ampliar o acesso e a integralidade de um cuidado seguro e com qualidade, no âmbito do SUS (84).

Acredita-se que a qualidade da assistência prestada está diretamente relacionada à qualidade de formação do profissional de saúde. Sendo assim, ao se preparar o preceptor adequadamente para o exercício da função de preceptoria, o residente terá oportunidade de receber uma formação mais sólida, o que refletirá diretamente na efetividade, assertividade, na qualidade do manejo e das soluções ofertadas à população assistida, qualificando assim e por fim, a rede de assistência.

As iniciativas educacionais são orientadas por um perfil de competência pré-estabelecido, o qual foi construído por meio de uma investigação das práticas de profissionais considerados competentes (modelos) pelos diferentes atores envolvidos e interessados em iniciativas educacionais (84).

Tal perfil expressa a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de ações contextualizadas frente aos problemas prevalentes na respectiva atuação profissional segundo os referenciais de Hager e Gonczi (86) e Lima (85), que consideram a competência como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e eficácia, uma série de situações.

O Plano de Curso analisado afirma utilizar como estratégia educacional, os conhecimentos prévios dos participantes, prática amplamente recomendada pela andragogia, como marco inicial para a aquisição de novo teor, utilizando norteadores de aprendizagem relacionados a problemas do cotidiano de trabalho em saúde (84).

O curso baseia-se na premissa de que a reflexão sobre as práticas do trabalho confrontada com as teorias que explicam as ações inerentes a ele promovem aprendizagens significativas e o ganho de consciência crítica, que quando aplicados, têm a capacidade de transformar as próprias práticas pessoais (84).

Ainda em relação à diretriz construtivista, são formadas comunidades de aprendizagem com o intuito de suscitar a busca por experiências prévias, possibilitando vivências em grupos que podem fortalecer a responsabilização e a cogestão frente ao problema a ser abordado. Outros aspectos referidos são: o respeito às diferentes perspectivas e valores dos participantes, a ampliação das capacidades de negociação e pactuação, o incentivo pela busca por evidências científicas e o desenvolvimento dos raciocínios clínico-epidemiológico, crítico-reflexivo e estratégico-situacional (84).

Cabe destacar que, muito mais que a proatividade na reflexão e ampliação de seus saberes e crítica oportuna na aplicação de práticas e conhecimentos, os profissionais de saúde precisam resgatar o sentido do outro como sujeito legítimo (87). Da mesma forma, quando as relações entre profissionais de saúde, como o preceptor e o residente são horizontalizadas, a aprendizagem entre eles é favorecida por meio da troca de perspectivas e saberes.

Em sua análise sobre a docência, Paulo Freire enfatiza que os saberes necessários à prática educativa são essenciais para todos os educadores, sejam eles críticos, progressistas ou conservadores, afirmando que “quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender” (76).

Tal afirmação vem justamente reforçar a ideia de que o professor não é melhor que o aluno. Embora apresente e domine conteúdos que o estudante ainda não possui, não é superior, mas juntamente com o aluno faz parte do processo ensino-aprendizagem e ambos são sujeitos importantes na construção do saber.

Ao afirmar que “quem forma se forma e re-forma ao formar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado” (76), Paulo Freire explicita que não há docência sem discência e este ensino exige rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes do educando, criatividade, estética, ética, corporificação das palavras pelo exemplo, aceitação do novo, rejeição à discriminação, reflexão sobre a prática e reconhecimento da identidade cultural.

Uma educação com rigorosidade metódica visa “reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade” de modo que educadores e educandos, simultaneamente tornem-se criadores, instigadores, inquietos, curiosos, persistentes e humildes (76).

Este processo ressignifica o trabalho em equipe e a cogestão na produção de serviços (88). Essa reconstrução do trabalho em saúde possibilita que se consiga operar em modelagens que redefinem o papel de especialistas e de equipes de referência em linhas de cuidado de sistemas de saúde integrados.

Como apresentado anteriormente, a iniciativa considera que a construção da identidade do preceptor de residência médica passa pela definição de um perfil de competência em três áreas de atuação: Gestão, Atenção e Educação, e que este se traduz no desenvolvimento integrado de capacidades em um conjunto de capacidades essenciais ao exercício da prática da preceptoria na residência médica (84). Dessa forma, o Curso do HSL propõe que esse novo perfil de preceptor deve:

- a. Orientar a organização das práticas voltadas à construção de um cuidado integral, eficiente, efetivo e seguro, pautado pela garantia de acesso, continuidade, equidade e qualidade da atenção à saúde, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica;
- b. Promover a articulação do trabalho e da educação, ao participar de iniciativas de mudanças nas práticas educativas e de cuidado, orientadas às necessidades de saúde da população;
- c. Desenvolver ações educacionais ancoradas nas teorias interacionistas da aprendizagem, na metodologia científica e na dialogia, a partir da identificação de necessidades de aprendizagem da equipe, do educando e do próprio educador.

Neste contexto, o objetivo primordial do curso seria capacitar profissionais de saúde para contribuírem num processo contínuo de transformação das práticas de saúde, viando à consolidação do SUS como uma rede escola onde ensinar e aprender faz parte do cotidiano do trabalho em saúde (84).

### 5.3 CURSO DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC)

#### 5.3.1 Um pouco da história do Curso

Tal qual ocorreu com o Hospital Sírio Libanês (HSL), o PROADI-SUS oportunizou a celebração da parceria entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Ministério da Saúde, para a realização do Curso de Capacitação em Preceptoria de Residência Médica, que, em 2019, está em sua sétima edição.

O grupo do HAOC envolvido neste projeto afirma que o preceptor é parte integral da formação do residente, atuando como supervisor, professor e modelo, mas que, na maioria dos programas de residência, ele assume tais funções sem ter tido preparação específica para executá-la (89).

Tal qual acontece na graduação, o grupo afirma que o programa de residência médica precisa ser dotado de programa pedagógico claro, com objetivos educacionais factíveis e mensuráveis através de métodos e avaliações do deslocamento do ganho de competências pelo residente e avaliação da eficiência do próprio PRM.

#### 5.3.2 Estrutura e trajetória formativa proposta pelo Curso

O curso trazido pelo HAOC visa contribuir com a formação de preceptores e supervisores de residência médica em duas frentes consideradas primordiais, a formação em educação e a formação em gestão de ensino em saúde, por serem frentes alinhadas à expansão da residência médica no Brasil, com suas particularidades, a qualificação de programas já existentes e a excelência de programas já consagrados. A proposta estima contribuir de maneira direta na formação de outros profissionais, como os residentes e de maneira indireta, na oferta de serviços de cuidado à saúde mais assertivos, fortalecendo assim o SUS (89).

O programa foi desenhado em uma estrutura bimodal: um encontro presencial e atividades de ensino a distância (EaD) em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Os participantes são organizados em grupos de 20 preceptores, acompanhados por um(a) tutor(a).

A semana de ambientação dá início ao programa, seguido do encontro presencial que compreende atividades teóricas e práticas mediadas pelos tutores. O AVA oferece

conteúdos e atividades individuais e em grupo semanalmente, e está estruturado com diferentes recursos que viabilizam os objetivos educacionais propostos (89).

Segundo o Plano de Curso, esta capacitação considerou a grande diversidade de realidade dos PRM no Brasil, oportunizando a aquisição de competências que se adequam a cada realidade, utilizando o formato híbrido (parte presencial e parte à distância) e ofertando o ensino através de plataforma EaD, de maneira inclusiva, para ampliar o acesso a preceptores advindos inclusive, de áreas mais remotas (89).

De acordo com o material analisado, esta opção se deu devido à existência de evidências da factibilidade e efetividade do uso de comunidades de práticas de comunicação digital para o compartilhamento de informações, e também de que o aprendizado nestas comunidades ocorre pela aplicabilidade dos conhecimentos e pela facilidade de interação mesmo a grandes distâncias geográficas e dificuldade de compatibilidade de agenda profissional.

O curso é destinado a profissionais de saúde que atuam como preceptores, supervisores e coordenadores de PRM já reconhecidos ou em processo de implantação no território nacional, pela CNRM. Sendo assim, a capacitação conta atualmente com 500 vagas por edição, e distribuição das mesmas pelo Ministério da Saúde e pela CNRM em edital próprio do Ministério da Saúde (89).

A definição de preceptor trazida pelo Curso de Capacitação em Preceptoria de Residência Médica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (89) é de um profissional com formação especializada, podendo ser vinculado à Instituição de Ensino ou Instituição de Saúde, que tem por atribuição a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes em serviços de saúde.

O referencial teórico trazido para definir competência é a contribuição de Perrenoud, que anuncia competência como a faculdade de mobilizar recursos cognitivos de conhecimento, habilidades e atitudes, de maneira integrada, para o enfrentamento de situações complexas, a fim de desenvolver, com pertinência e eficácia, soluções para situações problema (90).

O perfil de competências para o preceptor foi construído com base nos seguintes documentos norteadores (89):

- Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina (2014) (91);
- Global Standards for Quality Improvement of Medical Education (2015) (92);
- Agenda do Profissionalismo, resultando no Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter (2002) (93);

- CanMed Framework (2015) (94); E,
- Tomorrow's Doctors (2016) (95).

O Curso definiu ainda o preceptor como o profissional competente na sua área de atuação, ético, crítico, reflexivo, humanista, capacitado a formar profissionais em serviço, com visão crítica do seu papel social como educador. Capacitado a elaborar e coordenar um programa ou estágio de residência médica de acordo com as normas e leis vigentes, reconhecendo as necessidades de saúde da população brasileira (89).

A fundamentação teórico-referencial deste projeto está alicerçada nos conceitos da aprendizagem significativa, da aprendizagem de adultos, comunidade de prática, já trazida a esta discussão, e liderança na complexidade (89).

A capacitação proposta empresta o conceito de Aprendizagem Significativa de David Ausubel, que a define como a interação cognitiva gerada entre um novo conhecimento, potencialmente significativo, e outro prévio especificamente relevante já existente na estrutura cognitiva do aprendiz (96). Logo, para a aprendizagem significativa é necessária a atribuição de significado ao novo conhecimento pelo que aprende, mobilizando assim, sua pré-disposição ao aprendizado, permitindo interação com o conhecimento basal do mesmo. O que o aprendiz já sabe é considerado como o fator isolado de maior relevância para o aprendizado.

Retomando os fundamentos da aprendizagem de adultos já elencados, o Curso do HAOC preconiza a participação bilateral e a relação horizontal entre educando e educador, além de focar no processo reflexão-ação sobre a realidade.

Ao considerar que o educando está em contínua evolução, preconiza no processo de aprendizagem, o desenvolvimento da sua identidade pessoal e profissional, valorizando suas experiências anteriores (89).

Nesse sentido, vale destacar que para que o Curso tenha êxito em sua proposta, deveria estar atento para a necessidade de entendimento dos adultos sobre a importância de aprender certas coisas, de que o aprendizado ocorre quando há este reconhecimento, de que se potencializa a aprendizagem com atividades que têm situações reais como eixo orientador e que, tanto experiências prévias relevantes quanto recursos intelectuais individuais, são pontos de referência primordiais para a aquisição de novas aprendizagens. Lembrando ainda que é necessário a presença de devolutiva constante e qualificada (97).

Tendo como elementos norteadores a autonomia, a iniciativa, a criatividade e a responsabilidade, o Curso em preceptoria de residência médica do HOAC reafirma Paulo Freire (98), quando o mesmo elucida que estes são valores orientadores da aprendizagem resultante

em transformação da realidade e pessoal, através do desenvolvimento de uma consciência crítica sobre si e sobre a própria realidade.

O Caderno do Curso do HAOC traz a importância da criação de comunidades de prática, para a valorização da integração da pessoa em uma comunidade de profissionais, com o objetivo de realinhar seu processo de trabalho, já que a mesma favorece mais que somente a aquisição de conhecimentos, trazendo para o centro do processo, o desenvolvimento de profissionalismo, como postura que preconiza o oferecimento da melhor qualidade de cuidado associada à preferência do usuário (89).

O referencial da conceituação de liderança na complexidade é o corroborado por Glenda Eoyang e Stewart Mennin, sendo aplicado à contextos organizacionais não lineares e complexos, inclusive o de ensino e cuidado. O modelo de liderança na complexidade por eles proposto baseia-se em tomadas de decisões em respostas críticas às perguntas “What?”, “So What?” e “Now What?”, que deveriam gerar ações adaptativas aos problemas complexos. Através deste processo, busca-se o entendimento de padrões (O quê?), a análise do significado e da relevância destes padrões (E daí?), bem como a reflexão sobre a forma de modificá-los (E agora?). Este modelo incentiva o desenvolvimento de competências de resiliência institucional e liderança (99).

### 5.3.3 Abordagem pedagógica (conceitos e estratégias)

Por reconhecer o aluno como ser ativo, autônomo e possuidor de experiências relevantes para o seu processo de aprendizagem, o curso optou por metodologias de ensino que reforcem a aquisição e o refinamento destas características. Sendo assim, optou pelo uso de metodologias ativas de aprendizagem, com foco nos processos de reflexão e transformação da realidade, orientados pela Pedagogia Progressista (100), pela Problematização com o Arco de Magueréz (101) e pelo Modelo de Ações Adaptativas (99).

Buscando a transformação da realidade dos PRM, o Curso utiliza os passos propostos no Arco de Magueréz (já exposto nesta) e os princípios da educação de adultos de Paulo Freire, em estratégias de ensino aprendizagem organizadas para apoiar a construção de um diagnóstico situacional do PRM e na elaboração de um projeto de estágio de RM (89).

Através do apoio pelo modelo de Ações Adaptativas, os preceptores são estimulados a realizarem tomadas de decisões e planejamentos que reflitam na mudança da realidade.

O Programa de Formação de Preceptores tem 100 horas, distribuídas em: 20 horas presenciais e 80 horas a distância. A carga teórica é dividida em 3 módulos que acontecem ao longo de 19 semanas e contemplam as competências descritas no Quadro 14. Destaca-se que na primeira semana acontece o encontro presencial, o único de todo o curso.

**Quadro 14: Estrutura, carga teórica e competências esperadas no Curso do HAOC**

| MÓDULO            | SEMANA         | COMPETÊNCIAS  |
|-------------------|----------------|---|
| <b>Módulo I</b>   | <b>1 a 5</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender o contexto da Residência Médica</li> <li>• Compreender a organização do curso e princípios de planejamento e gestão educacional</li> <li>• Apresentação e desenvolvimento da capacidade de interação no AVA</li> <li>• Discutir a realidade da formação médica em programas de residência e o papel do preceptor no desenvolvimento profissional e pessoal do residente</li> <li>• Compreender questões relativas à segurança do paciente em um processo de formação profissional e avaliar em que medida seu PRM tem desenvolvido ações de prevenção de eventos adversos;</li> <li>• Diagnóstico situacional do PRM, identificando os seus pontos fortes e aspectos que precisam ser melhorados.</li> </ul> |
| <b>Módulo II</b>  | <b>6 a 12</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender, integrar e aplicar conceitos relativos ao planejamento educacional ao contexto do PRM</li> <li>• Desenvolver e aprimorar competências pedagógicas do preceptor</li> <li>• Elaborar o planejamento educacional de um estágio de residência médica</li> </ul>   |
| <b>Módulo III</b> | <b>13 a 19</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender, integrar e aplicar conceitos, técnicas e instrumentos de gestão e processos e de pessoas ao contexto do seu Programa de Residência Médica</li> <li>• Incluir e aprimorar os aspectos de gestão educacional do seu Projeto de Estádio/Rodízio</li> <li>• Desenvolver e aprimorar competências de gestão de PRM</li> </ul>  |

Fonte: Elaboração própria a partir de 89.

O Encontro Presencial tem duração de 2 dias e é ponto primordial para auxiliar no desenvolvimento da capacidade de interagir no AVA, bem como na compreensão da organização do curso e dos princípios de planejamento e gestão educacionais (89). O conteúdo das semanas é apresentado no Quadro 15.

**Quadro 15: Apresentação do conteúdo programático por semana**

| SEMANA   | CONTEÚDO   |
|----------|--|
| <b>1</b> | Contexto e História da Residência Médica                         |
| <b>2</b> | Prática da Preceptoria na Residência Médica                      |
| <b>3</b> | Formação Profissional na Residência Médica e Educação de Adultos |
| <b>4</b> | Segurança do Paciente  |

*Continua*



| <b>SEMANA</b> | <b>CONTEÚDO</b>  |
|---------------|--|
| <b>5</b>      | Diagnóstico Situacional  |
| <b>6</b>      | Necessidades de Saúde da Sociedade   |
| <b>7</b>      | Planejamento Educacional: definição de objetivos educacionais                                  |
| <b>8</b>      | Planejamento Educacional: cenários de práticas da residência médica                            |
| <b>9</b>      | Estratégias Educacionais no Programa de Residência Médica: ensino em pequenos e grandes grupos |
| <b>10</b>     | Ensino Clínico e Profissionalismos   |
| <b>11</b>     | Avaliação do Residente: conhecimentos, habilidades e atitudes                                  |
| <b>12</b>     | Feedback na formação do residente  |
| <b>13</b>     | Avaliação do Programa de Residência Médica   |
| <b>14</b>     | Gestão do Programa de Residência Médica  |
| <b>15</b>     | Suporte e Qualidade de Vida do Residente   |
| <b>16</b>     | Mediação de conflitos: habilidade relacionais e de comunicação                                 |
| <b>17</b>     | Aspectos éticos e legais do Programa de Residência Médica                                      |
| <b>18</b>     | O futuro da Residência Médica e Educação Permanente  |
| <b>19</b>     | Apresentação Projeto de Estágio de Residência Médica   |

Fonte: Elaboração própria a partir de 89.

As estratégias pedagógicas que compõem os módulos são compostas por Material Teórico Interativo, Fóruns de Discussão de cenários, Leitura Complementar para aprofundamento e Portfólio Reflexivo<sup>7</sup> sobre a experiência de aprendizagem e a aplicabilidade.

---

<sup>7</sup> Portfólio é uma coleção das produções do aluno que permite diagnosticar, demonstrar e qualificar a aprendizagem ao longo de determinado período de formação. Compreende o registro reflexivo sobre o significado de cada momento e trabalhos realizados, potencializando a postura crítica, a aprendizagem sobre o aprender, a autoavaliação e a valorização do aluno como aprendiz autônomo (89).

## 6 PROPOSTA FORMATIVA COM BASE NA ANDRAGOGIA

*“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino”.*  
Paulo Freire

A formação em Preceptoría Médica em Medicina de Família e Comunidade deve, especialmente, incentivar a implantação das mudanças na formação do futuro profissional, que está passando por treinamento da especialidade em serviço no âmbito da atenção primária à saúde (APS). Segundo Barreto e colegas “Neste contexto, o preceptor de serviço tem papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes” (102).

É notório que por muito tempo foi negligenciado o papel exercido pelas emoções na aprendizagem humana nas discussões acadêmicas, no grande embate até então, dos tratados como opostos, razão e emoção. Na atualidade e com a mudança nos contextos, surgiu a necessidade de reavaliação das práticas pedagógicas, associando aprendizagem, compreensão da cognição e emoção, como fenômenos congruentes e interdependentes.

A neurociência afirma consistentemente o papel central que os fenômenos emocionais desempenham na atividade cognitiva humana, especialmente nas atividades de percepção, atenção, planejamento, raciocínio, memória, tomada de decisão e em todas as etapas da aprendizagem.

O neurobiólogo chileno Humberto Maturana apresenta como uma de suas principais teses o resgate das emoções como determinante da relação com o mundo, que orienta o ser humano em relação ao papel fundamental das emoções na aprendizagem. O mesmo destaca que o educar se constitui no processo em que a criança ou o adulto convive com o outro e, ao conviver com o outro, se transforma espontaneamente, de maneira que seu modo de viver se faz progressivamente mais congruente com o do outro no espaço de convivência. Sendo assim, o educar ocorre todo o tempo e de maneira recíproca (87).

O entendimento de Maturana sobre emoções extrapola o que habitualmente chamamos de sentimento, e perpassa pela conotação de que emoções são disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação pelos quais nos movemos (87). Assim, quando mudamos de emoção, mudamos de domínio de ação. Seguindo esta linha de raciocínio, não há ação humana que não seja pré-estabelecida por uma emoção, e como tal, a torne possível como ato. Desta forma, infere-se que a ação não é precedida pela razão, e sim pela emoção.

Como diferentes domínios de ações são especificados por diferentes emoções, comunidades humanas fundadas em emoções diferentes do amor, serão constituídas em outros domínios de ações, que não o da colaboração e do compartilhamento, em ações coordenadas que não estão embasadas em aceitação do outro como um legítimo outro na convivência, não sendo assim, comunidades sociais.

Para Antonio Damasio, emoção e razão não são elementos completamente dissociados como propôs Descartes. Na sua concepção, emoção, sentimento e afeto são distintos (103).

**Quadro 16: Emoção, Sentimento e Afeto sob a perspectiva de Damásio.**

| ELEMENTOS         | DEFINIÇÃO   |
|-------------------|---|
| <b>Emoção</b>     | Processo passageiro, público e visível aos demais, desencadeado por estímulo (interno ou externo). Resultado de complexas reações químicas e neurais, operando em nível psíquico, especialmente inconsciente, sendo difícil de ser verbalizada, representando, porém, a poderosa forma de comunicação não verbal. |
| <b>Sentimento</b> | Processo mental, relativamente estável e resultante da emoção. É a experiência subjetiva e cognitiva, inseparável e determinada pelos valores pessoais, de caráter privado, duradouro e não observável pelos outros.  |
| <b>Afeto</b>      | Sensação imediata e subjetiva que se tem em relação ao objeto, pessoa ou situação, estando associado à emoção e sentimento, sem se confundir com eles. É o que se manifesta (exprime) ou experimenta (sente).   |

Fonte: Elaboração própria a partir de 103.

Emoções e sentimentos constituem assim, o início e o fim de um processo contínuo e cíclico, e desempenham papel regulatório das relações no processo de ensinagem e na estreita relação entre a predisposição para aprender e aprendizagem significativa, através de impulsos, interesses e motivações do educando e do educador. Assim, as emoções e sentimentos que permeiam as interações na aprendizagem, são determinantes no envolvimento e motivação do educando.

Vivências pessoais e coletivas podem evocar emoções e sensações que não podem ser explicadas, mas são, ao mesmo tempo substratos e focos imprescindíveis para o desenvolvimento de competências pedagógicas. As vivências em metodologias ativas como jogos e dinâmicas grupais como recursos de ensino e de aprendizagem, fazem com que o preceptor perceba um significado maior em relação ao seu cotidiano. Sendo assim, uma das consequências deste processo, é o fortalecimento progressivo do vínculo entre o residente e seu preceptor por ressignificação das experiências.

A reorganização de processos educativos deve ser direcionada a uma cultura de valorização do aprendiz e seu aprendizado, fundamentada, principalmente em práticas colaborativas, que considere a experiência prévia, e que reconheça que as motivações e que as emoções desempenham um papel fundamental na história de cada aprendiz, reforçando a importância da perspectiva andragógica.

A partir dos conceitos propostos, no âmbito desse estudo, compreende-se o processo de formação em Preceptoria Médica em Medicina de Família e Comunidade como um processo contínuo de “ensinagem”, pautado no estreitamento entre predisposição para aprender e aprendizagem significativa, interrelacionando os interesses e motivações do binômio educando-educador (103).

As experiências pedagógicas devem ser intensamente aproveitadas, gerando acúmulo de experiência e conhecimento, e para tal, é necessário e fundamental o desenvolvimento da capacidade de observação, análise e reflexão sobre a prática. Também é fundamental criar ambientes de análise da prática, partilha de contribuições, de identificação e diferenciação para o desenvolvimento desta competência pedagógica. Segundo Madalena Freire, a reflexão sobre a prática de educador resgata várias possibilidades (81), como as elencadas no Quadro 17.

#### **Quadro 17: Reflexão sobre a prática de educador**

| <b>AÇÃO REFLEXIVA</b>                         | <b>POSSIBILIDADES</b>   |
|---|---|
| <b>A reflexão do educando – educador gera</b> | Rompimento da anestesia do cotidiano, acelerado, compulsivo, passivo, cego.   |
|   | Distanciamento necessário para se tomar consciência do que se sabe (e pensa que não sabia) e do que ainda não se conhece. |
|   | Diagnóstico adequado das hipóteses adequadas e inadequadas da prática pedagógica.   |
|   | Constatação das contradições entre pensar teórico e prática, e do pensar-fazer próprio com o dos outros.                  |
|   | Resgate da história pessoal de educando para melhor pensar a prática de educador.   |
|   | Elucidação da opção pedagógica pessoal e política no ato de educar.   |

Fonte: Elaboração própria a partir de 81.

Madalena Freire afirma que:

No cumprimento das tarefas, cada participante descobre pelas intervenções do educador, que é diferente, que faz parte do grupo e ao mesmo tempo o

representa (...) que cada parte desse todo o expressa em suas conquistas e limitações. Cada elemento expressa ao grupo ao mesmo tempo que o grupo “fala” de cada um. O grupo é um grande corpo constituído de suas diferenciadas partes (104).

Madalena Freire propõe atividades que podem ser usadas para a construção de uma rotina pedagógica com intenção de formação de grupo (104), como mostra o Quadro 18.

**Quadro 18: Atividades necessárias para a formação do grupo enquanto estratégia pedagógica**

| <b>ATIVIDADES NECESSÁRIAS PARA A FORMAÇÃO DO GRUPO</b>  | <b>DEFINIÇÕES E AÇÕES</b>   |
|---|---|
| <b>Constância da presença de seus elementos</b>   | Necessidade de a equipe de referência ser presente em todo o processo, como modelo à participação dos preceptores.  |
| <b>Organização de encaminhamentos e intervenções por parte do educador para sistematização do conteúdo</b>          | Sistematizações em flipcharts sendo o elo entre a experiência vivida nas atividades e o sentido da aprendizagem, expressando a força do coletivo, sem dispensar o individual, e levando em consideração as escolhas metodológicas.                      |
| <b>Espaço heterogêneo que acolha e valorize a diferença entre cada participante</b>                                 | Através da metodologia da Problematização, buscar a valorização da diversidade e a harmonia da complementariedade entre os preceptores.   |
| <b>Enfrentamento do medo que o novo, o diferente provoca, educando o risco de ousar e o medo de causar rupturas</b> | Trabalhar a abertura para aprender, ressignificar conceitos e práticas, a partir da auditoria do próprio desempenho e a busca pelo suporte na aprendizagem.   |
| <b>Vínculo com a autoridade e entre os iguais</b>   | Essência da compreensão inclusiva da educação que destaca que todos são iguais em potência, devem se relacionar de forma horizontal ensinando e aprendendo. Trabalhar com a competência da autoridade do argumento e não com o argumento da autoridade. |
| <b>Cumplicidade de emoções</b>  | Compreensão entre emoções e sentimentos, pois são determinantes no envolvimento e motivação do educando para a construção do conhecimento e integração em uma rede colaborativa de educadores.  |

Fonte: Elaboração própria a partir de 104.

Por esses argumentos, esse estudo assume que as metodologias ativas no processo de ensinagem devem ser incentivadas e priorizadas na formação em Preceptoría Médica em Medicina de Família e Comunidade. A exemplo das propostas de Maguerez através do Método do Arco, da Espiral Construtivista, do TBL e do Modelo de Ações Adaptativas, recomenda-se fortemente que as atividades de ensino-aprendizagem comecem a partir de um recorte da

realidade, da sua observação analítica e da crítica da mesma, possibilitando assim, a extração de um problema relevante para o estudo. Com a delimitação do problema e aprofundamento do conhecimento sobre ele, hipóteses de solução podem ser formuladas, criando-se oportunidade para que as mesmas sejam aplicadas na realidade da qual o problema foi elencado (101).

Além disso, a proposta que aqui se está construindo incentiva a utilização de portfólios, pois os mesmos oportunizam a reflexão e o registro dos rumos do aprendizado através de estímulo à postura crítica. Este processo valoriza a autopercepção da prática e estimula a busca por autonomia pelo próprio educando.

A partir da bagagem e da experiência prévias, nos moldes da andragogia, deve-se desenvolver de maneira sistemática a articulação entre teoria e prática, que na perspectiva crítico-emancipatória, consiste em um processo no qual as bases teóricas e científicas serão apropriadas pelo educando a partir da sua vivência. O cotidiano do serviço na atenção primária à saúde no SUS, que envolve ações assistenciais, comunitárias, educacionais e gerenciais, será a base sobre a qual o preceptor construirá um processo de ensinagem junto ao médico residente.

Educação e saúde devem andar no mesmo compasso, evoluindo da teorização para formação de preceptores que orientem em serviço. Além disso, é importante o fomento a pesquisas sobre preceptoria e currículo, compreendendo a relação entre escola, currículo e sociedade.

Ivor Goodson refere que “currículo deriva do latim *scurrere*, que significa correr, e deve ser utilizada no sentido de curso (ou carro de corrida). Ou seja, deve ser entendida como um campo a ser seguido, ou, mais especificamente, apresentado” (105). Ao superar o painel reducionista técnico, o autor ainda evidencia o “currículo como construção social, não só por sua prescrição, mas também como processo e prática” (105).

Valorizar o desenvolvimento de um bom currículo é firmar o discurso e a construção de empoderamento e significação, de fazer sentido, sendo o ponto de conexão entre diferentes discursos, tanto culturais como sociais (106). Segundo Lopes e Macedo, existem quatro visões sobre a convergência entre currículo e conhecimento (106), relacionadas no

Quadro 19 apresentado a seguir:

**Quadro 19: Visões de convergência entre currículo e conhecimento**

| <b>PERSPECTIVA ACADÊMICA</b>      | <b>CONHECIMENTO SUBMETIDO AO RIGOR METODOLÓGICO E REGRAS</b>   |
|-----------------------------------|--|
| <b>Perspectiva instrumental</b>   | Legitimação do conhecimento, demandada pela perspectiva acadêmica, no intuito de atender a determinadas finalidades de forma eficiente, sendo talhado para iniciativas comprometidas com incrementos na produtividade econômica. |
| <b>Perspectiva progressivista</b> | O conhecimento se alimenta da experiência e objetiva agregar bem-estar social às relações sociais democráticas.  |
| <b>Perspectiva crítica</b>        | Incorpora o enfoque da distribuição de poder e luta pela hegemonia.  |

Fonte: Elaboração própria a partir de 106.

Lopes e Macedo trazem à reflexão que o currículo por competências, por vezes pode ser utilizado para fins de objetivo instrumental. Entretanto, especificamente na formação em saúde, apoderar-se de competência enquanto conceito, no desenvolvimento de currículos, pode servir para ressignificar a prática profissional enquanto cerne de reflexão mediada por problematização das atitudes profissionais e a análise do contexto que a permeia (107). Por esta razão, a estruturação de um currículo que elenque competências a serem adquiridas, é fortemente sugerida nesta propositura.

As competências devem considerar as necessidades identificadas pelos Ministérios da Educação e Saúde, visando fortalecer as políticas públicas vigentes e considerando a produção científica especializada e de evidência, que já aborda esta temática.

No contexto educacional atual, e em um país de dimensões continentais, deve ser considerada como estratégia prioritária, o desenvolvimento de princípios do ensino colaborativo em equipes, através da “formação de comunidades de aprendizagem” (108).

Uma diversidade de fatores influencia na escolha programática de conteúdos e metodologias. Sendo assim, deve-se incentivar a investigação das melhores práticas e a forma mais adequada de ofertar as mesmas através de pesquisas que incorporem estes determinantes, trazendo refinamento e incremento pedagógico, pautando preferencialmente estas práticas na andragogia, e por fim, contextualizando e recontextualizando a educação do preceptor.

A recontextualização é a convergência entre os discursos instrucional, regulativo, moral, valorativo e técnico (106). Esta recontextualização da educação, permite a releitura de ideias prévias em outras perspectivas, trazendo por fim, ressignificação das práticas.

Existe também, a necessidade de regulamentação legal da formação oficial para preceptoria, bem como a certificação da mesma pois, conforme determina a Constituição



Federal (7), a efetiva ordenação da formação profissional em saúde demanda uma base jurídico-normativa sólida e uma coordenada formação de profissionais para atuarem nos sistemas de saúde, pois preceptores são imprescindíveis para assegurar a formação do perfil profissional médico compatível com as necessidades da população.

Soares e colegas sugerem que a regulamentação nacional, em forma de lei, apesar de ser um processo mais complexo, é consideravelmente mais sólido para a efetivação de uma carreira (. Sendo assim, necessita grande mobilização para despertar interesses, sensibilizar a sociedade e angariar apoios para atingir este objetivo” (109).

**Quadro 20: Matriz de macrodiretrizes para Formação em Preceptoría Médica em Medicina de Família e Comunidade**

| DIMENSÕES                                  | MACRODIRETRIZES  |
|--|--|
| <b>Direcionalidade da formação</b>         | 1. Desenvolver competências pedagógicas para preceptores que considerem a realidade de formação em serviço, os princípios da educação de profissionais de saúde no contexto do SUS e as boas práticas assistenciais, que os instrumentalizem para trabalhar adequadamente com as características locais da comunidade e de cada cenário de ensinagem.  |
| <b>Conteúdo a ser abordado na formação</b> | 1. Trabalhar com perfil de competências que expressem a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de ações contextualizadas frente a problemas prevalentes na respectiva atuação profissional, em três frentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde: Atenção à saúde e preceptoría</li> <li>• Gestão: Gestão do trabalho e da educação na saúde</li> <li>• Educação: Formação profissional e produção de conhecimento na saúde</li> </ul> 2. Preconizar os 10 domínios de competências considerados prioritários na formação continuada de educadores no século XXI, elencados por Perrenoud.  |
| <b>Estratégias pedagógicas</b>             | 1. Ofertar atividades pedagógicas autodirigidas para estimular a busca ativa do conhecimento, bem como vivências em diferentes grupos em encontro presencial, a fim de favorecer a integração e o desenvolvimento de capacidades colaborativas para o trabalho em equipe.<br>2. Ofertar práticas colaborativas que considerem a experiência prévia, que reconheçam que as motivações e que as emoções desempenham um papel fundamental na história de cada aprendiz, reforçando a importância da perspectiva andragógica.<br>3. Trabalhar com grupos operativos com foco na educação, incentivando a formulação de objetivos comuns, para que o grupo proponha mudanças e simultaneamente trabalhe o medo de mudar, medo este, que provoca entaves emocionais à aprendizagem e à comunicação.<br>4. Utilizar tecnologias de informação e comunicação (TICs) no desenvolvimento pedagógico e profissional de preceptores, inclusive nas comunidades de prática e aprendizagem colaborativa. |
| <b>Concepções e estrutura formativa</b>    | 1. Experimentar o preceptor na teoria e na prática a partir de experiências, dados, fatos, reflexões e teoria aplicada, utilizando evidência validada da literatura, em modelos híbridos e com referenciais andragógicos de formação.<br>2. Simular a prática da preceptoría, utilizando a teoria da educação aplicada neste contexto, demonstrando que a experiência que capacita é aquela sobre a qual se reflete, e que trocar de lugar é importante, pois ensina.  |

| DIMENSÕES | MACRODIRETRIZES   |
|-----------|---|
|           | <p>3. Trabalhar a incerteza, de maneira intencional, para o desenvolvimento de flexibilidade e da capacidade de reorganização de planejamentos educacionais de acordo com a necessidade de aprendizagem de um grupo.</p> <p>4. Desenvolver ambiente de prática educacional coerente e de construção de vínculos significativos entre os sujeitos envolvidos no ato educativo, através de metodologias ativas, fazendo com que o preceptor perceba um significado maior em relação ao seu cotidiano e fortaleça progressivamente o vínculo com o residente, por ressignificação de experiências.</p> <p>5. Favorecer o desenvolvimento de resiliência formando preceptores transformados pela experiência educativa e mais aptos e melhor preparados para lidar com a realidade e as incertezas que atravessam os cenários de práticas.</p> <p>6. Utilizar a abordagem pedagógica crítico-reflexiva como norteadora e a problematização como método pedagógico principal, preparando os preceptores, através do contato com suas realidades, para a identificação e priorização de problemas, buscando sair do senso comum para a apropriação de teoria e hipóteses de solução, até alcançar a possibilidade de elaborar seus pensamentos, e, ao agir, transformar sua própria realidade.</p> <p>7. Envolver as dimensões sócio-cognitiva e sócio-afetiva em educação, como uma prática integral capaz ampliar a capacidade de compreender e interpretar o mundo, com o objetivo de fomentar a interação social como promotora de vínculo, como facilitadora e como impulsionadora da aprendizagem para o trabalho.</p> <p>8. Desenvolver competências na interface cuidado-educação e influenciar práticas individuais e coletivas, concebendo a educação de maneira ampla e integrativa.</p> <p>9. Estimular o desenvolvimento da capacidade de observação, análise e reflexão sobre a prática, criando ambientes de análise da mesma, de partilha de contribuições, de identificação e diferenciação para o desenvolvimento desta competência pedagógica.</p> <p>10. Orientar a organização das práticas voltadas à construção de um cuidado integral, eficiente, efetivo e seguro, pautado pela garantia de acesso, continuidade, equidade e qualidade da atenção à saúde, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica.</p> <p>11. Promover a articulação do trabalho e da educação, ao participar de iniciativas de mudanças nas práticas educativas e de cuidado, orientadas às necessidades de saúde da população.</p> <p>12. Desenvolver ações educacionais ancoradas nas teorias interacionistas da aprendizagem, na metodologia científica e na dialógica, a partir da identificação de necessidades de aprendizagem da equipe, do educando e do próprio educador.</p> <p>13. Priorizar a formação em educação e formação em gestão de ensino em saúde.</p> <p>14. Trabalhar liderança na complexidade, incentivando o desenvolvimento de competências de resiliência institucional e liderança através do Modelo de Ações Adaptativas.</p> <p>15. Promover equilíbrio instável de certezas e instigar a busca por caminhos criativos de solução, dinamizando as potencialidades dos preceptores enquanto seres humanos.</p> <p>16. Preconizar um processo avaliativo formativo contínuo, com a finalidade de observação do deslocamento individual de cada preceptor neste processo.</p> |

*Continua*

| DIMENSÕES   | MACRODIRETRIZES   |
|---|---|
| <p><b>Dimensão política: relação entre saúde, educação e pesquisa</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer as políticas e os programas de reorientação da formação de profissionais de saúde e da educação de profissionais em serviço.</li> <li>2. Visar à produção de movimentos multiplicadores na formação e capacitação de profissionais de saúde, no contexto do SUS, conforme prerrogativa legal.</li> <li>3. Estimular a valorização do exercício da preceptoria e da construção da identidade do preceptor como um facilitador de aprendizagem, com ampliação de consciência crítica e comprometido com a transformação da realidade.</li> <li>4. Incentivar a produção científica relacionada à formação em preceptoria, projetando e oportunizando o preceptor como pesquisador, como no caso desta dissertação, revertendo a produção de conhecimento em serventia à orientação de currículos e projetos de formação pedagógica para preceptores, considerando a enunciação andragógica.</li> </ol> |

Fonte: Elaboração própria.

Acredita-se que as macrodiretrizes propostas em cada uma das dimensões apresentadas na matriz acima podem orientar a estrutura de construção de um currículo de formação do preceptor médico em Medicina de Família e Comunidade na perspectiva da andragogia, e não mais uma proposta de curso formativo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### *O timing*

*“Antes da hora ainda não é a hora certa;  
Depois da hora já não é mais a hora adequada;  
A hora é a agora”.*

A andragogia valoriza uma prática reflexiva. Tal prática deve ser precedida por um planejamento pedagógico que a valorize. Para que os educandos tenham a oportunidade de exercitar a prática reflexiva, Philippe Perrenoud afirma que é importante:

Renunciar à atitude de sobrecarregar o currículo com saberes disciplinares e metodológicos; reservar tempo e espaço para (...) resolução de problemas com aprendizagem prática da reflexão profissional em uma articulação entre tempo de intervenção em campo e tempo de análise. Mais que fornecer (...) todas as respostas possíveis, uma formação orientada para prática reflexiva multiplica as oportunidades de que os estudantes elaborem esquemas gerais de reflexão e ajuste (110).

A noção da prática reflexiva remete a dois processos distintos entre si: a reflexão na ação e a reflexão sobre a ação em si, pois não há como existir uma ação complexa sem reflexão durante o processo (110). Refletir durante a ação acontece quase que instantaneamente, através de se perguntar o que está acontecendo ou o que vai acontecer, o que deve ser feito, qual a melhor estratégia, quais os riscos e assim por diante. Esta reflexão guia a um processo de decisão sem a possibilidade de recorrer a opiniões alheias ou pedir um tempo.

Já refletir sobre a ação, é algo bastante diferente, pois frequentemente a reflexão afastada do calor da ação pedagógica é retrospectiva e prospectiva. A própria ação é objeto de reflexão e assim, só tem sentido para compreender, aprender e integrar o acontecido.

Schön (2008) justifica que, a partir da observação das práticas profissionais, a conversa reflexiva que ocorre durante a ação conjunta com colegas ou educandos é o centro da reflexão sobre a prática, e que estas conversas reflexivas podem colaborar com a tomada de decisões, compreensão, troca de conhecimentos e produção de novas experiências (111).

A reflexão surge associada ao modo como se lida, na prática, com os problemas, com a possibilidade das incertezas, a abertura a novas hipóteses, ao dar forma aos problemas, ao descobrir novos caminhos e a gerar soluções. Sendo assim, uma prática pedagógica reflexiva pressupõe um profissional que revisita constantemente seus objetivos, evidências e saberes, e se insere num ciclo permanente de aprimoramento, já que teoriza sua prática consigo e/ou com

uma equipe pedagógica. Esse cenário é desejável na residência e pode ser induzido pelo preceptor que carrega consigo essa perspectiva.

É relatado que a complexidade crescente dos modelos de atenção e de formação interagem entre si e são reconhecidos nas práticas educacionais, e neste processo, ocorre a progressiva reconstrução dos valores e percepções a partir das recorrentes aproximações às temáticas, criando um lugar comum entre educação e cuidado e recriando conceitos e práticas.

Inspirando-se nos princípios do Relatório de Delors e colegas, que define quatro aprendizagens fundamentais como pilares do conhecimento ao longo da vida, a saber:

(...) aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas, e finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta (112).

Remete-se então à correlação entre a prática reflexiva no ofício da educação de profissionais de saúde, em especial nas ações de preceptoria, com a Política Nacional de Educação Permanente no contexto do SUS. Nesta política, os serviços são reconhecidos e valorizados como espaços de aprendizagem e suas necessidades de planejamento e gestão deverão ser atendidas pelos formadores (preceptores e professores) com o objetivo de tornar sua estrutura e processo de trabalho adequados à realidade de saúde.

Para o exercício dessas ações, pressupõe-se a necessidade de uma formação que transcenda conteúdos técnicos. O Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), reconhece essa importância quando afirma que só se conseguirá mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se forem mudados também os modos de ensinar e aprender (113).

Ao exercer o papel de facilitador de aprendizagem, o docente preceptor precisa mostrar respeito aos saberes dos especializando, ética e estética de uma prática educacional emancipadora e reflexão crítica sobre essa prática. Segundo Paulo Freire, cabe a este facilitador (76):

- promover a curiosidade e a criticidade;
- reconhecer que o processo educacional é inacabado;
- respeitar a autonomia do especializando;
- mostrar responsabilidade, tolerância e bom senso;

- aceitar o novo e construir novos saberes;
- integrar intenção e gesto, comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade.

As pessoas que se colocam em prática, interagem com a prática, transformam e são transformadas por ela, devem ser o foco do planejamento educacional com valores orientadores, pois estes são sujeitos que se constituem na relação uns com os outros, com o conhecimento, a experiência e o contexto. Sendo assim, na essência, a origem deste planejamento deve ser integrador, participativo e fundamentado no método científico que busca a coesão entre a teoria e a realidade, propondo hipóteses, retornando à realidade para aplicá-las, acompanhar e verificar os desfechos.

Danilo Gandin define planejamento como um processo de tomar decisões, uma intervenção organizada na realidade para transformá-la naquilo que se quer, um conjunto de modelos, técnicas e instrumentos, para organizar e transformar e, neste sentido, o planejamento é uma ferramenta (114). “As duas forças que estimulam o planejamento são a consciência da existência de problemas e a esperança de poder solucioná-los (...). Para trabalhar o planejamento é preciso pensar sempre duas dimensões: a do conteúdo e da metodologia” (114).

Os problemas que nortearam a construção desta dissertação se relacionam aos desafios pedagógicos no exercício da preceptoría e a esperança de solucioná-los considera a necessidade de uma rede de educadores atuando de forma colaborativa e contextualizada na compreensão deste ofício, construção de sua identidade e aprimoramento de sua prática, e estes pressupostos perpassam pela formação pedagógica e andragógica do preceptor, buscando a coerência interna entre o desejo, a necessidade e a ação, essenciais a todo planejamento, corroborando com que Gandin afirma quando diz que é necessário “colocar racionalidade, sem tirar a força do desejo” (114).

Assim como Paulo Freire (76), entende-se a educação como um ato, uma prática social e política, pois é no exercício da autonomia progressiva do fazer, com curiosidade crescente, reflexão contínua sobre a ação, estímulo ao pensamento crítico, com comprometimento da equipe, tendo como consequência o senso de responsabilidade sobre suas ações, que a prática pedagógica acontece.

A sustentabilidade do Desenvolvimento de Competências Pedagógicas de Educadores das Profissões de Saúde é um desafio ao mesmo tempo em que se faz convite na busca de processos emancipatórios que guardem fidelidade a este processo, com o objetivo de ampliar fronteiras, preservar e construir novos vínculos, contribuir na formação de sujeitos

críticos e autônomos, possibilitar o exercício metacognitivo e o acompanhamento da aprendizagem.

O contexto de atuação do preceptor é diversificado e se alterna entre períodos em que as políticas de saúde são mais inclusivas e períodos com perda de direitos e piora das condições de trabalho. Este contexto é também influenciado por competências atitudinais pessoais, como paixão por ensinar e compromisso com a formação do residente e competências de habilidades, como ser criativo e estratégico na execução da função de educador. Porém, o preceptor também está exposto em alguns contextos, à violência e exploração.

Existe ainda o descompasso entre a teoria e a prática e a necessidade de enfrentamento através da regulamentação de estratégias de cooperação entre o ensino e o serviço, no esforço de profissionalização daquele, e para isto é necessário investimento na formação do preceptor.

Assim sendo, a formação do preceptor deve levar em consideração a motivação individual para se comprometer com a formação de novos colegas de especialidade, concomitantemente com a manutenção do trabalho na assistência, em condições muitas vezes inadequadas ou desfavoráveis.

A partir da criação e expansão da Estratégia Saúde da Família, evidenciou-se o grande hiato entre as necessidades de SUS e a formação de profissionais para nele atuarem, principalmente quando se observa a falta de formação específica e em maior escala para o estabelecimento de preceptores preparados.

Houve o estabelecimento de políticas públicas com o objetivo de aprimorar a formação profissional e apoiar mudanças na assistência, mas ainda assim, as iniciativas envolvendo a formação do formador na assistência são muito embrionárias.

Ao ingressar em um programa de residência, o residente vivenciará relacionamentos, cenários e situações que impactarão sua vida e sua prática. Sendo assim, a preceptoria tem o importante papel de promover o ganho de competências de conhecimento, habilidades e atitudes, através do treinamento em serviço, na abordagem de situações complexas de interação entre preceptor, residente, outros profissionais de saúde, usuários e equipamentos sociais.

A imitação de modelos pode inicialmente ajudar os alunos a se adaptarem ao ambiente clínico, à medida que se acredita que observações dos estudantes e residentes de medicina sobre comportamentos, especificamente os de seus modelos, afetam mais os aprendizados do que o ensino formal (115). Nesta prática, o preceptor atua como *role model*, sendo o cerne do processo de ensinagem (116). O preceptor acumula, em ambientes de cobrança

e pressão, a função na assistência e na educação, sendo o arquiteto da estrutura da relação educando-educador nos serviços de saúde (117).

A modelagem de papéis é uma estratégia poderosa, embora pouco explorada. Destaca-se, entretanto, que a prática da imitação de modelos, se mantida por longo prazo, pode perpetuar práticas indesejáveis, como afirma Julie Benbassat:

Se definido como demonstração de habilidades, fornecimento de feedback e emulação de comportamentos profissionais específicos, a modelagem de papel é um componente importante do treinamento clínico. No entanto, se for definida como uma imitação não-seletiva do aluno de modelos e adoção não crítica das mensagens do ambiente de aprendizagem, os benefícios da modelagem de funções devem ser ponderados em relação a seu dano não intencional (115).

Percebe-se, na atualidade, cada vez menos a diferenciação entre docentes e profissionais que atuam na assistência e no ensino em serviço (118). Nunes e colegas explicitam que o ponto primordial da formação em serviço é a supervisão adequada, e para tanto, é necessário que a mesma seja profissionalizada, apesar de que “inacreditavelmente, a residência médica (...) não inclui programa e táticas de reconhecimento, qualificação, certificação e remuneração da supervisão”. Argumentam também, que os critérios e regras para o exercício da preceptoria são insuficientes e “certamente precisam ser melhoradas” (119). Opinião corroborada por Soares e colegas (109), que aponta lacunas nesta formação.

Susana Wuillaume (2000) destacou a similitude entre a formação do residente e a metodologia da “problematização” desenvolvida por Paulo Freire (76), e que segundo Neusi Berbel (75), tem sido utilizada de maneira inovadora em contextos de formação em saúde, apontando a preceptoria como “um processo de mediação”, requerendo do preceptor “conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação” (116).

Relacionando o real e a teoria, através da mediação, busca-se “captar um fenômeno no conjunto de suas relações com os demais fenômenos (...). Sem as mediações as teorias se tornam vazias e inertes, e sem as teorias, as mediações se tornam cegas ou caolhas” (120). O preceptor então, deve ser o “mediador entre o aluno e a cultura”, sendo que “a filtragem do currículo pelos professores não é um mero problema de distorções cognitivas ou interpretações pedagógicas diversas” (120).

José Gimeno Sacristán demonstra que esta “filtragem” traz desenvolvimento docente, explicitando que as inovações demandam a incorporação de ideias novas na estrutura de conhecimentos já adquiridos anteriormente e no próprio comportamento docente (121).



Assim, evidencia-se, como prerrogativa da andragogia, que na assimilação do novo conteúdo existe uma adaptação interior cujo resultado não é a reprodução caricaturada da ideia, mas um ajuste entre os significados do ensinamento do professor e os que a nova proposta objetiva difundir.

Trazendo uma perspectiva mais holística do que atributos e características de processo de trabalho, Soares e colegas descrevem que:

O preceptor deve extrair das situações complexas e contraditórias de seu exercício profissional diário a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução. Exercer estratégia educativa que favoreça uma atitude reflexiva e emancipadora. O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. Supervisionar e orientar no processo de decisão em questões éticas e morais da profissão. Pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo, funções típicas de um mentor (109)).

Devido a sua natureza integrativa, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) necessita que o preceptor desempenhe com singularidade o planejamento, o acompanhamento e avaliação da formação e da aprendizagem do seu residente, sendo seu interlocutor de referência, realizando acolhimento, mediação, e advogando pelo mesmo. O residente sempre deve ser incentivado a coordenar seu próprio processo de aprendizagem, estando no foco da formação, e ser estimulado a desenvolver gradativamente responsabilidade e profissionalismo.

Necessita-se de fomento às políticas públicas e iniciativas já existentes para a regulamentação da formação de preceptores. O desenvolvimento de pesquisas nesta área é estratégico para o desenvolvimento de propostas de currículo adequado à formação deste essencial formador. O Programa de Mestrado Profissional em Saúde (PROFSAÚDE) ofertou, através da linha de pesquisa de educação em saúde, a oportunidade deste assunto tão relevante ser trazido novamente à discussão, na expectativa de sensibilizar pares e atores envolvidos nos processos formativos e de regulamentação.

Investir em formação pedagógica do preceptor e em inovação é necessário para o desenvolvimento de processos educacionais, assim como conhecer as principais dificuldades, necessidades e demandas para o exercício da preceptoria. Estas devem nortear a instrumentalização deste profissional.

Saber o que é um preceptor e qual o seu papel, quais devem ser suas atribuições na formação do residente e quais competências devem ser estimuladas para que esteja devidamente preparado para desempenhar esta função são os primeiros passos para se operacionalizar, na prática, a profissionalização do preceptor.

Aceitar o convite e a incumbência de ser preceptor não garante o desempenho adequado da função, e trabalhar com pessoas sem perfil ou formação para somente não deixar o residente sem supervisão não pode ser considerada uma opção para “redução de danos”, já que é altamente lesivo à formação do mesmo.

A fragilização nas estruturas, nas leis trabalhistas e a falta de investimento financeiro são os principais entraves para o delineamento de um modelo assistencial e educacional mais moderno e efetivo (122). Esta precarização, em associação à deficitária formação em educação de preceptores, demonstra a urgência de enfrentamento desta problemática através de ofertas de educação continuada e permanente.

Conscientes da necessidade de articulação entre os diversos campos de formação em saúde, faz-se mister o alinhamento de fatores e percepções trabalhados de maneira isolada até então, bem como o avanço na formação de redes que aperfeiçoem suas relações. Frenk e colegas recomendam fortemente a preferência por currículos baseados em competências, flexíveis e adaptáveis a mudanças nos contextos, que promovam educação interprofissional, tenham foco em aprendizagem colaborativa e trabalho cooperativo horizontalizado, frisando a importância e necessidade de desenvolvimento docente, com objetivo primeiro de desenvolver valores em comum e relacionados à responsabilidade social, tanto individual, quanto profissional e institucional (123).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) formalmente orienta a formação dos residentes de medicina de família através de ganho progressivo de competências em um currículo direcionado por elas. É mais que evidente e necessário que o preceptor de residência médica, principalmente de medicina de família e comunidade, passe a receber formação sólida, distribuída em um currículo norteador de competências técnicas assistenciais, competências atitudinais, habilidades, conhecimentos e competências pedagógicas, em aprendizagens significativas e guiadas pelos preceitos da andragogia.

A reflexão sobre a ensinagem e o alcance da formação em saúde têm transformado a relação entre a teoria ensinada e a prática profissional, principalmente segundo o entendimento do conceito de competência. O elemento primordial da efetiva adequação do perfil de profissional e a adequada distribuição desta primorosa população efetiva é o

planejamento e a gestão do processo referente à formação e desenvolvimento de expertise destas pessoas.

Seguindo esta linha de raciocínio, o preceptor está no cerne da formação em serviço, e fica mais que evidente a necessidade de fomentar as oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional através da educação continuada e permanente. Ou seja, é necessário formar, e formar bem quem forma.

Soares e colegas (109) sinalizam a necessidade de investimento na qualidade do exercício da preceptoria, favorecendo o fortalecimento de sua aptidão para mediar o aprendizado. Não há educação autêntica sem o compromisso amoroso assumido com a transformação radical de uma realidade concreta opressora, como afirma Freire:

O compromisso com a humanização do homem, que implica uma responsabilidade histórica, não pode realizar-se através do palavreiro, nem de nenhuma outra forma de fuga do mundo, da realidade concreta, onde se encontram os homens concretos”, escreveu o educador pernambucano. “O compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas águas os homens verdadeiramente comprometidos ficam molhados, ensopados. Somente assim o compromisso é verdadeiro (124).

As vertentes do academicismo são fundamentais a produção técnico-científica nos mais diversos segmentos da sociedade, todavia, não podem ser limitantes à expansão do pensamento, as posições desafiadoras ou provocativas e a ousadia no desbravamento de novas fronteiras.

A acelerada dinâmica dos tempos impõe revisões periódicas e, principalmente, a incorporação dos preceitos fundamentados que vão surgindo no desenrolar evolutivo. Ao serem abordados os aspectos andragógicos, temos, ainda, fronteiras subjetivas que merecem atenções especiais e, portanto, a necessária complementação da proposta em si. Na difusão de qualquer conhecimento, na busca da adequada capilaridade e na objetividade de alcançar uma abordagem formativa, temos que nos aprofundar nas colateralidades significativas, que são:

1) Planificação de conteúdo:

- Pela ótica qualitativa, para definir quem e como serão estabelecidas as referências;
- Pela abordagem holística, para definir o seu alcance;
- Pela performance, para definir os indicadores esperados de resultados.

2) Caráter formativo:

- Qual é a parte de conhecimentos e técnicas adquiridas que remanescerão?
- Quais serão os vetores de estímulos à manutenção, à pesquisa e ao desenvolvimento?

### 3) Senso crítico:

- Como ativar e potencializar a percepção crítica construtiva?

Há, também, a avaliação da implementação e aplicabilidade do conhecimento, com fundamentação técnica, onde nos deparamos com os seguintes aspectos relacionados à construção de conteúdos aplicados, neste caso, aos preceitos defendidos pela andragogia:

- Preceptor;
- Mensagem (conteúdo);
- Residente;
- Objetivos (razão);
- Ruídos (desvios);
- Parâmetros (indicadores);
- Sedimentação (resultantes);
- Perpetuação (estímulos);
- Atualização (inovação).

Enquanto a pedagogia encontra o fértil terreno para a semeadura do conhecimento, a andragogia tem a missão de recuperar o terreno exaurido das competências, enfrentando o seu maior obstáculo, o enraizamento sociocultural, sua qualidade, seus desvios, as pretensas saturações do conhecimento e a predisposição contra o novo.

Em permanente exercício, deve ser estimulada a cognição, a atitude e o aspecto contributivo que os profissionais da área da saúde têm como preceito fundamental da sua profissão, ainda mais nas abordagens da MFC.

Há de ser aumentada a consciência profissional, o preparo para enfrentar uma das mais nobres profissões e o indiscutível alcance social que nela se encerra. É imprescindível resgatar, além das necessárias técnicas, a essência da humanidade nas atitudes profissionais. É preciso estimular pensadores.

## REFERÊNCIAS

1. Wang VCX. (ed.) *Assessing and Evaluating Adult Learning in Career and Technical Education*. [e-book]. Hershey: IGI Global, 2011.
2. Kiely R, Sandmann LR, Truluck J. New directions for adult and continuing education. *Wiley Periodicals*, 2004, 103:20-1.
3. Girotto LC, Enns SC, de Oliveira MS, Mayer FB, Perotta B, Santos IS, *et al.* Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. *BMC Med Educ*. 2019 Jun 13;19(1):203. doi: 10.1186/s12909-019-1642-7
4. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde soc.* 2011, 20(4): 884-899.
5. Braga JCS, Paula SG. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 2006.
6. Pereira AMM. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014. 229p.
7. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2018.
8. Santos L, Andrade LOM. *A ordenação da formação de recursos humanos e a universalização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS* [Internet]. 2012. [Acesso em: 15 fev. 2018]. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/11/12/a-ordenacao-da-formacao-de-recursos-humanos-e-a-universalizacao-do-acesso-as-acoes-e-servicos-de-saude-no-sus/>
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União [Internet] Brasília, 19 set. 1990. [Acesso em 02 jan. 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
10. CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 450 de 10 de novembro de 2011. *Dispõe sobre a formação de profissionais, em todas as profissões da saúde, para atender às necessidades da sociedade brasileira* [internet]. 2011. Acesso em: [07 abr. 18]. Disponível em: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso450.doc>
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva* 2001, 6( 2 ): 269-291.
12. Castro ALB, Machado CVA. Política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, 2012, 22(2):477-506.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. *Estratégia Saúde da Família*. [s.d]. [Acesso em 07 abr. 2018]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)
14. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Dispõe sobre a Instituição do Programa Mais Médicos e dá outras providências*. Diário Oficial da União [Internet] Brasília, 22 out. 2013. [Acesso em 02 jan. 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm) Acesso em: 02 jan. 2018.
15. Sampaio LFR. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso GDF, Silva VPS. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 28-41.
16. Trindade TG, Batista SR. *Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!* Ciênc. saúde coletiva 2016, 21(9): 2667-2669.
17. Vicente VC, Pitz PB, Arenal JMC, Ferrández ES, Gonzalez FS. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. *Gac Sanit*, 2012, 26(S1):69-75.
18. CRMS. *Canadian Resident Matching Service. R-1 Main Residency Match Report*. 2016. [Acesso em 07 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.carms.ca/wp-content/uploads/2016/06/2016-R1-match-report-full-EN.pdf>
19. SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Revisão da Resolução 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica*. Brasília: SBMFC, 2012.
20. Augusto DK. Residência em Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso GDF, Silva VPS. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 381-386.
21. Ludmerer K. *Let me heal: the opportunity to preserve excellence in american medicine* [e-book] 1ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.
22. Nunes MPT, Martins ACS, Machado VR. Avaliação do sistema RM: Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente. *Cadernos da ABEM*, 2011, 7:41-45.
23. Alessio MM, Souza MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2016, 26(2): 633-667.
24. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1.977. *Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências*. Diário Oficial da União [internet]. Brasília, 6 set. 1977.
25. Ribeiro MAA. *Apontamentos sobre residência médica no Brasil* [internet] Câmara dos Deputados. Brasília, maio/2011. [Acesso em: 7 nov. 2018] Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011\\_123\\_.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011_123_.pdf)

26. Brasil. Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985. *Altera a redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica*. Diário Oficial da União. Brasília, 24 jun. 1985.
27. Brasil. Decreto nº 7.562, 15 de setembro de 2011. *Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica*. Diário Oficial da União. Brasília, 16 set. 2011a.
28. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. *Resolução nº 06, de 11 de junho de 1981*. Diário Oficial da União. Brasília, 12 jun. 1981a.
29. Scheffer M. (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP): 2018. 286 p.
30. Brasil. Lei nº 6.932, 7 de julho de 1981. *Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 9 jul. 1981b.
31. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 01, [s.d]. *Dispõe sobre a admissão em Programa de Residência Médica*. Diário Oficial da União. Brasília, 05 set. 1999.
32. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 03, de 16 de setembro de 2011. *Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica*. Diário Oficial da União. Brasília, 19 set. 2011b.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. *Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*. Diário Oficial da União. Brasília, 02 set. 2011c.
34. Oliveira CM, Cruz MM da, Kanso S, Reis AC, Lima A, Torres RMC, *et al*. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015, 20(10):2999-3010.
35. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 02, de 27 de agosto de 2015. *Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica ao art. 22 da Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica*. Diário Oficial da União. Brasília, 28 ago. 2015.
36. Schunk DH. *Learning theories: An educational perspective*. New York: Macmillan, 1991.
37. Flok W. *Educational psychology*. [e-book] 4ª ed. 2010. Toronto: Persin Canada.
38. Lopes Júnior CF, Silva GS da, Mendes PSN, Hoppe JHB, Ribeiro BNM. Development Of An Application Through Computational Modeling For The Implementation Of The Riemann Sum Method And Trapezoid Rule To Obtain The Approximation Of Areas Under Curves. *IOSR-JRME*, 2018, 8(4):52-57.

39. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Psicologia Educacional*. Trad. Eva Nick. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
40. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR (eds.). *How people learn: Brain, mind, experience, and school*. 1999. Washington, D.C.: National Academy Press.
41. Adão NML, Renger DM. Competências para uma aprendizagem significativa: reflexões no contexto da educação profissional. *Tecnologias para Competitividade Industrial*, Florianópolis, Educação, 2013, n. esp: 1-20.
42. Bonwell CC, Eison JA. *Active learning: creating excitement in the classroom*. ASH#-ERIC Higher Education Report Nº 1. [internet] 1991. Washington, D.C.: The George Washington University, School of Education and Human Development.
43. Handelsman J, Miller S, PFund C [e-book]. *Scientific Teaching*. W H Freeman, 2007.
44. Ramos M. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010. 290 p.
45. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, *et al*. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *PNAS* 2014, 111(23):8410-8415.
46. Vygotsky LS. *Mind in society* [e-book]. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
47. Vygotsky LS. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4ª ed. [Acesso em 10 out. 2018] São Paulo: Martins Fontes; 1991. Disponível em: <https://cristianopalharini.files.wordpress.com/2011/04/vygotsky-a-formac3a7c3a3o-social-da-mente.doc>
48. Bendito DV. Considerações acerca da aprendizagem significativa e dos mapas conceituais. *Aprendizagem Significativa em Revista/Meaningful Learning Review* 2015, 5(3): 29-41.
49. Henschke JA. *An Overview of Malcolm Knowles' Concept of Andragogy*. 2012. [Acesso em 28 nov. 2018]. Disponível em: [file:///C:/Users/P\\_213462/Downloads/p16240coll5\\_81.pdf](file:///C:/Users/P_213462/Downloads/p16240coll5_81.pdf)
50. Loeng S. *Various ways of understanding the concept of andragogy*. *Cogent Education* 2018, 5:1 DOI: 10.1080/2331186X.2018.1496643.
51. Teal Center Fact Sheet. *Adult Learning Theories Nº 11*. 2011. [Acesso em 28 nov. 2018] Disponível em: <https://lincs.ed.gov/state-resources/federal-initiatives/teal/guide/adultlearning>
52. Reischmann J. *Andragogy. History, Meaning, Context, Function*. 2004. [Acesso em 10 jan. 2019]. Disponível em: <http://www.andragogy.net/Andragogy-Internet.pdf>
53. Merriam SB. *Andragogy and Self-Directed learning: pillars of adult learning theory*. In: *New Directions for adult and continuing education*. Nº 89. Spring: 2001. [Acesso em 10 jan. 2019] Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/348f/4ec482384d90bafad92e226fa4471ff56539.pdf>



54. Henschke JA. A global perspective on andragogy: An Update. *In: Proceedings of the Commission on International Adult Education [CIAE] Pre-Conference, American Association for Adult and Continuing Education [AAACE] Confederende, Boucouvalas, M. [Ed], 2008, 1: 43-94. [Acesso em 28 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.umsl.edu/~henschkej/articles/added-02-10/11.pdf>*
55. Keese G. *Andragogy-Adult learning theory*. 2010. [Acesso em 28 nov. 2018]. Disponível em: <http://teachinglearningresources.pbworks.com/w/page/30310516/Andragogy--Adult%20Learning%20Theory>
56. Boeve J. *An overview of Malcolm Knowles concept of Andragogy*. 2012. [Acesso em 26 nov. 2018]. Disponível em: [contentdm.umuc.edu/digital/api/collection/.../id/81/download](http://contentdm.umuc.edu/digital/api/collection/.../id/81/download)
57. Abela J. *Adult learning theories and medical education: A review*. *Malta Medical Journal* 2009, 21(1):11-18.
58. Knowles MS. *Self-directed learning* [e-book]. New York: Association Press, 1975.
59. Bates C. *Malcolm Knowles (1913 - 1997)*. University of Tennessee-Knoxville, 2009. [Acesso em 26 nov. 2018] Disponível em: [http://web.utk.edu/~start6/knowles/malcolm\\_knowles.html](http://web.utk.edu/~start6/knowles/malcolm_knowles.html)
60. Knowles MS, H EF, Swanson RA. *The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development* [e-book]. 6ª ed. Amsterdam; Boston: Elsevier, 2005.
61. Clark DR. *Malcolm Knowles*. 2011. [Acesso em 28 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/history/knowles.html>.
62. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL dos, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV *et al*. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2012, 36(1, Suppl. 2), 170-177.
63. Brehmer LFC, Ramos FRS. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de cursos de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2014, 48(1):119-26.
64. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA de, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008, 32(3), 356-362.
65. Sullivan M, Kioovsky RS, Mason DJ, D Hill, C, Dukes C. Interprofessional Collaboration and Education. *AJN The American Journal of Nursing* 2015, 115(3): 47–54.
66. Massaroli A, Saupe R. *Distinção conceitual: educação permanente e educação Continuada no processo de trabalho em saúde*. 2005. [Acesso em 05 set. 2019]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf>

67. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004.
68. Brasil Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente. PNEPS*. [s.d]. [Acesso em 5 set. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>.
69. Omer TY, Moola SM. The Importance of the Preceptor-Preceptee Relationship in Creating Well Prepared Professionals: A Make or Break Experience. *Global Journal of Health Science* 2019, 11(1).
70. Lai KP, Lim PH. Concept of Professional Socialization in Nursing. *IEJSME* 2012, 6(1), 31-35.
71. Lee TY, Tzeng WC, Lin CH, Yeh ML. Effects of a Preceptorship program on turnover rate, cost, quality and professional development. *J Clin Nurs*. 2009 Apr;18(8):1217-25. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02662.x.
72. ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. *Caderno de Ensino do Tutor: desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da Preceptoría e Docência*. 2016
73. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1001, de 22 outubro de 2009. *Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas*. Diário Oficial da União. Brasília, 23 out. 2009.
74. Dewey J. *Democracia e educação: introdução à filosofia da educação*. 3ª ed. Trad. Godofredo Rangel e Anísio Teixeira. São Paulo: Nacional, 1959.
75. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 1998, 2(2): 139-154, 1998.
76. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
77. Perrenoud P. *Dez novas competências para ensinar [e-book]*. PA: Artmed, 2008. [Acesso em 12 jun. 2019]. Disponível em: <http://abenfisio.com.br/wp-content/uploads/2016/06/10-novas-competencias-para-ensinar.pdf>.
78. Knowles MS. *The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy*. New York. Association Press, 1970.
79. Bleger J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. 2ª ed. SP: Martins Fontes, 1998.
80. Pichon-Rivière E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. 1986.
81. Freire M. *Educador, educa a dor*. São Paulo, Paz e Terra, 2008.

82. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.276 de dezembro de 2007. Estabelece que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS deverão atender as etapas de habilitação e a apresentação de projetos. Diário Oficial da União, 28 dez. 2007.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936 de 27 de abril de 2011. *Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)*. Diário Oficial da União, 28 abr. 2011.
84. Lima VV, Oliveira MS de, Petta HL, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Padilha RQ. *Preceptoria no SUS. Caderno do curso 2017*. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2017. 74P. (Projetos de Apoio ao SUS).
85. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005, 9(17): 369-79. [Acesso em 09 jul 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>
86. Hager P, Gonczi A. What is competence? *Medical Teacher* 1996, 18(1): 3-15. [Acesso em 09 jul. 2019]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/232061493\\_What\\_is\\_competence](https://www.researchgate.net/publication/232061493_What_is_competence)
87. Maturana RH. *Emoções e linguagem na educação e na política*. BH: Ed. UFMG, 1998. [Acesso em 27 mar. 2019]. Disponível em: <https://mariotavares.com.br/textos/emocoeseilinguagemnaeducacaoenapolitica.pdf>
88. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumind Júnior M, Carvalho YM de. (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
89. HAOC. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde MS. *Caderno do Curso de Capacitação em Preceptoria de Residência Médica*. 2018.
90. Perrenoud P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens - entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
91. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014.
92. Who. World Federation for Medical Education. *Global Standards for Quality Improvement of Medical Education*. 2015. [Acesso em 17 jul 2019]. Disponível em: <http://wfme.org/standards/bme/>.
93. Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine* 2002, 136(3):243-46. [Acesso em 17 jul.

2019]. Disponível em: <https://annals.org/aim/fullarticle/474090/medical-professionalism-new-millennium-physician-charter>.

94. CANMED. *Royal College of Physician and Surgeons of Canada*. 2015. [Acesso em 17 jul. 2019]. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

95. General Medical Council. *Tomorrow's Doctors: Recommendation on Undergraduate Medical Education*. Londres, 2003. [Acesso em 18 jul 2019]. Disponível em: <https://www.educacionmedica.net/pdf/documentos/modelos/tomorrowdoc.pdf>

96. Ausubel D. *Educational Psychology: a cognitive view*. NY: Holt, Reinhard and Winston, 1968. [Acesso em 18 jul. 2019]. Disponível em: <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.112045>

97. Knowles M. *The Adult Learner: A Neglected Species Paperback*. 4ª ed. 1990. Gulf Pub Co.

98. Freire P. *Educação e Mudança*. 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979. [Acesso em 20 jul. 2019]. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo\\_freire\\_educacao\\_e\\_mudanca.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_educacao_e_mudanca.pdf)

99. Eoyang GH, Holladay RJ. *Adaptive Action: leveraging uncertainty in your organization*. California: Satanford; 2013. [Acesso em 20 jul 2019]. Disponível em: <https://www.hsdiinstitute.org/assets/documents/5.2.3.22-introd-to-adaptive-action.pdf>

100. Freire P. *Pedagogia do Compromisso: América Latina e Educação Popular*. Indaiatuba: Editora e Livraria Villa das Letras, 2008.

101. Berbel NAN. Metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. *Rev. Diálogo Educ.* [on-line] 2012, 12(35):103-120 [Acesso em 20 jul. 2019]. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/5014/14063>

102. Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC de, Souza LN. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 578-583. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>

103. DAMÁSIO, A. O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

104. Freire M. (org.). *Grupo: Indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento*. Série Seminários. 3ª ed. São Paulo: Espaço Pedagógico, 2003.

105. Goodson I. *Currículo: teoria e história*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

106. Lopes AC, Macedo E. *Teorias de currículo*. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

107. Aguiar AC, Ribeiro EC. O Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2010, 34(3):371-8.
108. Aciole GG. Rupturas paradigmáticas e novas interfaces entre educação e saúde. *Cad. Pesq.* 2016, 46(162):1172-1191.
109. Soares ACP, Maiorquim CR, Souza CRO, Neves D, Vale F do, Fujimoto DE, *et al.* A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *In: Cadernos da ABEM* 2013, 9:14-22.
110. Perrenoud, P. *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica.* Trad. Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, 2002. [Acesso em 10 jun. 2019] Disponível em:  
[http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/P/PERRENOUD\\_Philippe/A\\_Pratica\\_Reflexiva\\_Oficio\\_Professor/Liberado/Cap\\_01.pdf](http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/P/PERRENOUD_Philippe/A_Pratica_Reflexiva_Oficio_Professor/Liberado/Cap_01.pdf)
111. Shön D. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o Ensino e aprendizagem.* PA: Artes Médicas Sul, 2008.
112. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, *et al.* *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.* 4ª ed. Lisboa: Unesco-Asa, 1998. [Acesso em 27 mai. 2019]. Disponível em: [http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a\\_pdf/r\\_unesco\\_educ\\_tesouro\\_descobrir.pdf](http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf)
113. Brasil. Ministério da Saúde. SGTES. DGES, 2009. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.* [Acesso em 12 mar. 2019]. Disponível em:  
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
114. Gandin DA. *A prática do planejamento participativo.* Petrópolis: Ed. Vozes; 2012.
115. Benbassat J. Role Modeling in Medical Education: The Importance of a Reflective Imitation. *Acad Med.* 2014, 89(4):550-4.
116. Wullaume SM. *O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise.* [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2000. 158 p.
117. Heflin MT, Pinheiro S, Kaminetzky CP, McNeill D. “So you want to be a clinician-educator...”: designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Med Teach.* 2009 Jun;31(6):e233-40. doi: 10.1080/01421590802516772.
118. Walling AD, Sutton LD, Gold J. Administrative relationships between medical schools and community preceptors. *Acad Med.* 2001 Feb;76(2):184-7.
119. Nunes MPT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB de. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. *In: Cadernos ABEM* 2011, 7:35-40.

120. Cury CRJ. *Educação e contradição*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1987.
121. Sacristán JG. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.
122. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* 2001, 35(1):103-9.
123. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, *et al*. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
124. Freire P. *Educação e Mudança*. 38ª ed. São Paulo: Paz & Terra, 2011.