

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ANANYR PORTO FAJARDO

*Os tempos da docência nas Residências em  
Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e  
(re)construir as instituições-escola na saúde*

Porto Alegre  
2011

ANANYR PORTO FAJARDO

*Os tempos da docência nas Residências em  
Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e  
(re)construir as instituições-escola na saúde*

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador:  
Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Grupo temático: Educação em Saúde

**Porto Alegre  
2011**

**ANANYR PORTO FAJARDO**

*Os tempos da docência nas Residências em  
Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e  
(re)construir as instituições-escola na saúde*

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

**Data de Aprovação:**

**Banca de Avaliação**

---

Profa. Dra. Christine Wetzel – Escola de Enfermagem da UFRGS

---

Profa. Dra. Dagmar E. Estermann Meyer – Faculdade de Educação da UFRGS

---

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa – Departamento de Medicina Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí

---

Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann – Faculdade de Odontologia da UFRGS

---

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini – Instituto de Psicologia da UFRGS (suplente)

## *Agradecimentos*

Muitos agradecimentos foram feitos ao longo desta caminhada, mas alguns se fazem repetidos pela memória do contexto em que a elaboração da tese se deu, enquanto outros são aqui tornados públicos pela primeira vez.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, pela disponibilidade com sua mochila cheia de dispositivos para descoberta de novos caminhos para chegar a outros destinos.

Aos componentes da banca de qualificação do projeto de pesquisa, Profa. Dra. Naira Lisboa Franzoi, Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse e Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, pela contribuição aos rumos tomados pela pesquisa a partir de então.

Aos componentes da banca de exame e avaliação da tese, Profa. Dra. Christine Wetzel, Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann e Profa. Dra. Analice de Lima Palombini, pela leitura atenta e pelos aportes à tese aqui apresentada.

À Profa. Dra. Norma Regina Marzolla, pelo acolhimento como aluna no Programa de Educação Continuada (PEC) da FACED/UFRGS, o que desencadeou a formalização do Doutorado.

Aos participantes da pesquisa, pela generosidade de contribuir com seus saberes e suas vivências, e pela disponibilidade de seu tempo, muitas vezes escasso. Gostaria de agradecer publicamente a cada um/a de vocês, mas prometi que não os identificaria...

À Cristine Maria Warmling, pelo estímulo para ingressar no Doutorado desde os tempos como aluna PEC.

A Julio Baldisserotto, Maria Helena Schmidt e Vera Lucia Pasini, meus “colegamig@s”, pelo apoio nas dificuldades e pelo abraço nas conquistas.

À Fernanda Hampe Pires, pelo sorriso.

À Martha Herzberg, pelo cuidado.

A Alexandre Moretto, pela escuta.

À Bruna Luisa e a Marcel Fajardo Stephanou, por terem compartilhado sua mãe comigo quando mais precisei.

À Diana Carvalho de Carvalho e a Jaqueline Terezinha Ferreira, pela amizade desde sempre, longe, mas perto.

To the Konrady's, my family on the other side of the world, for the permanent encouragement.

A Thomas Emery Konrady, porque “tudo” é possível.

À Sinara Porto Fajardo, porque tudo “é” possível.

À minha mãe, Elza Porto Fajardo, e a meu pai, Luis Fajardo, porque me fizeram “possível”.

Todos vocês são parcerias de diversas ordens que povoam minha vida e que se fizeram presentes e firmes em diferentes tempos do Doutorado.

*Sem vocês eu não estaria aqui agora!*

## *Reconhecimento*

Alguns reconhecimentos se fazem necessários ao encaminhar o encerramento desta etapa acadêmica.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mantida por homens e mulheres comprometidos com a função docente e administrativa e que se esforçam para manter o caráter público e gratuito do ensino com qualidade no Brasil. Foi aqui que construí minha formação de nível superior, pois cursei a Graduação e o Mestrado e, agora, concluo o Doutorado, trazendo comigo as marcas dessa influência.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, igualmente fundado no trabalho de homens e mulheres que se desdobram para oferecer atenção à saúde com qualidade para todas as pessoas, tentando identificar e responder às necessidades singulares de cada uma delas, e que, cada vez mais, assumem seu papel em uma instituição formadora na saúde. A liberação de carga horária de trabalho para cursar o Doutorado, da qual usufruí, possibilitou minha dedicação mais intensiva à pesquisa agora apresentada.

Aos Preceptores e Preceptoras, profissionais que se abrem ao novo trazido pela (con)vivência junto a residentes, pacientes, colegas e gestão, e que atualizam Fernando Pessoa quando escreveu: “Tudo vale a pena se a alma não é pequena”.

*Eu especulo. Os criadores de mapas têm de especular, pois sabem que não estão de posse de todos os dados. Estamos sempre lidando com narrativas de segunda mão, resumo de impressões. Não trabalhamos com uma ciência exata. O que fazemos é imaginar contornos litorâneos, penhascos e estuários para compensar aquilo que não conhecemos. (...) Não sabemos essas coisas porque estamos lidando, conscientemente, com as observações de outros homens, pouco mais do que uma olhadela, em direção à costa, do convés de um navio que passa. (p. 33)*

*Exatidão. Ela me pressiona como um pilão (...). Estou preso às contingências de como, quando e por que as coisas acontecem. (p. 53)*

*A ideia de que o conhecimento pode abrigar sentimentos, tanto quanto observações, certamente me deixou perplexo. Sempre que abria missivas, que me eram enviadas de longe, ou ouvia as reflexões pessoais dos mercadores e aventureiros que me visitavam em San Michele, ficava surpreso ao perceber que suas observações não eram, absolutamente, isentas. Elas eram afetadas por sentimentos que cada um julgava serem expressões de si próprio. Ou seja, o mundo que eles me ofereciam era um reflexo deles mesmos. (p. 78-79)*

*“O sonho do cartógrafo:  
Meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do século XVI”.*  
(James Cowan, 1999).

## Resumo

Esta tese objetivou compreender as interfaces entre educação e saúde no contexto da educação especializada, especificamente em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Foi embasada nas contribuições das preceptoras e dos preceptores que atuam na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), de Porto Alegre, Brasil. As questões orientadoras da pesquisa foram delineadas para identificar o seguinte: 1) fatores que estimulam ou dificultam o trabalho dos preceptores no âmbito da docência, da atenção e do desenvolvimento institucional em saúde; 2) forma como as preceptoras e os preceptores interagem com as equipes multiprofissionais e as/os residentes; 3) aspectos indicativos do trabalho imaterial em um contexto de Residência Multiprofissional em Saúde; e 4) elementos necessários para que uma instituição-escola na saúde promova formação mediante este tipo de Residência. Algumas pistas descobertas permitiram indicar que o trabalho real desenvolvido no exercício da preceptoria resulta em uma sobrecarga de tarefas, ultrapassando fronteiras entre disciplinas, sendo diferente do trabalho prescrito, que é embasado em limites profissionais. Possui valores sem dimensão, pois é impossível mensurá-los pelos critérios vigentes de tempo e espaço. Parece haver uma assincronia entre o que a Residência Multiprofissional em Saúde precisa e o que a instituição-escola na saúde proporciona, sendo um exemplo as diferentes expectativas de seus protagonistas. As proposições estão ligadas às necessidades identificadas de contar com profissionais para prestar atenção à saúde em número proporcional ao tempo que os preceptores dedicam à docência; reconhecer que o trabalho da docência em serviço é permeado pela (re)criação; e proporcionar que o possível seja encarado como potência rumo ao avanço, não à limitação. O ponto de chegada da tese constitui mais uma indicação de continuidade do que um ponto final. O desafio passa a ser reconhecer que a instituição-escola na saúde está em permanente (re)construção.

Palavras-chave: Residências Multiprofissionais em Saúde. Trabalho Imaterial. Formação. Trabalho em Saúde. Sistema Único de Saúde-SUS.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

## *Abstract*

This thesis aimed to understand the interfaces between education and health under the context of specialized education, provided by Health Multiprofessional Residency Programs. It was based on the input of the preceptors who are linked to the Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), from Porto Alegre, Brazil. The guiding questions of the research were designed to identify the following: 1) factors that encourage or hinder the work of preceptors within the scope of health teaching, care, and institutional development; 2) how preceptors interact with the multiprofessional teams and the residents; 3) aspects indicating immaterial work in the context of the Multiprofessional Health Residency Program; and, 4) elements that are necessary for a health institution-school to promote education by means of this kind of Residency. Some clues that were found have allowed me to indicate that the real work developed by the preceptors results in an overload of tasks, surpassing frontiers between disciplines, being different from the prescribed work, which is based on professional limits. It has values that cannot be gauged, since it is impossible to measure them according to current criteria of time and space. There seems to be a lack of synchronicity between what the Multiprofessional Residency demands and what the health institution-school provides, one example being the different expectations of its protagonists. The propositions are linked to the identified needs to have enough professionals to provide health care according to the proportion of time the preceptors dedicate to teaching; to acknowledge that the in-service teaching work is permeated by (re)creation; and, to provide that the possible is seen as potency towards the advancement, not limitation. The point reached by this thesis is more an indication to continuation than a final point. The challenge now is to acknowledge that the health institution-school is under permanent (re)construction.

Keywords: Multiprofessional Health Residency. Immaterial Work. Education. Health Work. SUS.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Times of Teaching at Health Professional Areas Residency Programs**: teaching, health care and (re)construction of health institutions-schools. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.



## *Lista de Siglas*

APC	Atenção ao Paciente Crítico
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e Outras Drogas
CAPS ad III	Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e Outras Drogas 24 horas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial para Adultos com Transtornos Mentais
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
FG	Função Gratificada
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OHE	Oncologia-Hematologia
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PPP	Projeto Político-Pedagógico
RIS	Residência Integrada em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior / Ministério da Educação
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Ministério da Saúde
SME	Saúde Mental
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## *Lista de Quadros*

Quadro 1	Histórico da RIS/GHC em relação às áreas de ênfase envolvidas, profissões incluídas e vagas oferecidas para residentes a cada turma	41
Quadro 2	Número de vagas para residentes da RIS/GHC, sua distribuição e a dos preceptores por área de ênfase em 2010	43
Quadro 3	Distribuição dos participantes individuais (PI) e no grupo focal (GF) conforme área de ênfase	63
Quadro 4	Caracterização dos participantes individuais conforme autodeclaração de idade, sexo e raça/etnia/cor	63
Quadro 5	Número de preceptores da RIS/GHC e de participantes na pesquisa conforme a profissão	64
Quadro 6	Número de participantes com pós-graduação concluída ou em andamento informada pelos preceptores, conforme área de ênfase da RIS/GHC	66
Quadro 7	Combinação de pós-graduação concluída e em andamento informada pelos preceptores da RIS/GHC, por área de ênfase	69
Quadro 8	Cursos de pós-graduação concluídos e em andamento informados pelos participantes	71
Quadro 9	Preceptores cujo curso de graduação incluía ou não conteúdos relacionados à docência e que exercem/exerceram ou não docência e/ou pesquisa relacionadas à saúde	72
Quadro 10	Perfil do formando egresso/profissional com ênfase na formação para docência nas DCN para cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição e Psicologia	74
Quadro 11	Tempo de atuação em ensino e pesquisa dos respondentes que atuavam nestas funções em anos completos	76
Quadro 12	Nível de ensino em que os preceptores da RIS/GHC atuam ou atuaram em docência e/ou pesquisa	77
Quadro 13	Relação entre tempo de atuação no Grupo Hospitalar Conceição e tempo de preceptoria junto à RIS/GHC (anos completos)	78
Quadro 14	Atividades administrativas, assistenciais, docentes e institucionais desenvolvidas pelos preceptores da RIS/GHC	102
Quadro 15	Atividades formativas, organizativas e suas interseções desempenhadas pelos preceptores da RIS/GHC	103
Quadro 16	Relação entre carga horária (CH) contratual (horas semanais) e carga horária semanal dedicada à preceptoria (em percentual da CH) na RIS/GHC informadas pelos participantes	123
Quadro 17	Critérios de satisfação dos preceptores com sua atuação	134
Quadro 18	Limitações identificadas e exemplos de recursos buscados pelos preceptores no âmbito institucional, interprofissional e individual	145

## Sumário

<b>1 ...O Meio do Caminho</b>	13
<b>2 Trilhas Percorridas</b>	19
<b>3 Aproximação ao Tema</b>	32
<b>4 Reconhecimento do Terreno</b>	53
<b>5 Encontro com os Participantes</b>	61
5.1 Caracterização dos participantes	61
O perfil dos preceptores	63
A formação básica	64
A formação pós-graduada	65
O preparo para o ensino	71
O tempo de vínculo institucional e com a preceptoria	78
5.2 “ <i>Novos viajantes chegando ao velho mundo</i> ” - vindo a ser preceptor/a	81
Os novos preceptores	82
Os critérios para indicação à preceptoria	83
A experiência junto a residentes	86
A influência da formação de origem	89
5.3 “ <i>Oferecendo asas e raízes</i> ” - o cotidiano da preceptoria	90
A relação com os residentes	90
A experiência como residente	95
A jornada da preceptoria	96
As atividades do dia a dia	100
5.4 “ <i>O teu, o meu</i> ” - de quem são os residentes?	104
A responsabilidade pela formação	105
O trabalho em equipe	110
A autonomia na preceptoria	118
5.5 Os tempos no trabalho	121
A carga horária contratual	122
A carga horária para preceptoria	123
A carga horária dos residentes	127
5.6 “ <i>Cada um sabe a dor e a delícia de ser</i> ” - dificuldades e conquistas	129
A satisfação com a atuação	130
As limitações identificadas	134
A busca de recursos para a superação das dificuldades	143

As características para ser preceptor/a	145
5.7 As proposições dos participantes	149
<b>6 Descoberta de Trilhas</b>	152
6.1 Aspectos que incentivam ou afastam os profissionais da preceptoria	152
6.2 A interação dos preceptores nas equipes e com os residentes	156
6.3 O trabalho imaterial no contexto da RIS	160
Os tempos do trabalho	160
O trabalho imaterial no ensino em serviço na saúde	163
Os possíveis como potência	164
6.4 Contribuições para o trabalho em uma instituição-escola na saúde	166
<b>7 Seguindo em Frente...</b>	169
<b>8 Guias da Viagem</b>	172
<b>Anexos</b>	187
Anexo A - Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, 2008	187
Anexo B - Projetos selecionados para o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, 2010	188
Anexo C - Programas de Residência Multiprofissional no Rio Grande do Sul, 2010	192
<b>Apêndices</b>	
Apêndice A - Convite para participação individual (Mensagem Eletrônica)	193
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participação Individual	194
Apêndice C - Roteiro Individual – Arquivo Eletrônico	196
Apêndice D - Convite para Grupo Focal (Mensagem Eletrônica)	198
Apêndice E - Questões Orientadoras para o Grupo Focal	199
Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal	200

## *1 ...O Meio do Caminho*

*Al andar se hace el camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar...*

Este excerto do poema *Cantares*, de autoria de Antonio Machado, poeta espanhol que viveu entre 1875 e 1939, e cujas palavras me acompanham há bastante tempo em minhas produções acadêmicas, profissionais e pessoais, dão sentido à introdução de uma tese pelo meio do caminho – sim, porque o ingresso no doutorado já vai há um tempo, e houve muitos eventos, mais e menos felizes, que demandaram reorientações sucessivas nos rumos previamente traçados.

Tendo trabalhado no setor público de atenção à saúde por quase duas décadas, seguindo-se à minha atuação no setor privado e em serviços odontológicos de sindicatos, em 2001 concluí o Mestrado em Odontologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trouxe para o ambiente acadêmico os saberes e fazeres de uma categoria profissional ainda não reconhecida legalmente na época: os agentes comunitários de saúde (FAJARDO, 2001).

Desde 2003, dedico-me à formação em serviço de profissionais de saúde no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre. Esta é uma instituição pública de grande porte com foco na atenção à saúde e que oferece programas de Residência Médica desde 1968. Em 2004, assumiu a tarefa de formar especialistas oriundos das diversas profissões da saúde também mediante programa de Residência, uma modalidade de educação realizada em serviço para a especialização profissional nas áreas de atuação da saúde. Intitulada como Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), motivou a realização de minha tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação da UFRGS.

O envolvimento com ensino e pesquisa em uma instituição dedicada à atenção à saúde ampliou o âmbito de minhas atividades profissionais, pois incorporei estas dimensões ao trabalho clínico odontológico que já desenvolvia no

GHC. Além de ter sido coordenadora da RIS/GHC, venho atuando como facilitadora em seminários de pesquisa, orientadora de trabalhos de conclusão de Residência e docente em cursos de especialização que lhe são complementares, além de facilitadora na modalidade de Currículo Integrado, oferecida de maneira multiprofissional e interdisciplinar à ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC. Mais recentemente, incorporei-me na gestão e na implantação da Escola GHC, contribuindo no planejamento coletivo da construção de cursos técnicos de nível médio e de especialização pós-técnica. A Escola GHC corresponde ao Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde criado em 2010.

Ao iniciar o Doutorado em Educação da UFRGS em 2006, busquei refletir sobre o trabalho dos preceptores da modalidade de ensino das Residências Multiprofissionais em Saúde. A proximidade e a convivência cotidiana com o ambiente de atenção à saúde e com aqueles que aí circulam em diferentes esferas de envolvimento permitiram que eu afinasse o foco em direção a um cenário cuja exploração é recente sem, contudo, prescindir da historicidade que ajuda a explicar o objeto de meu interesse de pesquisa. Nesta caminhada, procurei pensar e discutir academicamente a relação dos preceptores com os residentes e com os colegas das equipes e dos serviços onde a RIS/GHC se desenrola, enfocando a maneira como se aproximaram do ensino em serviço na saúde e como vivenciam o trabalho neste contexto. No contato desencadeado pela pesquisa, enunciou-se, também, a implicação com o desenvolvimento institucional, comprometido ou não com o desenvolvimento do sistema de saúde, no qual a instituição de saúde-ensino se insere/inscreve.

Entre os muitos eventos que marcaram esta jornada, um encontro com colegas de turma para comemorar 25 anos de graduação em odontologia me fez perceber que muitos deles estavam desestimulados e se queixavam das condições de trabalho: longe do ideal (ou seria melhor dizer “do idealizado”?). Em alguns grupos, o tema da conversa girava em torno de novas técnicas ou abordagens e inovações em termos de material e equipamentos. Em outros, o assunto corrente variava dos preços cobrados aos pacientes ao custo do material; das horas despendidas na prática privada ao (des)cumprimento do horário no serviço público; do desencanto com o futuro ao desencontro com o presente. De maneira geral, esses dentistas trabalhavam como clínicos, especializados ou não, tanto no setor

público como no privado, e uma minoria exercia também o ensino universitário. O tema da aposentadoria era recorrente em todos os grupos, o que me surpreendeu, pois ainda não fazia – como não faz – parte de minhas preocupações. Ao falar de mim, relatando que há muitos anos não exercia a clínica privada e descrevendo tudo o que fazia em ensino e pesquisa na área em que estava atuando, mais de uma vez ouvi algum colega perguntar: “mas tu trabalhas?”.

Eu trabalho? Nas profissões da saúde, de maneira geral, só achamos que trabalhamos quando estamos atendendo alguém. É como se o trabalho em saúde fosse o cuidado em situações do assistir individual segundo padrões fisiopatológicos. Mesmo que venhamos utilizando a expressão “atenção” em lugar de “assistência”, ainda visualizamos a implementação de terapêuticas como efetivo trabalho em saúde. Se um profissional de saúde estiver em uma instituição de ensino, pode exercer o trabalho docente, mas este não é um trabalho em saúde. Se estiver na condução de políticas ou da gestão de serviços, também não será um trabalho em saúde, mas trabalho administrativo. Quanto mais intensa a presença da clínica ou do saber fisiopatológico, mais próximo poderá estar de um possível trabalho em saúde.

Como trabalho em saúde, prestigiado e reconhecido, está posto o diagnóstico de doenças, a realização de intervenções que devolvam ao paciente um estado de saúde pré-determinado e prescrições para que não sofra novos adoecimentos. Estão incluídas recomendações para que se mantenha saudável e com seu corpo “em ordem”. Então, como explicar e fazer reconhecer todos os demais atos educativos, promotores, questionadores, investigativos e produtores de outras ordens que são demandados pelas diversas situações trazidas ao mundo de nosso fazer em saúde? Que trabalho é este que exerço?

Na odontologia, provavelmente a pergunta de meus colegas de turma se originava do estranhamento ao constatar que alguém graduada como odontóloga não trabalhasse na/com a boca de ninguém, como se o trabalho fora da cavidade bucal desqualificasse a função profissional, embora um especialista em radiologia odontológica e imaginologia ou uma professora de histologia bucal fossem considerados como dentistas. “Ah, eles lidam com a boca...”, assim seguiu-se aquela conversa. Então, ser dentista sem lidar com a boca não é trabalhar?

Seguindo este raciocínio, pensei em como se daria a percepção dos profissionais de saúde a respeito de seu próprio trabalho quando não mais ou não

exclusivamente atendem a pacientes. Ao passarem a compartilhar conhecimentos e técnicas, na condição de preceptores, com vários profissionais (de diversas profissões), em situação de ensino/aprendizagem com outros preceptores e com residentes, o que teriam a contribuir neste processo?

É interessante observar como a ocupação de espaços além dos tradicionais, embasados na especialização regida pelo limite entre saudável e patológico, surpreenda e, talvez, atemorize quem se sente desafiado em seu saber rígido. Souza (2001) indica que o estabelecimento de qualquer relação entre sujeitos – e não de um sobre o outro – em um contexto de atenção à saúde corre o risco de sucumbir à ilusão do conhecimento total sobre “algo” doente quando for embasado em uma fragmentação de “alguém” adoecido. Contudo, a intransponibilidade entre o saber constituído – tido como objetivo – e o desafio de uma aproximação com algo que pode ser dado como subjetivo pode ser enfrentada pela indicação de que o saber não se reduz à técnica, mas inclui as interrelações subjetivas e deve compor a experiência clínica.

O desconforto sentido por quem assume a demarcação de fronteiras rígidas pode chegar a um não-reconhecimento das possibilidades de exercício profissional, como se, no afastamento das fronteiras de especificidade, se constituísse “um outro”, não mais “um igual” que, potencialmente, pode ser diverso, emergindo de si mesmo. O temor do novo, da experiência, impede o contato com o diverso. É no corte com as normas preexistentes que surge o “informe”, intervalo entre a forma e um novo momento lógico, como apontam Mello e Sousa (2005). É no lugar do informe (perda da forma/nova informação) que as certezas se esvaem e algo novo pode ser enunciado ou emergir.

Ao mesmo tempo, uma fragilidade do rompimento de fronteiras é aquela que se dá em espaços compartimentalizados que se redefinem de modo semelhante. São movimentos, mas não necessariamente constituem avanços, como indica Larrosa (2003). O interdisciplinar, como mescla de saberes pregressos, não necessariamente desmonta a vigilância pela manutenção de conhecimentos e práticas disciplinares. Rompantes de descontinuidade facilitam tal reconfiguração, pressionam por saberes outros, instalam intervalos entre formas, a serem habitados pelas práticas inéditas. A singularidade de trabalhar em coletivo, de compartilhar com uma equipe preocupações e responsabilidades e de assumir novos desafios na



relação entre “sujeitos de experiência” proporciona diferentes posições de olhar e o lugar ao novo, de acordo com Sousa (2002). A colocação de si em relação com o outro – seja autor, ator ou cúmplice das ações promovidas nesse entrecruzamento – permite a descoberta de novas lacunas e ausências, cuja busca de preenchimento trará novas brechas e novas fronteiras a serem atravessadas, aponta Fischer (2005), por um tempo e com uma energia indefinidos até que novas necessidades se façam perceptíveis.

Eu trabalho sim em saúde. Trabalho com a especialização de jovens profissionais para exercerem funções necessárias à atenção à saúde no Brasil em termos de assistência, de formação e pesquisa, de planejamento e gestão e de envolvimento cidadão com seu setor de inserção nas políticas públicas, reconhecendo os limites e os borramentos de fronteiras produzidas “nesta experiência”. Trabalho preparando funcionários com vivência no atendimento aos pacientes, para que se sintam confortáveis no exercício do ensino e da orientação de pesquisa sem que tenham sido formados para tal, refletindo sobre a energia necessária e despendida no exercício das tarefas prescritas e as efetivamente realizadas. Trabalho trazendo o que é criado em outras linguagens para o alcance de quem sabe muito, mas quer conhecer mais. Trabalho transformando curiosidades em perguntas, perguntas em pistas, pistas em verdades transitórias prontas para serem reelaboradas em seguida. Trabalho demarcando a singularidade no fazer coletivo em saúde, forçando um reconhecimento das fissuras como possibilidade de criação, tentando trazer à luz a significância da vivência do outro na relação consigo e com os demais, estando aqui incluídos os residentes, os preceptores e os colegas das equipes, além de mim mesma.

Então, esvaziar o olhar, reaprender a olhar, reaprender a trabalhar, reconceituar o trabalho na saúde, produzir novas certezas transitórias e novas verdades provisórias, que também é criar e viver, é trabalho em saúde.

Com estas reflexões em mente, os objetivos definidos *a priori*, com base em minha vivência pessoal, experiência profissional e em leituras orientadas ao longo do Doutorado, foram sendo reelaborados. Para acolher e estudar as palavras, as reações de cumplicidade e, principalmente, o relato vibrante do cotidiano profissional que os participantes trouxeram ao interagirem em situação de pesquisa, houve definições *a posteriori* sobre o que seria o foco da análise: de como o trabalho era

vivido pelos preceptores da RIS/GHC ao trabalho docente desses preceptores. O trabalho docente em serviço na saúde, os tempos no trabalho, o trabalho prescrito e o trabalho realizado, o componente imaterial do trabalho em saúde quando em situação de docência, enfim, interfaces dinâmicas, perceptíveis ou imperceptíveis no dia a dia foram as categorias que me instigaram ao analisar o material.

O objetivo geral da tese foi identificar em que medida o trabalho em saúde em um contexto de formação inclui ações e reflexões voltadas ao exercício da docência e do desenvolvimento institucional aliado ao cuidado em saúde.

Especificamente, a pesquisa cotejou:

- a) os aspectos que incentivavam ou afastavam os profissionais para o interesse em atuar como preceptores junto às equipes interprofissionais nas interfaces entre ensino, atenção e desenvolvimento em saúde;
- b) a forma como os preceptores interagem nas equipes multiprofissionais e na relação com residentes;
- c) os aspectos que indicavam a presença do trabalho imaterial no contexto das Residências Integradas (e/ou multiprofissionais) em Saúde;
- d) os elementos para a consideração crítica de uma instituição-escola no contexto da saúde.

## *2 Trilhas Percorridas*

Estudar como os preceptores da RIS/GHC compreendiam sua atuação no encadeamento dos campos da educação, da saúde e do trabalho no contexto do ensino em serviço na saúde implicou revisar parte da produção existente sobre estes. Foram enfatizadas as interfaces entre o conceito ampliado de saúde e o trabalho em equipe, e entre o tempo no trabalho e os aspectos imateriais do trabalho, visto que pareciam ser aspectos relevantes do cotidiano profissional dos participantes. Da análise, emergiu a compreensão de que a docência na preceptoria está implicada com o desenvolvimento institucional do serviço e mesmo do sistema de saúde.

Esta tese segue-se a outras investigações que estudaram diferentes aspectos do contexto das Residências Integradas em Saúde no estado do Rio Grande do Sul e que resultaram em dissertações de mestrado (FERREIRA, 2007; SIMONI, 2007) e teses de doutorado (DALLEGRAVE, 2008; PASINI, 2010; ROSSONI, 2010; MEDEIROS, 2011).

### *O trabalho em saúde na atualidade*

O trabalho em saúde vem mudando de forma evidente no mundo contemporâneo, na medida em que o atendimento aos agravos evoluiu para a atenção em saúde em sentido ampliado. A integralidade agrega valores ao cuidado em saúde não mais marcados apenas pelos determinantes biológicos, conforme aponta Narvai (2005). O ensino e a produção de pesquisa neste campo são intensos. Na vida profissional, formação, vivências e atividade se mesclam, como indica Schwartz (1996), colocando o trabalho como produção de “mercadorias”, mas também de si mesmo e das práticas sociais.

É cada vez mais evidente que a situação de saúde e de doença das pessoas varia, entre outros fatores, com o acesso a bens e serviços prestados pelos mais diversos setores da sociedade. Ceccim (2004) lembra que esta relação não é determinada apenas pelos padrões de atenção prestada por diferentes categorias

profissionais, mas também pelas ações de gerenciamento, educação e promoção da saúde que se coengendram pelas práticas em serviços e sistema de saúde.

O próprio conceito de saúde e de doença foi atualizado para incluir, em uma e em outra condição, parcelas de sofrimento e de bem-estar, de saúde e de adoecimento, como Alves (1993) e Coelho e Almeida Filho (2003) discutem, além de situar o conceito de patológico em oposição ao de sadio, mas não ao de normal, segundo Barros de Barros (2003), embasada em Canguilhem. Considerando que os estados de saúde e de enfermidade de um indivíduo diferem tanto quantitativa quanto qualitativamente entre si, a relação com um estado de bem-estar e um de patologia implica entender que a enfermidade também constitui a saúde, como Canguilhem (1986) indica. Evoluindo de um conceito binário cujos elementos eram mutuamente excludentes, as redefinições admitem a multiplicidade de sentidos para estas situações.

A percepção, pelo próprio sujeito, de que cada estado de sensações ou de sintomas é singularização leva à constatação de saúde e de doença como individual e relativa aos planos que estão regendo sua existência. Da mesma forma, a percepção do profissional ou da equipe de atenção à saúde depende de seus valores, suas crenças e seus conhecimentos para definir um diagnóstico e uma terapêutica, como Coelho e Almeida Filho (2003) referem.

Caponi (2003) lembra-nos que já não basta considerar estados de doença como anômalos ou variantes sob determinada análise quantitativa de frequência, pois a percepção de saúde e de enfermidade inclui as possíveis reações e explicações das pessoas e populações aos estados de sofrimento. Explicita que a literatura científica significa o conceito de doença em variações de sentido, pelos termos *disease*, *illness* e *sickness*, os quais contemplam respectivamente estados diagnosticados por profissionais da clínica, vivências de mal-estar experimentadas pelos indivíduos e percepções de estados de adoecimento conforme referidos nos ambientes em que as pessoas vivem e transitam. Helman (1994) esclarece que doença (*illness*) inclui tanto a experiência individual como o significado que cada um atribui à mesma, enquanto enfermidade (*disease*) seria o conceito menos abrangente e difuso resultante do diagnóstico profissional. Assim, sentidos como mal-estar, aflição e dor descrevem diversos estados de desconforto relacionados com o processo saúde-enfermidade. Quaisquer dessas condições mobilizam o

encontro entre profissionais de saúde e usuários, docentes e estudantes da área da saúde, gestores e movimentos sociais em saúde. Quanto mais excludente a escolha de saberes, mais distante a integralidade na atenção profissional em saúde.

### *O trabalho em equipe na saúde*

Ceccim (2004) aponta que o atendimento de determinada condição ou situação de saúde específica não é mais suficiente para responder às diversas demandas implicadas no viver contemporâneo. Agora é necessário ampliar o olhar para visualizar outras possibilidades de intervenção, pois em um momento ou outro de sua vida, o usuário precisará da atenção de profissionais com diferentes habilitações. Urgiria superar a multiprofissionalidade, mas também avançar além da interdisciplinaridade, criando dispositivos para favorecer um trabalho entre-disciplinar, isto é, em busca de potenciais de atualização e de transformação permanentes dos envolvidos em práticas de saúde.

O autor explicita que representantes de múltiplas categorias profissionais podem realizar atos terapêuticos próprios que, na equipe, assumem uma forma justaposta sem que, necessariamente, resultem em qualquer inter-relação entre as partes junto ao usuário. A interdisciplinaridade, por sua vez – que implica o cruzamento entre as disciplinas do saber – mantém limites do exercício profissional em formas preestabelecidas. Já a “entre-disciplinaridade” seria a experiência do estranhamento das formas no decorrer do trabalho multiprofissional, realizado de maneira interdisciplinar e resultando em permanente mutação de saberes e vivências. A questão-problema, para Ceccim (2004), não está na análise dos campos científicos, mas no exercício, em equipe, do trabalho coletivo entre as profissões da área da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde relaciona 14 profissões como implicadas diretamente com o setor da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Estabelece a distinção das formações em Biologia, Biomedicina, Medicina Veterinária e Serviço Social no tocante à atenção à saúde, posto que respondem, também, a outras prerrogativas profissionais. Já o Conselho Nacional de Educação,

para definir as Diretrizes Curriculares Nacionais, designou uma área como Ciências Biológicas e da Saúde, sem a inclusão da Medicina Veterinária (coloca-a no grupo das Ciências da Terra), da Psicologia (incorporada às Ciências Humanas) e do Serviço Social (pertencente às Ciências Sociais Aplicadas), mas com a inclusão da Economia Doméstica (em tese, também pertencente às Ciências Sociais Aplicadas). Além disto, atuam igualmente no campo da saúde outras 44 ocupações de nível médio ou elementar. Com isto, parece pertinente pensar que todas elas poderiam interagir na atenção às várias necessidades em saúde e outras esferas da vida de usuários e de grupos populacionais, como relata Ceccim (2003). O autor cita a Pedagogia, as Artes e a Antropologia, com frequência, quando refere uma atenção em saúde sob o conceito de afirmação da vida.

Tudo isto leva a modificar o perfil necessário de profissionais para atender às expectativas dos colegas de outras categorias, como relata Lampert (2002), ao rever a formação dos médicos na contemporaneidade no Brasil, de modo a incrementar um diálogo produtivo de saúde para os que demandam atenção. Da mesma forma, é preciso (re)conhecer as necessidades dos usuários, nem sempre apreendidas integralmente pelos cuidadores profissionais, como Nations et al. (2008) analisam em relação à saúde bucal. Devido à complexidade do trabalho em saúde, o seu exercício coletivo mostra-se uma característica importante, segundo Machado (1995).

É fundamental concentrar a atenção nas pessoas que exercem o cuidado e não no procedimento que eventualmente tiverem que efetuar de forma isolada, para tentar oferecer alguma formação que vá além das intervenções focais clínicas. Para Ceccim (2004), é importante contar, no sistema, tanto com profissionais do cuidado como da promoção da saúde, conforme seu núcleo de competências seja mais voltado para as pessoas ou para as coletividades humanas, reconhecendo que é em equipe que se exerce a terapêutica. É a ação coletiva em prol da melhoria da qualidade de vida de usuários individuais e de grupos populacionais que produz maior proximidade da “atenção integral” ou “integralidade”, como explicita Ceccim (2004). Aprender a trabalhar em equipe, entretanto, segue um grande nó crítico da formação: ausente ou insuficiente, tímida ou desqualificada.

Cada vez mais o trabalho em equipe de saúde vem sendo acionado, tanto no âmbito acadêmico como das políticas de saúde, seja para reunir as práticas que têm estado fragmentadas – constituindo-se, então, uma abordagem potencialmente

integralizadora da atenção, como lembra Seixas (2002) – seja para ofertar uma rede complexa de relações, de acordo com Ramos (2003), para que se possa detectar necessidades e implementar formas complementares e intersetoriais de atenção às diversas situações de vida.

### *O tempo no trabalho*

Modificações na prática dos profissionais e na intensificação do trabalho, de acordo com Dal Rosso (2006), são determinadas por diversas mudanças qualitativas. Neste sentido, podemos questionar se o registro do trabalho em unidades de tempo, segundo os padrões tradicionais, ainda é viável, pois “o desempenho repousa sobre sua implicação subjetiva, chamada também ‘motivação’ (...). O modo de realizar as tarefas, não podendo ser formalizado, não pode tampouco ser prescrito” (GORZ, 2005, p. 18).

É possível buscar novas explicações e sentidos para as transformações contemporâneas e suas prováveis consequências, conforme o conceito ampliado de trabalho elaborado por Antunes (1999, p. 125):

(...) A expansão do trabalho em serviços, em esferas não diretamente produtivas, mas que muitas vezes desempenham atividades *imbricadas* com o trabalho produtivo, mostra-se como outra característica importante da *noção ampliada de trabalho*, quando se quer compreender o seu significado no mundo contemporâneo. [Grifos do autor]

A instituição da flexibilidade, mediante compensação de horas, como uma das formas de regulação do tempo do trabalho no Brasil está em vigência desde a década de 1940, segundo relato de Dal Rosso (2003). No caso específico do GHC, cenário desta investigação, existem normas determinando limites entre o período aquisitivo de horas e o gozo de folgas correspondentes. Contudo, existe a necessidade de andamento próprio de uma instituição de atenção à saúde que não pode prescindir de seus trabalhadores a qualquer momento, pois deles depende o atendimento a uma demanda crescente – embora sazonal em muitos casos – de pacientes ou usuários em geral de suas ações de proteção à saúde.

Podemos reconhecer outras formas de registrar o tempo passado no exercício do trabalho que não os limites de horas, dias e meses e, conseqüentemente, de valor-hora de cada um. Afinal, a carga de trabalho também

pode ser evidenciada em anos ou por uma vida, como exemplifica Gorz (2003, p. 208):

(...) O mesmo raciocínio que vale na escala de três anos ou de cinco anos vale também na escala da vida inteira com seus vinte a trinta anos de trabalho (20.000 a 30.000 horas): não há nenhuma razão para não vislumbrar sua extensão ao longo de quarenta ou cinquenta anos de vida – ou sua concentração em dez ou quinze anos –, nenhuma razão para não admitir um novo “projeto de vida”, a uma “segunda vida”, a uma segunda ou terceira oportunidade na vida, a um segundo ou terceiro recomeço.

O tempo de trabalho (prescrito e real) e o tempo de não-trabalho, durante o qual são desenvolvidas outras potencialidades humanas, de acordo com Dal Rosso (1996), podem passar a ser vividos conjuntamente, levando a uma potencial sobrecarga e perda da composição entre o que é o laboral e o que é o vital. Morais (1998) agrega o conceito de um terceiro tempo, além dos pares denominados de tempo produtivo/não-produtivo ou residual, e tempo de trabalho/tempo livre: seria o tempo para atuar com mais liberdade por não estar vinculado à satisfação de necessidades de sobrevivência nem de resposta a funções profissionais. Ressalta, todavia, que este terceiro momento é tão permeado pelas marcas do cotidiano do trabalhador quanto os demais. Portanto, a composição entre o trabalho prescrito (a “tarefa”) e o trabalho real (a “atividade”) resulta em uma articulação de regras e objetivos previamente definidos para serem seguidos e alcançados sob determinadas condições em respostas possíveis, mediante interferência do próprio trabalhador, segundo Brito (2006).

### *O trabalho imaterial em saúde*

O trabalho assalariado em serviços, que não resulta em mercadoria, poderia ser considerado, em termos marxistas, como improdutivo. Este seria o caso dos profissionais de saúde do GHC, pois são produtores de serviços e não geram um sistema de troca e acumulação. No entanto, se o trabalho em saúde for tomado de forma ampliada, seu significado como produtivo também se alarga, aproximando-se da reflexão de Antunes (1999).

Considerando as transformações mundiais e especificamente no mundo do trabalho, o trabalho físico passa sua preponderância ao trabalho intelectual, já não enfocado apenas na transformação da natureza, indica Cattani (1997). Além disto, a



gradual, embora definitiva, transição do trabalho material para o imaterial – este pautado pela interação humana que produz afeto, conhecimento e comunicação, como discutem Fonseca, Engelman e Giacomel (2004) – caracteriza o trabalho contemporâneo. Cada vez mais, a tradicional distinção entre trabalho manual e intelectual, ou material e imaterial, passa a significar uma oposição e uma desvalorização do primeiro termo em relação ao último de cada par, de acordo com Fortunati (2007), sendo o setor dos serviços o que permite com mais clareza visualizar seus efeitos, como Dal Rosso (2006) informa.

Sendo produtores de serviços, não de mercadorias, os preceptores em Residências Integradas em Saúde teriam como qualidade e natureza de seu trabalho o exercício de uma atividade imaterial representada pela produção de um bem imaterial, como indicam Hardt e Negri (2004), isto é, cuidado, encontro, afeto, conhecimento-reconhecimento, comunicação, escuta, olhares, linguagens e ordens discursivas, pedagogias de corpo e saúde. Com frequência, os preceptores questionam seu próprio saber e sua prática, em uma aparente desconsideração pelo que fazem, supostamente bem, há muito tempo. A dicotomia entre saber e fazer fica evidente, além da falta de reconhecimento de que o cuidar e o ensinar também representam trabalho, não só o diagnosticar, atender e prescrever.

Como profissionais que exercem a assistência à saúde há muito tempo, expressam o temor de não possuírem aptidões flexíveis o suficiente para ampliar seu âmbito de ação a uma instituição que seja, também, escola, a qual incluiria, além do atendimento aos pacientes/usuários, o desenvolvimento de processos de ensino em serviço e a orientação de pesquisas. É deles exigido que tomem decisões e que se responsabilizem por elas, transitando entre determinadas funções e hierarquias relativas à docência, à assistência e ao desenvolvimento institucional. Tais demandas se aproximam do que apontam Lazzarato e Negri (2001, p. 25):

(...) Na grande empresa reestruturada, o trabalho do operário é um trabalho que implica sempre mais, em diversos níveis, capacidade de escolher entre diversas alternativas e, portanto, a responsabilidade de certas decisões. O conceito de 'interface' (...) dá conta desta atividade do operário. Interface entre diferentes funções, entre as diversas equipes, entre os níveis de hierarquia etc.

A demanda intensiva pelo intelecto, pelo encontro com o outro, pelo conhecimento adquirido e pelo cuidado é constante, fazendo com que “os tempos de

trabalho invadam os de não-trabalho” (DAL ROSSO, 2006, p. 76). Kamper (1997) relata a situação vivida por professores universitários na década de 1990 na Alemanha, quando trabalhavam duas vezes mais do que operários sindicalizados. A exigência de manter atitudes positivas em relação às tarefas, além daquelas próprias da assistência, reforça a intensividade do trabalho exercido na instituição-escola, já que todo o tempo é utilizado para tudo: atender, ensinar, orientar, pesquisar, construir a instituição e suas redes de viabilidade, e participar das diversas instâncias onde quaisquer dessas atividades são debatidas, postas em análise ou submetidas ao controle social. Essas características do trabalho impossibilitam sua quantificação e a mensuração de acordo com os critérios tradicionais vigentes, com base em tempo medido e submetido a controle, como discute Gorz (2005).

Lazzarato e Negri (2001, p. 30) explicitam a totalidade do trabalho ao lembrarem:

(...) A categoria clássica de trabalho se demonstra absolutamente insuficiente para dar conta da atividade do trabalho imaterial. Dentro desta atividade, é sempre mais difícil distinguir o tempo de trabalho do tempo da produção ou do tempo livre. Encontramo-nos em tempo de vida global, na qual é quase impossível distinguir entre o tempo produtivo e o tempo de lazer. (...) o trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade.

A tarefa de ensinar pode ficar submetida às exigências concretas e formais, resultando na continuidade da compartimentalização do saber e do fazer, expresso por momentos e locais distintos para cada atividade, além de formas de expressão diferenciadas para cada uma, ou pode ganhar as formas da singularização resultantes da experiência e do encontro com o “informe”.

Ainda a não-fragmentação entre sujeito que cuida, que ensina e que orienta leva a uma captura ampliada do tempo e do espaço para o exercício profissional, rompendo um “limite de trabalho” em relação ao “tempo da vida”, conforme Lazzarato (1998, p. 6). Para ele, ao passar de um caráter quantificável e de objetificação do sujeito para uma atividade que valoriza a qualidade e a oportunidade do que é produzido, permeada por relações sensíveis, o trabalho passa a constituir a vida em seu todo, pois o trabalhador se reconhece como autor/sujeito, não mais ator sob sujeição. O borrimento dos limites entre elaborar e

executar promove o envolvimento e a subjetivação do trabalhador, como lembra Antunes (1999). Na docência prevista pela preceptoria em instituições-escola na saúde, trata-se de elaborar e executar em interface assistência, ensino e mudanças qualitativas na organização.

De um trabalhador em saúde normativo, passamos a um trabalhador disciplinado e chegamos a um trabalhador ativo e permanentemente participativo, em uma transformação embasada nas interações no trabalho. Esta transformação não exclui os trabalhadores intelectuais; ao contrário, os mantém em contínuo processo de produção e consumo de comunicação e afetos. O fruto do trabalho imaterial em saúde, por seu turno, possui um caráter de permanência e transformação de seu produtor e de seu consumidor por meio da relação de serviço criada na interface entre ensino, assistência e processos qualitativos institucionais, por intermédio de formas tecnológicas específicas de informação e comunicação.

Outra característica do trabalho imaterial perceptível no setor de serviços em saúde é o seu desenrolar em redes e fluxos, em uma interdependência entre níveis e hierarquias, muitas vezes gerando contradições entre quem faz e quem coordena, de acordo com Lazzarato e Negri (2001). A flexibilização da hierarquia e dos espaços potencializa a percepção e a vivência de diferentes funções, mas também pode levar a um excesso de fluidez que resulte em insuficiente reconhecimento da função e do efeito que cada um tem em relação ao seu colega e aos pacientes.

O projeto da Residência Multiprofissional em Saúde que foi cenário desta investigação prevê que o residente desenvolva determinadas competências e alcançar resultados qualitativos e quantitativos propostos anteriormente ao seu ingresso nesta modalidade de especialização. Isto expressa um hibridismo entre um processo educativo tradicional que deve responder a limites da legislação vigente e um que tende a ser inovador, mas que será desenvolvido com profissionais tradicionais que precisam incorporar o novo. Ribeiro e Lima (2003) indicam que o fato da aprendizagem desenvolver-se ao ser exercida uma determinada prática com conhecimento de seu sentido significa um avanço na compreensão do processo de cuidar. Além disto, é esperado que todos os envolvidos no projeto sintam-se identificados com os desígnios da instituição e sua proposta de trabalho, ou sejam agentes responsáveis por sua reconfiguração permanente, tendo por base seus resultados no interesse da sociedade.

Os movimentos contemporâneos da integralidade no olhar e na ação sobre e com os pacientes ou usuários dos serviços de atenção à saúde vêm sendo estimulados por um discurso de qualificação do atendimento. Isto reforça o contraponto entre assistência e atenção à saúde, representado pelo atendimento às demandas pontuais em contraposição à adoção do conceito ampliado de saúde na consideração das necessidades observadas e sentidas, não somente a consideração das queixas, dos sinais e sintomas.

Simultaneamente, o processo formativo em equipe e em serviço coloca em xeque o saber de quem sempre dominou o ensino/aprendizagem em instituições-escola na saúde, neste caso o preceptor médico, visto que outros sujeitos passaram a demandar informações e a questionar atitudes terapêuticas intocadas até então. Desarranjar um olhar vertical em prol de uma perspectiva horizontal, no dizer de Rifkin (2004), constitui um desafio imenso.

Os mecanismos instaurados no GHC, quando lançada a RIS, lembram o conceito de “quadriculamento” ou “esquadrinhamento” proposto por Foucault (1987). Incluía, de parte dos preceptores médicos, a diferenciação de horário e local de aulas expositivas, a imposição de discussões teóricas supostamente adequadas ao nível de conhecimento dos residentes de cada categoria profissional e a ocupação ou não de determinados espaços de discussão conforme fossem considerados mais ou menos apropriados para a categoria profissional. Fagundes e Burnham (2005) identificaram que a instauração de limites rígidos como os mencionados não colaboram para o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos, pois não promovem a escuta nem o (re)conhecimento de necessidades expressas ou identificadas, fundamental para qualificar o trabalho docente em saúde.

Uma perspectiva que ainda não foi plenamente alcançada é a constituição de momentos de reflexão teórica sobre o exercício profissional no desenrolar do cotidiano, tentando romper com a dicotomia teoria/prática. Parece ser difícil dar-se conta de que pensamos sobre o trabalho ao trabalharmos e trabalhamos pensando, como se o tempo tivesse que ser tão especializado quanto a formação.

Não sendo os residentes nem alunos nem estagiários, tampouco funcionários, foi difícil para um grande número de trabalhadores da Instituição entender qual o papel e o lugar daqueles, pois, além disto, não eram médicos – até então, a única categoria referida como “residente”. Este tempo de formação especializada não

alcançou ainda uma definição clara sobre sua especificidade no ambiente de trabalho em saúde, pois ainda é referido ao “não-ser” isto ou aquilo.

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

O ambiente hospitalar, no caso do GHC, foi transformado de local de prestação ininterrupta de apenas serviços assistenciais em instituição-escola na saúde, um local de ensino, aprendizagem e pesquisa, assim como de diagnóstico e tratamento. Entretanto, as relações de trabalho existentes não acompanharam esta evolução, pois durante muito tempo foi mantida uma perspectiva biomédica da assistência aos agravos à saúde de quem procura a Instituição. Informam Feuerwerker e Cecílio (2007) que assim é nos modelos vigentes em hospitais de ensino, hospitais de referência e instituições-escola na saúde.

Trazendo esta situação para o GHC, fica evidente que o desafio de oferecer atendimento especializado de excelência disputa espaço e tempo com as exigências de uma formação em vários âmbitos da atenção, além de exercícios de gestão que tragam relevância aos processos de ensino, de aprendizagem e de pesquisa. Perceber estas oportunidades e aproveitá-las deve fazer parte de uma instituição que queira e precisa responder a demandas atuais em permanente transformação.

Na medida em que surgem propostas de mudança do exercício profissional em saúde, a individualidade de determinada categoria é posta em xeque. A possibilidade de ver abalado um determinado poder também ameaça privilégios estabelecidos por etiquetas e rótulos de tradição moral. O uso de jargões, atitudes e comportamentos distintivos entre as categorias, compõe relações de poder embasadas em um olhar pretensamente cuidador, mas, acima de tudo, controlador e

disciplinador. O surgimento de algo demarcado por outros códigos desencadeia temor e insegurança.

À luz do quadro brevemente apresentado, é possível pensar em uma integração na formação de especialistas em saúde, desde que não embasada apenas em um rearranjo do currículo e da metodologia, mas no reconhecimento de esferas de produção de afeto e conhecimento. Para Ramos (2003), a reconfiguração de todas as dimensões que envolvem o ensino em saúde é uma condição fundamental para qualificar a formação nesse campo.

Batista (2005) indica que o fato de os preceptores saberem muito a respeito de determinado conteúdo e terem alcançado sucesso na carreira não garante o desenvolvimento adequado do exercício da docência, necessitando de estímulos permanentes para a reflexão e a proposição de alternativas viáveis de ensino/aprendizagem.

Há uma multiplicidade de fatores que influenciam a política de educação para a formação de profissionais de saúde que avance além da técnica e da tecnologia. A base da reflexão deve ser o reconhecimento da complexidade da vida e da saúde, o rompimento de dogmas, a reconfiguração de paradigmas e a reconceituação da atenção à saúde como cuidado e não apenas atendimento em saúde. Para Pires (1998), é necessário flexibilizar os limites até então rígidos entre categorias, entre saberes e entre fazeres, a fim de proporcionar a integração da atenção que todos merecemos, superando a mera consultoria entre profissionais diversos para somente troca de informações. Abre-se, então, a possibilidade de que incidam sobre a qualidade da vida daqueles que dependem de seu trabalho, seja para obter melhor qualidade no viver, seja para obter tratamento em adoecimentos ou conforto no morrer.

O saber que se mantém fechado a esta transformação por limites acadêmicos ou corporativos não contribui, pois a realidade é muito mais uma rede dinâmica que um ponto fixo, como discutem Spagnuolo e Guerrini (2005).

Considerando que quem ensina também aprende, é possível que as mudanças institucionais qualitativas por intermédio do processo de docência em saúde ocorram em vários níveis e âmbitos. A possibilidade de mudar o rumo das abordagens tradicionais resulta do distanciamento de conhecimentos e práticas já

estabelecidas e o estranhamento dos contextos teóricos e práticos que conformam saberes instituídos. Quanto mais questões forem propostas, maior a chance de serem abertos caminhos e novas abordagens, fazendo com que novos estímulos circulem e fortaleçam a vitalidade dos campos de formação e desenvolvimento, conforme Simoni (2007) problematizou ao investigar a formação em Saúde Mental na modalidade Residência Integrada em interação com Residência Médica no GHC. Loureiro (2005) indica ser provável que o encontro entre saber e contexto origine processos de reflexão que recontextualizem os saberes produzidos em situação de ensino no trabalho, com equipe de saúde, como no caso aqui estudado.

### *3 Aproximação ao Tema*

O histórico das Residências Multiprofissionais no Rio Grande do Sul pode ser resgatado a partir de 1974. Neste ano, foi desenvolvido um projeto de implantação de um Sistema de Saúde Comunitária no então denominado Centro Médico Social São José do Murialdo, pertencente à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Um dos objetivos específicos foi o desenvolvimento de um programa de Residência em Saúde Comunitária não limitado às profissões de saúde, acolhendo, por exemplo, profissionais de Ciências Sociais. O relato é de autoria de Busnello et al. (1975), que vivenciaram o processo.

Em 1975, o Centro Médico Social São José do Murialdo propôs um Programa de Treinamento em Saúde Comunitária como complementação ao Projeto do Sistema de Saúde Comunitária, tendo sido prevista a integração de atividades “de serviço” e “de pesquisa” ao treinamento propriamente dito. Dentre os projetos elencados no Programa, constava um Estágio Especializado organizado no formato de Residência a ser oferecido a profissionais das Ciências da Saúde, de acordo com Ruschel et al. (1975).

Ruschel, Busnello e Quevedo (1979) relatam que, em 1976, dois residentes do Programa de Residência em Saúde Comunitária, desenvolvido no hoje Centro de Saúde-Escola Murialdo, moravam em casas alugadas pelo Programa, de modo que morassem no mesmo ambiente onde cumpriam a formação (treinamento) em serviço.

No mesmo ano, foi criado o primeiro Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária no Rio Grande do Sul, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, da Secretaria Estadual da Saúde, como informam Farias, Stein e Hoffmann (2004). Em 1977, uma enfermeira e um sociólogo se inscreveram no Programa, fato registrado por Ruschel, Busnello e Quevedo (1979) e, posteriormente, os residentes médicos se juntaram a enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, médicos veterinários e administradores (FALK, 1999). É importante registrar que a Residência Multiprofissional foi interrompida entre 1996 e 1999, mantendo-se somente a Residência Médica (ROSSONI, 2010).



Em 1999, esta modalidade de ensino em serviço foi regulamentada por Portaria e, em 2002, por lei estadual, tendo sido proposta a integração entre os Programas de Residência Médica com Programas de Aperfeiçoamento Especializado para outras profissões da área da saúde e afins, como terapia ocupacional, educação física e educação artística. Foi, então, criada, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, a designação de Residência Integrada em Saúde, abrangendo o conjunto da equipe de saúde ou de interesse ao trabalho em saúde, como relatam Ceccim e Ferla (2003).

No início da década de 1980, o GHC, localizado em Porto Alegre e vinculado ao Ministério da Saúde, passou a oferecer Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Este movimento foi simultâneo em outras realidades latino-americanas, com a singularidade de abertura a outros profissionais da área da saúde e das Ciências Sociais, pelo que se apreende da análise de Davini (2003) em relação à Argentina.

Para fins de regular inicialmente a formação destes residentes, foi feita a opção de seguir o regimento vigente para os residentes médicos até que fosse criado um regimento próprio para a RIS/GHC, devido a suas peculiaridades e os avanços propostos. Contudo, a nova proposta ficou condicionada aos limites legais da modalidade mais tradicional, ou seja, manteve a forma de exercício do poder sobre o sujeito em formação: a disciplina e a valorização de determinados saberes em detrimento de outros, com a manutenção das formas de controle anteriormente existentes.

Em 2004, o movimento de constituição da RIS/GHC (BRASIL, 2004a) imediatamente mobilizou os Programas de Residência Médica da Instituição, visto que tanto médicos residentes como preceptores sentiram-se ameaçados em sua pretensa hegemonia na atenção à saúde prestada por um complexo institucional que abrange atenção primária, ambulatórios de especialidades, internação, intensivismo e serviços diagnósticos e terapêuticos complementares. As relações de poder vigentes até então foram abaladas, passando a se constituírem outras dinâmicas e outras redes de ações e relações externas, introduzindo suas relações com atores diversos da sociedade e as relações no interior da cultura que permeavam ou passaram a permear as interações.

A mobilização da categoria médica deu-se na disputa pelo direito de utilizar o termo “Residência” como atributo exclusivo da formação em especialidades médicas, como se depreende de documento elaborado pelo Conselho Federal de Medicina (1977). Passou também pela exigência da definição de limites de atuação de determinadas categorias profissionais e chegou a questionar o exercício profissional das categorias da saúde, exceto a Odontologia. A defesa da categoria médica se fazia, inclusive, com o desconhecimento de um histórico de modalidades de formação designadas por Residência, como ocorria por lei estadual (já referida) no próprio Rio Grande do Sul, em outros hospitais do Ministério da Saúde e na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Conflitos hierárquicos interpessoais também vieram à tona neste processo, provocando diferentes efeitos na construção desse retrocesso. O risco de perda de espaço provocou reações desta categoria contra uma possível reafirmação da autonomia de outras, aspecto discutido por Dallegrave (2008).

No início de 2005, o Ministério da Saúde apresentou a possibilidade de constituição de Residências em Área Profissional da Saúde a serem oferecidas simultaneamente às Residências Médicas, com características “integradas” ou “multiprofissionais”, preservando sua não-unificação à Residência Médica, ainda que recomendando sua integração (BRASIL, 2005b).

No dia 1º de julho de 2005, foi publicada a lei que, em seu artigo 13, institui a Residência em Área Profissional da Saúde destinada às categorias que integram a área da saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005b). É importante ressaltar que a denominação da modalidade incluiu as várias profissões da saúde, assinalando a possibilidade de programas integrados entre Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Médica, ou a inclusão de outras profissões demandadas pelo trabalho em saúde em cada realidade, área ou instituição.

Em janeiro de 2007, foi publicada a Portaria que instituiu a Comissão Nacional de Residência – Multiprofissional – em Saúde – CNRMS (BRASIL, 2007c). Entre suas atribuições, consta o credenciamento de Programas de Residência em Saúde (multiprofissionais ou não) e das instituições habilitadas para oferecê-los, bem como o registro de certificados de Programas de “Residência Multiprofissional em Saúde” e “Residência em Área Profissional da Saúde”, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do Programa.

Cabe ressaltar que as Portarias da regulamentação, de certo modo, trazem, na textualidade, o espírito da Lei, uma vez que esta não criou a diversidade de “programas”, mas um programa e, dentro dele, variações de execução entre profissões, modalidades uni ou multiprofissionais, integração, regionalização e matriciamentos. Outra observação relevante, indicada por Fajardo, Pasini, Schmidt et al. (2010), é que tal credenciamento ainda não está efetivado, o que impede a titulação oficial dos residentes segundo a legislação referida à pós-graduação *lato sensu*, após concluírem a Residência.

Em julho do mesmo ano, foi definida a composição da CNRMS, tendo-lhe sido atribuída a responsabilidade de certificar programas de Residência “Multiprofissional” e “em Área Profissional” da Saúde, excetuando-se a profissão médica, pois esta já era certificada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), mantida após a nova lei. A nova textualidade indica “área médica”, quando se deveria pronunciar “profissão médica” e área da saúde (BRASIL, 2007a).

Em 2008, foi definida a estrutura, a organização e o funcionamento da referida Comissão (BRASIL, 2008a). Neste ano, foi definida a carga horária dos programas de Residência em 60 horas semanais (BRASIL, 2008b), seguindo a mesma definição da Residência Médica.

A resistência ao ingresso de outros profissionais de saúde na modalidade de Residência foi liderada por residentes médicos. A inconformidade de parte dos médicos contratados ficou demarcada pelo impedimento de os mesmos ensinarem procedimentos privativos de médicos para profissionais de outras carreiras, conforme o Art. 1º da Resolução 1.718/2004, do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2004c). Embora refira “ato privativo de médicos”, a Resolução refere que um dos motivos para impedir que médicos ensinem não-médicos está no fato de o campo de trabalho médico ter se tornado “muito concorrido por agentes de outras profissões, e que os limites interprofissionais entre essas categorias nem sempre estão bem definidos”. A mesma Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 não inclui, em seu Art. 1º, parágrafo único, a medicina como umas das profissões sob sua abrangência, embora preconize no item IX, do Art. 2º, a articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com os programas de Residência Médica. É possível identificar a utilização contraditória da terminologia “Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde”, citando sua

resolução de acordo com a Lei nº 11.129, que institui “a Residência em Área Profissional da Saúde”.

Neste ponto, fica caracterizado um conflito entre o aprender e o ensinar no trabalho, visto que, para o modelo da RIS/GHC, é imprescindível a aprendizagem e a atuação em equipe entre todos os seus integrantes sem distinção do nível de escolaridade. Os momentos de práticas reflexivas, como discussões de caso e atividades de educação permanente, não podem ser desenvolvidos (ou são dificultados) em conjunto com todos os membros das equipes por impedimentos formais ou por constrangimentos corporativos.

Reconhecer o estabelecimento desta disputa política foi um passo rumo à alteração de relações de poder em uma instituição aparentemente neutra e independente, sendo que a identidade dos envolvidos na concepção, no desenvolvimento e na avaliação do projeto, assumindo ou não o direito de serem diferenciados, é permanentemente questionada ao longo deste processo.

Um levantamento realizado em 2005 demonstrou a existência de 22 experiências em andamento no Brasil, as quais promoviam a especialização de residentes de um número variado de áreas profissionais. A CNRMS arrolou, em 2008, 36 Programas de Residência Multiprofissional no Brasil (Anexo A). A listagem disponível não especifica as áreas e profissões diretamente envolvidas em cada programa, dificultando o mapeamento das Residências Multiprofissionais em Saúde em funcionamento no país. A atualização destas informações depende de um recadastramento a ser promovido pela Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação. A data limite para o envio das informações tinha sido estabelecida para 17 de outubro de 2008, mas nunca se concluiu ou foi disponibilizado.

A informação mais recente disponível (BRASIL, 2010a) indica a existência de 59 projetos selecionados para participarem do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Anexo B). Como se refere a programas desenvolvidos em Hospitais Universitários da rede de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) ou programas contemplados com bolsa da SESu, do MEC, ou Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, a RIS/GHC, entre outras, não está incluída

na listagem. No Rio Grande do Sul, estão funcionando atualmente 10 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (Anexo C).

Foucault (1987, p. 165) relata que, quando o trabalho médico começou a ser exercido em regime de dedicação exclusiva e em tempo integral em ambiente hospitalar por volta do século XVIII, trouxe como consequência uma “reviravolta das relações de poder e constituição de um saber.” Na atualidade, é preciso enfatizar a necessidade de desprender-se do já sabido como condição indispensável para aprender a trilhar caminhos novos. É como elabora Foucault (2004, p. 602), ao refletir sobre a prática de si (tendo em conta a leitura de Platão a respeito de Alcibíades):

(...) A prática de si deve permitir desfazer-nos de todos os maus hábitos, de todas as opiniões falsas que podemos receber da multidão ou dos maus mestres, como também dos pais e dos que nos cercam. “Desaprender” (*de-discere*) é uma das mais importantes tarefas da cultura de si.

Precisamos dar passos rumo à recusa do que está dado e que nos parece imposto para tentar alcançar outras possibilidades de ser. Ainda conforme Foucault (1995, p. 239),

talvez o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos desse “duplo constrangimento” político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder moderno.

O desenvolvimento das Residências em Saúde para profissionais de categorias além da médica foi proposto como possibilidade de formação em equipe e em serviço. Por seu caráter de trabalho em equipe interdisciplinar, foram inicialmente denominadas “Integradas”. Posteriormente, foram regulamentadas com a denominação de “Residências em Área Profissional da Saúde” (BRASIL, 2005d), reservando-se a designação original para a concepção pedagógica de integração ao SUS, integração educação-trabalho, integração saúde-humanidades, integração ciência e política.

## *O Grupo Hospitalar Conceição (GHC)*

O GHC é formado por quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Fêmeina e Hospital Cristo Redentor; um serviço em rede de atenção básica à saúde, o Serviço de Saúde Comunitária; um conjunto de serviços de Saúde Mental: Caps ad, Caps ad III, Caps i e Caps II; e programas especiais: PAD e Consultório de Rua.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição é um hospital geral de atendimento a adultos com ambulatório, emergência e internação. O Hospital da Criança Conceição atende crianças do nascimento aos 12 anos de idade. O Hospital Fêmeina é especializado em ginecologia e obstetrícia, atendendo a gestantes desde o pré-natal até o pós-parto. O Hospital Cristo Redentor é especializado em trauma, atendendo principalmente acidentados no trânsito, no trabalho, vítimas de violência e grandes queimados. O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é formado por 12 unidades de atenção primária localizadas na zona norte da cidade, sendo responsável por aproximadamente 120 mil moradores cadastrados.

A Instituição oferece quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um dirigido ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad), outro à população adulta em demanda especializada (CAPS II), um terceiro (CAPSi) dedicado a crianças e adolescentes e, mais recentemente, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas (CAPS ad III). Além destes, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) presta atendimento em internação domiciliar. Por fim, o Consultório de Rua atende a pessoas em situação de rua, especialmente usuários de *crack* e outras drogas.

A título de informação, dados de 2009 informam um corpo funcional de 7.444 profissionais, oferecendo 35% de todas as internações e mais de 15% de todos os atendimentos ambulatoriais em hospitais pelo SUS em Porto Alegre. O acesso é universal e gratuito, e oferta 1.535 leitos. Possibilita a internação de quase 60 mil gaúchos por ano. Realiza 25% dos atendimentos de emergência da capital. No mesmo ano, foram realizados, entre os Hospitais Conceição e Fêmeina, 53% dos partos da cidade<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=2>> Acesso em: 30 jan. 2011.

A diversidade de cenários e de atores permite que os residentes médicos e da Residência Integrada em Saúde transitem entre diferentes realidades de trabalho e desenvolvam conhecimentos variados.

### *A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - RIS/GHC*

Em 2004, o GHC construiu a modalidade de “especialização em serviço sob supervisão” na área da saúde para seis profissões. A Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) abrangia enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Seu objetivo era – e ainda é – responder a demandas prementes para o país e alcançar – na formação em serviço – os preceitos da integralidade, da universalidade e da equidade na atenção à saúde prestada por profissionais no SUS (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2004). A Instituição passou a corresponder a um dos atributos do SUS, que é o de “ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1990, Art. 6, parágrafo III), fato corroborado pela certificação de uma de suas quatro unidades, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, como Hospital de Ensino ainda em 2004 (BRASIL, 2004b). Em 2005, os Hospitais Cristo Redentor e Fêmina também foram certificados como Hospitais de Ensino (BRASIL, 2005c), tendo esta condição sido prorrogada anualmente desde então (BRASIL, 2009b). O SSC foi criado em 1982 já com a definição de cenário de formação.

O objetivo da RIS/GHC é desenvolver ensino em serviço e em equipe multiprofissional e interdisciplinar, em um esforço para resgatar a integralidade da atenção à saúde nos diversos setores onde se fizer necessária e, assim, qualificar a formação dos profissionais para a atuação no SUS (BRASIL, 2003). Com isto, o âmbito da atenção à saúde é ampliado, pois passa a incluir esferas de intervenção além da assistência, abrindo possibilidades de aprendizado em gestão, formação e participação no setor, necessidade indicada por Ceccim e Feuerwerker (2004b).

Ao discutirem a segmentação ou superespecialização do trabalho médico, Campos, Chakour e Santos (1997) propuseram a composição de dois âmbitos dos conhecimentos e das práticas: o “campo”, que contempla um contexto ampliado, e o

“núcleo”, que abrange o conhecimento e as atribuições específicas em especialidades que justificam sua existência como tal. Com a necessária superposição de limites e o borramento de fronteiras, típicos da realidade atual, Campos (2000) referiu a imprecisão dos limites do campo com base na multi/interdisciplinaridade e a multi/interprofissionalidade dos núcleos que compõem o trabalho em saúde.

A organização do Programa consta de seu Projeto Político-Pedagógico (PPP) e informa os espaços de formação. A produção de Campos, Chakour e Santos (1997) e de Campos (2000) sustentou a constituição em núcleos (elementos exclusivos de cada profissão), áreas de ênfase (conhecimentos e práticas comuns às profissões que em equipe) e campo (o contexto onde a interrelação entre assistência, ensino e pesquisa acontece) (BRASIL, 2009a) na proposta pedagógica.

Na época da implantação foram incluídas as seis profissões já citadas em três áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva, todas correlacionadas de alguma forma com o Programa de Residência Médica em áreas de interface: Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Medicina Intensiva.

A Portaria GHC nº 037/07 atualizou o Programa conforme a regulamentação mais recente, abrindo a oportunidade de criação de novas áreas de ênfase/especialidade de acordo com as necessidades identificadas no sistema de saúde para fins de qualificar a assistência e o corpo técnico-docente da organização (BRASIL, 2007a).

Em 2006, a farmácia foi incorporada, seguindo-se a nutrição em 2007 e a fonoaudiologia em 2009. A quarta área de ênfase, Onco-Hematologia, foi implementada a partir da turma 2009-2010 (FUNDATEC, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009). A partir de 2010, a ênfase em Terapia Intensiva teve seu âmbito ampliado para Atenção ao Paciente Crítico. Com isso, a partir da turma 2006-2007, o número de vagas para residentes e, conseqüentemente, a designação de preceptores, aumentou. O Quadro 1 ilustra esquematicamente o histórico do desenvolvimento da RIS/GHC até o momento.



Quadro 1: Histórico da RIS/GHC em relação às áreas de ênfase envolvidas, profissões incluídas e vagas oferecidas para residentes a cada turma.

Ano	Ênfases	Profissões	Nº de vagas p/ residentes p/ ênfase	Total de vagas
2004	Saúde da Família e Comunidade (SFC), Saúde Mental (SME) e Terapia Intensiva (TI)	Enfermagem Fisioterapia Odontologia Psicologia Serviço social Terapia ocupacional	SFC - 17 SME - 5 TI - 8	30
2005	Idem	Idem	SFC - 17 SME - 5 TI - 8	30
2006	Idem	Idem + Farmácia	SFC - 20 SME - 5 TI - 8	33
2007	Idem	7 profissões + Nutrição	SFC - 28 SME - 5 TI - 8	41
2008	Idem	8 profissões	SFC - 33 SME - 5 TI - 13	51
2009	Inclusão da Onco-Hematologia (OHE)	8 profissões + Fonoaudiologia	OHE - 6 SFC - 34 SME - 8 TI - 14	62
2010	Ampliação da TI para Atenção ao Paciente Crítico (APC)	9 profissões	APC - 16 OHE - 6 SFC - 34 SME - 8	64

Enquanto a Residência Médica é desenvolvida há mais de 30 anos no GHC, a RIS/GHC concluiu sua sétima turma em janeiro de 2011. No ano anterior, sendo esta a primeira vez, residentes de Medicina de Família e Comunidade e da RIS/GHC realizaram uma solenidade conjunta de

formatura, indicando possíveis laços a serem fortalecidos em médio e longo prazo entre os Programas de Residência em Área Profissional e Residência Médica.

A coordenação da RIS/GHC é composta por um representante dos preceptores e um dos residentes de cada ênfase, além de um coordenador vinculado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do GHC. Reúne-se semanalmente para discutir e deliberar assuntos administrativos, regimentais e organizativos. O PPP foi discutido pela totalidade dos envolvidos no Programa desde 2005 e, após um expressivo processo propositivo por parte do conjunto de envolvidos, foi votado e aprovado (BRASIL, 2009a).

A decisão institucional foi que o corpo docente deste Programa de Residência seria constituído por trabalhadores formais com experiência profissional em suas áreas de formação, com pós-graduação *stricto e/ou lato sensu*, além de professores convidados e/ou contratados especificamente para desenvolver conteúdos de cunho teórico. Também estava previsto o desenvolvimento de processos formativos internos e externos, mediante cooperação com universidades parceiras, em caráter permanente para que o corpo docente pudesse ser atualizado, qualificado e avaliado (BRASIL, 2003).

Os Editais de processo seletivo público do GHC passaram a incluir, nas atribuições dos cargos para todos os profissionais com exigência de nível superior, uma cláusula contemplando a supervisão de residentes e estagiários. O Processo Seletivo Público 01/2006 foi o primeiro a ter esta cláusula incluída como atribuição da categoria médica. O Edital seguinte, que foi homologado em 2008, passou a prever esta função para todas as profissões de nível superior. Tal determinação abrange tanto as categorias profissionais pertencentes às áreas-fim, isto é, com atuação junto ao paciente ou aos serviços terapêuticos, como às áreas-meio, como os cargos de advogado, arquiteto e técnico em educação, por exemplo (BRASIL, 2007).

Em 2010, 46 profissionais exerciam preceptoria na RIS/GHC para um total de 64 vagas para residentes de primeiro ano (R1) e 62 de segundo ano (R2) em uma proporção de, no mínimo, um preceptor para cada três residentes. A diferença de duas vagas entre residentes de 1º e 2º ano deveu-se à abertura de vaga para nutricionista como residente na área de ênfase em Atenção ao Paciente Crítico para a turma 2010-2012.

Alguns campos da RIS/GHC contam com um número proporcionalmente maior de preceptores para atender às necessidades de ensino/aprendizagem peculiares dos residentes que ali circulam no decorrer da especialização em serviço. O Quadro 2 apresenta o número de vagas para residentes (Fundatec, 2008; 2009), bem como sua distribuição e a dos preceptores por área de ênfase em 2010:

Quadro 2: Número de vagas para residentes da RIS/GHC, sua distribuição e a dos preceptores por área de ênfase em 2010.

Ênfase	Vagas para residentes por profissão 2010				Preceptores	
	R1		R2			
Atenção ao Paciente Crítico (APC)	Enfermagem	8	Enfermagem	9	Enfermagem	7
	Fisioterapia	4	Fisioterapia	4	Fisioterapia	2
	Fonoaudiologia	2	Fonoaudiologia	1	Fonoaudiologia	3
	Nutrição	2	Nutrição	---	Nutrição	1
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>Total</b>	<b>13</b>
Onco-Hematologia (OHE)	Enfermagem	1	Enfermagem	1	Enfermagem	1
	Farmácia	1	Farmácia	1	Farmácia	1
	Fisioterapia	1	Fisioterapia	1	Fisioterapia	1
	Nutrição	1	Nutrição	1	Nutrição	1
	Psicologia	1	Psicologia	1	Psicologia	1
	Serviço Social	1	Serviço Social	1	Serviço Social	1
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>Total</b>	<b>6</b>
Saúde da Família e Comunidade (SFC)	Enfermagem	7	Enfermagem	7	Enfermagem	5
	Farmácia	4	Farmácia	4	Farmácia	1
	Nutrição	2	Nutrição	2	Nutrição	1
	Odontologia	9	Odontologia	9	Odontologia	8
	Psicologia	5	Psicologia	5	Psicologia	1
	Serviço social	7	Serviço social	7	Serviço Social	4
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>Total</b>	<b>20</b>
Saúde Mental (SME)	Enfermagem	2	Enfermagem	2	Enfermagem	2
	Psicologia	2	Psicologia	2	Psicologia	1
	Serviço social	2	Serviço social	2	Serviço Social	2
	Ter. Ocupacional	2	Ter. Ocupacional	2	Ter. Ocupacional	2
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>Total</b>	<b>7</b>
<b>Totais</b>	<b>64</b>	<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>Total</b>	<b>46</b>	

Fonte: Fundatec, 2008, 2009; Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

A maior parte dos/as preceptores/as é constituída por enfermeiras/os (15), sendo este o único núcleo profissional presente nas quatro áreas de ênfase. Assistentes sociais (7), nutricionistas (3) e psicólogos/as (3) atuam em três ênfases; farmacêuticas (2) e fisioterapeutas (3) estão ligadas a duas áreas de ênfase; fonoaudiólogas (3), odontólogas/os (8) e terapeutas ocupacionais (2) estão vinculados a apenas uma ênfase cada.

A diversidade de profissões por área de ênfase (“Área Profissional da Saúde”, conforme a lei) corresponde à diversidade de profissões que atuam na mesma área na estrutura institucional, à necessidade de introduzir saberes naquela área, à equipe multiprofissional de Residência e ao enfrentamento da construção da integralidade na assistência (para a estrutura institucional) e na formação (completando a bagagem oferecida na graduação). O GHC não apenas compõe equipes multiprofissionais no interesse de dar melhor resposta assistencial, mas no interesse de sua participação como instituição-escola na saúde na formação dos trabalhadores desse campo.

### *O exercício da preceptoria no contexto da RIS/GHC*

Profissionais de saúde de graduação universitária, formados em cursos com currículos fragmentados e organizados por disciplinas, passaram a exercer funções de preceptoria e de orientação de pesquisa, acrescidas ao trabalho vigente de prestador de serviço em saúde, papel desempenhado há mais ou há menos tempo na instituição, tendo de promover um processo de ensino/aprendizagem, além de pesquisa e assistência. Isto evidenciou um determinado grau de tensão entre os colegas que permaneceram exclusivamente atendendo os pacientes e aqueles que foram convidados e aceitaram acrescentar ao seu fazer cotidiano no GHC outras tarefas e atividades relacionadas ao exercício do fazer pedagógico. A sensação de que o atendimento já não era prioridade causava temor de sobrecarga ou perda de qualidade na chamada “atividade-fim” de uma instituição de atenção à saúde. Outras produções em texto relatadas por pesquisadores em outras instituições referem esta mesma situação, como, por exemplo, Silveira (1999).

Consolidando o que Bendassolli (2007) denomina como “contrato psicológico de trabalho”, ou seja, os direitos, os deveres e as obrigações percebidos pelos trabalhadores como implícitos à relação de trabalho estabelecida, embora nem sempre formalizados em um contrato trabalhista, emergem expectativas e experiências passadas, começando a integrar o exercício profissional.

Os profissionais que exercem formalmente a preceptoría no GHC recebem uma gratificação à remuneração no valor equivalente ao padrão 5 da tabela de Funções Gratificadas (FG) da instituição (um valor que corresponde a quase 73% do salário mínimo nacional), de modo que tenham reconhecidas suas tarefas relacionadas ao processo de ensino e pesquisa com os residentes. Rossoni (2010) informa que nem todos os programas de Residência Multiprofissional oferecem Bolsas de preceptoría, como a FG é denominada pelo Ministério da Saúde.

Muitos funcionários de setores vinculados à RIS/GHC passaram a buscar cursos de pós-graduação com o objetivo de se aperfeiçoarem para o exercício da função, aproveitando oportunidades de fomento e liberação normatizadas pelo GHC.

A expressão “recursos humanos”, amplamente utilizada na legislação e em textos a respeito do trabalho em geral e, frequentemente, na área da saúde, não contempla as noções que a Residência fez introduzindo-se na estrutura organizacional. Não é mais possível distribuir profissões por setores, autorizar cursos ou “escalar” um preceptor. Quaisquer desses “dispositivos” são dispositivos de subjetivação; logo, não há recursos humanos, mas trabalhadores em processo de subjetivação. Ao invés do papel de instrumento-meio de trabalho, trata-se de trabalhadores ocupando um lugar de protagonismo na produção organizada de saúde, conforme já tinha proposto em minha dissertação de mestrado (FAJARDO, 2001) seguindo a orientação de Mattos (1992). O estatuto de “atores sociais” é mais condizente com sua realidade de produtores de saúde, escapando da caracterização de meio para alcançar um fim, acompanhando a proposição de Ceccim (2005a, 2005b).

As novas formas de ordenamento institucional propostas pela RIS/GHC constituem práticas diversas das ainda vigentes relativamente à Residência Médica, sendo possível que se interpenetrem no andamento do processo, definindo, então, novos contornos para ambas. As práticas são sempre datadas e designam novos objetos e novos sujeitos impostos às montagens do mundo, como formula Veyne

(1998), ao explorar o referencial das sociedades disciplinares em Foucault. Os olhares já codificados sofrerão outras mediações e produzirão novos conhecimentos sucessivos em um ritmo continuado ou descontinuado, segundo os ordenamentos que se apresentarem. Como alertava Foucault (2002, p. XVI),

os códigos fundamentais de uma cultura (...) fixam, logo de entrada, para cada homem, as ordens empíricas com as quais terá que lidar e nas quais se há de encontrar. Na outra extremidade do pensamento, teorias científicas ou interpretações de filósofos explicam porque há em geral uma ordem (...). Mas, entre essas duas regiões tão distantes, reina um domínio que apesar de ter um papel intermediário, não é menos fundamental: (...). É aí que uma cultura (...) cessa de se deixar passivamente atravessar por elas, desprende-se de seus poderes imediatos e invisíveis (...).

Muitos preceptores do GHC, propostos como facilitadores<sup>2</sup> do processo de ensino/aprendizagem e que também trabalham na assistência à saúde, resistem à possibilidade de ruptura com o modo tradicional pelo qual aprenderam a ensinar e a aprender, em deslocar-se do lugar de propriedade da prática ao de interrogação e compartilhamento exigido em uma condição pedagógica construcionista. Têm, em sua memória, o que e como aprenderam na escola e atualizam esta memória com o que se faz no local de trabalho. Será insuficiente aprender novas coisas; trata-se de desaprender uma identidade, uma convicção subjetiva, a definição de si. Uma educação que se continue deveria mover estes valores, saberes e poderes para novas posições, seguindo o que D’Espiney (2003) propõe como educação contínua.

A simultaneidade entre a teoria “e” a prática poderia transformar os preceptores em “conceptores e executantes” da RIS, conforme proposição de Abreu (2003). Abreu (2003) identifica que o caráter difuso dos limites temporais e espaciais da formação em Residência permitiria que ação e formação ocorressem de forma indissociada, transformando o terreno da saúde em um campo educativo por si só. Provavelmente por ser caracterizada como atividade prática, a atenção à saúde carece do reconhecimento de que ação e reflexão se dão simultaneamente, aponta Ramos (2003), e de que a docência faria parte do complexo tripé ensino-

---

<sup>2</sup> A palavra facilitador/a indica uma função de ensino por parte de quem não é docente nem preceptor. São trabalhadores da saúde pertencentes aos núcleos profissionais que compõem a RIS e que atuam no Currículo Integrado (desenvolvido junto aos residentes da ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS e da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade) e nos Seminários Integrados da GEP (desenvolvidos junto a todos os residentes da RIS, sem incluir os residentes médicos).

aprendizagem-assistência em saúde, articulando os campos da educação e da saúde, indica Batista (2005).

As configurações de um processo formativo ou de trabalho seriam postos em rede de relações entre pessoas que se dizem respeito e não organogramas de pessoas que dizem respeito às instituições disciplinares e mundos imóveis. A imagem física da mandala – com seu movimento multidimensional embasado na inter-relação entre elementos singulares que confluem para um centro ou dele se irradiam – é uma proposição de Ceccim (2005b) que vem ilustrando várias produções atuais, talvez uma figura-chave para esta reflexão.

Os preceptores envolvem-se ativamente em todas as fases da proposta pedagógica, desde sua elaboração, passando pela seleção dos candidatos e pelo acolhimento dos novos residentes. Contribuem com sugestões para a aquisição de insumos, equipamentos, publicações e na qualificação dos próprios colegas, pois o mundo real do trabalho exige a posição colaborativa permanente e a disposição de pares entre os atores sociais do cotidiano, lembrando o que Fonseca, Engelman e Giacometti (2004) apontam.

Desta maneira, é possível perceber um avanço na capacidade de diálogo, na ampliação da compreensão da realidade e nas possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde desenvolvido com e entre usuários, residentes e preceptores envolvidos com a RIS, como já indicavam algumas produções (BALDISSEROTTO et al., 2003).

### *Aprendendo e ensinando neste processo*

Acompanhando o pensamento de Schwartz (2007), as transformações atuais no campo laboral exigem a cooperação entre olhares acadêmicos e as vivências dos atores que protagonizam a atividade profissional. A formação em saúde conceitua a educação formal, que resulta em certificação e habilitação profissional específica, ocorrendo, portanto, ao longo da graduação do estudante e englobando alunos e professores vinculados formalmente às instituições de ensino superior. Já o desenvolvimento institucional em saúde é resultado de iniciativas educativas buscadas no decorrer da prática profissional dos trabalhadores; neste sentido, a

educação abrange a potência de transformação dos trabalhadores que atuam em instituições de atenção à saúde.

Feuerwerker (2003) informa que diversos movimentos de mudança no currículo dos cursos de graduação da área da saúde vêm ocorrendo desde a década de 1970, tendo sido agregados conceitos de educação, humanização, integração, integralidade e interdisciplinaridade ao currículo. Isto é decorrência da percepção das necessidades dinâmicas da população e das exigências do mercado de trabalho em saúde, tal como as apresentadas por Angnes e Bellini (2006).

Currículos organizados de maneira tradicional – por disciplina e fragmentados – não permitem o deslizamento dos saberes entre áreas complementares, enquanto currículos estruturados de forma integrada facilitam o fluxo de saber conforme a necessidade sentida e expressada por estudantes, docentes, pesquisadores e usuários, possibilidade ressaltada por Bentz (2005). Ocorre que esta última perspectiva precisa de um planejamento e de ações que mirem adiante da atualidade, prevendo novas respostas a necessidades ainda por vir.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde foram sendo desenvolvidas ao longo da década passada. Resultaram em uma resposta condizente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional à necessidade de formação de profissionais de saúde embasada na diversidade de antecedentes dos estudantes e nas perspectivas de atuação futura, informa Almeida (2003). Apesar de aprovadas no início deste século, sua incorporação ao ensino ainda gera movimentos de desacomodação e questionamentos em relação à formação de profissionais que atenda a elas, como avaliam Rossoni e Lampert (2004).

Conforme Oliveira (2003), a reforma curricular da graduação não acompanhou o ritmo da necessidade de mudança na maneira de trabalhar em saúde, sendo um dos pontos menos questionados na implantação do SUS, como discutem Ceccim e Feuerwerker (2004a), o que determinou uma aceleração na oferta de cursos de pós-graduação para suprir com urgência tal demanda. Traverso-Yépez (2005) avaliam que, como resultado, tem-se profissionais cuja formação pouco se aproxima das realidades com as quais se deparam ao exercerem seu trabalho.



Neste sentido, a oferta de desenvolvimento profissional sob uma perspectiva interdisciplinar em serviço seria uma resposta posterior ao processo de formação como habilitação formal para o exercício de determinada profissão, limitada por fronteiras e conceitos pré-definidos, como analisa Ceccim (2003). Deve ainda ser construída uma proposta como a da entre-disciplinaridade para a construção das outras terapêuticas, outras formações, outras “disposições” de trabalho-formação-gestão-participação.

O processo de ensino/aprendizagem de residentes em saúde resulta de construções sociais históricas relacionadas com a educação médica. Contudo, considera-se que a assistência à saúde centrada no atendimento médico já não responde às necessidades de vida dos usuários, até então encarados apenas como pacientes. Steiner (2005) discute que a promoção do ensino da maneira tradicional, provavelmente faz do “mestre” um tradutor apenas, dificultando que o aprendiz se faça intérprete do que vivencia. O exercício do poder na relação pedagógica estabelece significados distintos para um sujeito educado; entre estes significados, estão aqueles a que se submete, constituindo sujeitos socialmente construídos, como lembra Fendler (1998).

A fim de compreender como se dá a abertura de novas possibilidades de atenção à saúde em um contexto brasileiro, é primordial “desaprender” o que está constituído, de onde decorreria a invenção, pois, ao desaprender algo que nos “prende”, não sabemos o que virá; importa-nos uma ética dos desafios.

Seria importante identificar o que é produzido na situação de trabalho, conforme as possibilidades existentes, e aquilo que é necessário na constituição de movimentos institucionais de mudança para tornar visível como as relações, os saberes, os poderes e as práticas estão se transformando ou são demandados à transformação. Para Ceccim (2005a, 2007), a educação permanente em saúde, distintamente da educação continuada, contribui para fortalecer as relações e os processos que se dão em nível local (na equipe e entre serviços), organizacional (na instituição e no setor saúde) e intersetorial, sempre levando em conta as possibilidades de atualização do que parece estar dado.

Isto pode ficar evidente nos modos de ensinar e de aprender em serviço no campo da saúde, com seus efeitos em potencial sobre os sujeitos afetados por esta modalidade de aprendizagem, que não contém uma “prescrição de qualidade

profissional”, posto que é um “dispositivo de saberes de si”, da instituição e do mundo.

Sujeitos e instituições são reconfigurados com o andar da vida e do trabalho. É essencial esquecer que o pensar constitui a teoria e que o fazer constitui a prática, aprendendo, então, que pensar e fazer configuram práticas. O trabalho em saúde ultrapassa a técnica ou o tecnicismo, e produz conhecimentos e afetos para trabalhadores, usuários e instituições.

### *Descobríndo novas paragens*

Ao longo de minha vivência profissional, fui percebendo que conceitos de tempo e de espaço se mesclavam com conceitos de trabalho que passavam pelo prescrito, pelo autorizado, pelo realizado e pelo desejado na relação com os residentes e os usuários dos serviços onde a Residência Integrada acontece.

A aproximação com a realidade investigada deu-se pela convivência com colegas que, tendo uma história de trabalho vinculada à assistência à saúde na instituição, relatavam sua inquietude no desenrolar da preceptoría. Comentários como “eu só trabalho, não faço mais nada”, “sou profissional de saúde, não professor”, “não sei ensinar”, “nunca fiz pesquisa na vida” e “tenho um monte de hora-extra, mas não consigo tirar folga”, vinham há tempos permeando as conversas nos intervalos, nos seminários e nas atividades de avaliação dos residentes.

Esta expressão de simultaneidade de funções e de papéis desempenhados coincidia com o que Santos (1997) descrevia como invisibilidade da padronização das atividades, realçando a dificuldade de perceber a fronteira entre o trabalho prescrito e o realizado. Além disto, a falta de reconhecimento dos limites entre o efetivado e o pré-determinado também contribuía para que o trabalhador não se visse como sujeito de sua ocupação. Mencionando o setor de serviços voltado para população em dificuldade social na França, Clot (2006) analisou que um dos efeitos sobre os trabalhadores era o sentimento de uma super solicitação pelos usuários e uma capacidade insuficiente de resposta por parte dos trabalhadores. Em alguma medida, esta situação se aproxima da realidade vivenciada por uma instituição-escola na saúde como o GHC, em que os funcionários atendem a uma demanda

cada vez maior de trabalho assistencial, docente e de gestão em caráter de simultaneidade.

Meu trabalho junto aos residentes como orientadora de pesquisa desde o primeiro ano de Residência e facilitadora dos seminários integrados de pesquisa junto aos residentes de segundo ano proporcionou-me a escuta de suas eventuais observações a respeito de um suposto despreparo de alguns preceptores e orientadores de pesquisa em relação ao desenvolvimento de atividades de docência e pesquisa em serviço.

Então, foi se delineando um incômodo que pode ser compreendido como um descompasso entre o que está prescrito para o trabalho no campo da saúde e o que é esperado que seja feito no cotidiano de uma instituição com caráter múltiplo. Caria (2005) lembra que a cultura do trabalho em saúde não prevê a interação com ensino e pesquisa, pois o que prevalece em nossa memória é o professor universitário (dentro da sala de aula) e o pesquisador (isolado em um ambiente ideal) em contraposição ao trabalhador em inter-relação com seu paciente/usuário.

As dificuldades expressadas informalmente pelos colegas variavam da crescente demanda de trabalho à insegurança para exercer a docência; da instabilidade institucional à exigência do registro de produtividade por procedimento; da carência de formação para orientar pesquisa ao desconhecimento do sentido de ser pesquisador; do receio de se defrontar com o novo ao confronto com o inovador; do desejo de alcançar a perfeição às lembranças de professores que pouco sabiam ensinar; de residentes que se comportavam como meros alunos a colegas que agiam como residentes; e tantos outros comentários que foram despertando minha curiosidade de saber como os preceptores se veem no processo de ensino de uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde que ocorre em uma instituição-escola do setor público de saúde.

A literatura sobre ensino em saúde, especialmente relacionada ao processo de ensino/aprendizagem, ainda não constitui um campo muito desenvolvido, sendo possível encontrar alguns livros sobre o ensino universitário e sobre pedagogia universitária, como as obras de Masetto (1998, 2003), Batista (1998, 2005), Batista e Batista (2004) e Batista, Batista e Abdalla (2006). No entanto, o sentido destas produções vai na direção do como ser professor atuando em ambiente de ensino de graduação, não de como exercer preceptoria junto a profissionais já graduados em

saúde em todas as suas dimensões possíveis – em serviço, em equipe, em intersectorialidade. A própria definição do que é ser preceptor tem sido objeto de escassos estudos no Brasil, aspecto relatado por Botti e Rego (2008), bem como o processo de ensino-aprendizagem além de programas de Residência Médica.

Refletindo sobre minha vivência profissional na relação com uma instituição de atenção à saúde que passa a desenvolver o ensino, penso que a discussão dos achados desta investigação sejam indicadores da educação “no” trabalho, “sobre” o trabalho e “para” o trabalho. Confrontando com a escassa produção de literatura sobre o tema, cujo enfoque é mais tradicional, essa tese servirá principalmente para a visibilidade dos cenários de prática do pensar e prática do fazer. Os “dados” nesta jornada provavelmente me ajudem a refletir sobre a energia necessária para exercer a preceptoria e para emprestar-lhe retaguarda. A experiência de ser preceptor; de fazer e pensar a preceptoria; de considerar trabalho imaterial em composição com o trabalho prescrito; de interrogar como preceptores gostariam de estar na relação com os residentes e do que sentem falta ou do que se apropriaram como trabalhadores constituem “achados” e provável material para produzir um referencial teórico inédito. A massa de informações aqui cotejadas – se ainda não alcançaram esse estatuto já projetado de referencial teórico inédito – inserem o “intervalo”, o “informe” diante das “formas” que vinham da Residência Médica e que nos sobrevém do Ministério da Educação, sem qualquer parcimônia com a realidade viva da atividade do pensar e do fazer da docência nas Residências em Área Multiprofissional da Saúde. Uma vez que os “pré-conceitos” ganhem vigência sobre o “informe”, “ganhará” a docência nas instituições-escola na saúde não a introdução da “educação”, mas a pregnância da “disciplina”.

## *4 Reconhecimento do Terreno*

A investigação ora apresentada seguiu as condições estabelecidas na Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996). A pesquisa de campo somente foi iniciada após a análise e aprovação da banca de qualificação de projeto de tese de doutorado, pela Faculdade de Educação da UFRGS, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição<sup>3</sup> e será apresentada e discutida com os participantes e demais interessados após a defesa de tese perante Banca de Exame e Avaliação.

### *Aproximação com o campo*

As pessoas convidadas a participar da pesquisa compunham o grupo de preceptores informado pela GEP/GHC na época da coleta dos dados. Devido ao dinamismo dessa composição, a listagem inicial de prováveis participantes foi sendo modificada ao longo da fase de convites, pois alguns tinham se afastado da função em sua ênfase, tendo sido incluídos substitutos. Não foi utilizado qualquer critério de representatividade numérica por categoria profissional ou por área de ênfase, mantida apenas a diversidade de categorias profissionais e áreas de ênfase da instituição-escola GHC.

Todos os 46 preceptores da RIS listados junto à GEP/GHC na época do trabalho de campo foram convidados por meio de correio eletrônico a responderem a um questionário que preferencialmente deveria ser devolvido pelo mesmo meio. Posteriormente, todos foram convidados a participar de um encontro coletivo de discussão com outros preceptores das várias categorias profissionais e áreas de ênfase da RIS/GHC<sup>4</sup>.

Caso houvesse concordância em participar, deveriam ser respondidos e devolvidos dentro de 15 dias a partir do envio da mensagem a aceitação ao convite e a declaração de confiança na preservação do sigilo das informações prestadas.

---

<sup>3</sup> Parecer de Aprovação 165/10, de 08/09/2010.

<sup>4</sup> Considerando-se que a pesquisa foi realizada no contexto da RIS/GHC, a partir deste ponto da tese o programa estudado será denominado RIS ao longo do texto.

Uma semana depois do envio da mensagem, foi enviado um lembrete personalizado, reforçando o convite à participação.

Os participantes convidados e que aceitaram colaborar com a pesquisa declararam seu consentimento livre e esclarecido em via eletrônica (para o questionário) ou impressa (no caso de participação em grupo focal), ficando com cópia para si. Todas as informações obtidas foram analisadas de forma a proteger a identidade dos informantes, esgotando-se sua utilização na pesquisa aqui relatada, sem margem a novas utilizações.

O trabalho de campo propriamente dito foi viabilizado por intermédio de duas modalidades de coleta de dados: informações individuais coletadas por comunicação eletrônica e interação em grupo focal, sendo ambas as proposições amplamente mencionadas por autoras relevantes no campo da pesquisa qualitativa, como Minayo (2008) e Greenhalgh (2010).

### *Informação individual*

O contato inicial foi feito por mensagens eletrônicas individuais enviadas a cada preceptor/a da RIS (Apêndice A), de acordo com o endereço dos destinatários disponibilizados em lista de contatos do GHC. O texto do corpo da mensagem explicava a intenção do contato e solicitava que fossem lidos dois arquivos: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e um formulário de pesquisa, identificado como Roteiro Individual (Apêndice C). O tempo previsto para leitura e resposta ao conteúdo dos arquivos era de 30 minutos.

Foi elaborado um roteiro a ser respondido individualmente que funcionou, também, como um instrumento de oportunidade à livre expressão dos participantes em relação a noções anteriormente elaboradas por mim, possibilidade mencionada por Britten (2009) no âmbito da pesquisa qualitativa. Estas noções pré-existentes foram extraídas de uma realidade por mim observada e vivenciada, uma vez que pertenço ao campo e nele atuo de forma participativa.

O roteiro anexado à mensagem eletrônica individual teve o objetivo de evidenciar aspectos da vivência acadêmica e profissional que informassem o desempenho atual dos participantes na função de preceptoria na RIS. Foi delineado

de maneira a facilitar a configuração de um quadro multidimensional da atuação profissional dos preceptores da RIS. As questões foram organizadas sob três eixos – Caracterização, Preceptoria e Trabalho Imaterial – objetivando respectivamente:

- Eixo *Caracterização* – conhecer o perfil identitário, a formação de origem e em pós-graduação, o vínculo com o GHC e a inserção na função de preceptoria;
- Eixo *Preceptoria* – conhecer a experiência com ensino e o cotidiano do ensino em serviço em saúde;
- Eixo *Trabalho Imaterial* – delinear aspectos indicativos do “intervalo” entre trabalho prescrito e trabalho realizado no exercício da preceptoria.

As respostas foram organizadas no que denominei de “mapas”, planilhas em formato Excel e Word, onde registrei as informações para viabilizar sua localização para fins de apresentação e exame, com base nas possibilidades de ordenamento interno conforme as necessidades de entrecruzamento. O primeiro formato foi utilizado como matriz para delinear a caracterização dos participantes (perfil dos preceptores, formação, experiência em ensino e tempo de vínculo com o GHC e com a preceptoria) e permitir a visualização de agrupamentos de categorias por similaridade ou diferenciação dos dados, sem ter sido utilizada nenhuma função estatística. O segundo formato serviu como matriz para registro, leitura e composição das informações descritivas, objetivando viabilizar a compreensão das contribuições individuais por profissão e por área de ênfase nos eixos Preceptoria e Trabalho Imaterial. O uso de marcações coloridas facilitou a identificação de palavras-chave e de categorias que iam se revelando ao exame e proporcionou uma organização de meu pensamento em torno dos achados em elaboração.

### *Interação em grupo focal*

A realização da técnica do grupo focal para fins desta investigação pretendeu ir além da coleta rápida de dados fornecidos por um agrupamento de pessoas, pois a informação ganha qualidade quando entra em interação, como indica Kitzinger (2009), podendo ser mediada por meio de reunião ou de roda de conversa. Além disto, esta técnica proporcionou a produção de uma variedade de tons de

compreensão do tema abordado e não uma comparação com determinado padrão, o que está de acordo com o apontado por Carlini-Cotrim (2002). Um de seus propósitos foi a descoberta de facetas novas relacionadas ao tema em discussão, mas diferentes das expostas no roteiro individual.

Foi enviada uma mensagem eletrônica para todos os preceptores já contatados para a etapa individual, convidando-os/as a se integrarem em grupo focal (Apêndice D). Foram oferecidas duas possibilidades de data, para que todos os preceptores pudessem optar. O encontro seria realizado fora dos espaços institucionais e foram oferecidos dois turnos distintos, de modo a viabilizar a interação entre os participantes e destes comigo, enquanto pesquisadora. Assim ocorreu, promovendo-se a livre expressão entre os que atenderam ao convite, assegurando-lhes o sigilo e a privacidade das manifestações.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para esta etapa da investigação (Apêndice E), foi solicitado aos participantes que interagissem em torno de questões orientadoras da discussão (Apêndice F). O objetivo era conhecer como se dava o trabalho de preceptoria em um ambiente de atenção à saúde em interface com ensino. Em conjunto com os dados individuais, possibilitaram combinações que facilitaram o entendimento da caracterização dos participantes.

O encontro foi gravado em áudio, usando-se dois equipamentos simultaneamente (gravador digital e computador portátil), durando em torno de 1 hora e 30 minutos. Uma auxiliar de pesquisa atuou na colocação das questões orientadoras e, eventualmente, na facilitação da manifestação de todos. Com isso, tive a oportunidade de anotar aspectos relevantes das falas e observar a interação do grupo. Estas anotações foram agregadas à transcrição das gravações em áudio para a elaboração do *corpus* de análise, tendo sido úteis para dirimir dúvidas ou resolver lacunas na gravação original, que, mesmo tendo sido feita simultaneamente por dois equipamentos, não conseguiu captar a totalidade das interações.

As gravações foram transcritas por profissional contratado, e sua análise levou em conta, além das expressões verbais e gestuais (observadas pela pesquisadora), os silêncios e as manifestações tardias à provocação dentro do contexto grupal.



## *Participação na pesquisa*

A grande maioria dos participantes devolveu o formulário individual por meio eletrônico, mas alguns preferiram imprimir para entregá-lo em mãos. A maior parte das devoluções se deu no período solicitado de 15 dias a partir do envio da mensagem, embora tenham também sido aceitas as contribuições que chegaram posteriormente. Ao responderem por escrito às questões, foram feitos diversos comentários relacionados ao tema da pesquisa, os quais foram considerados, tendo em vista sua pertinência.

A resposta ao convite para integrar o grupo focal foi imediata tanto dos que aceitaram como dos que justificaram sua impossibilidade de comparecer. Algumas pessoas interessadas propuseram outras datas e horários para viabilizar sua participação, o que não pode ser atendido. O encontro iniciou com uma breve apresentação dos participantes, seguida de três questões orientadoras da discussão colocadas ao longo da sessão. Estabeleceu-se um ambiente de cordialidade entre mim, os participantes e a auxiliar de pesquisa. Antes de seu encerramento, foi solicitado aos integrantes que fizessem uma breve avaliação sobre o encontro, o que gerou manifestações e proposições diversas.

A definição do roteiro para obtenção das informações individuais deu-se em função de minhas escutas oriundas do cotidiano de implicação com o tema, isto é, minha vivência de ator social no campo objeto da investigação e sua possibilidade de problematização; já o roteiro para o encontro coletivo considerou as informações prestadas pelos/as preceptores/as que responderam ao instrumento individual e seus comentários agregados às respostas.

## *Apresentação das informações*

A apresentação do material analisado atendeu a uma necessidade de organização que facilitasse a compreensão da leitura, sem significar uma cisão no processo de reflexão dos participantes nem meu. A sequência das respostas às questões do roteiro individual e dos grupos focais foi sendo reelaborada ao longo do processo analítico, dado que a leitura repetida das contribuições e sua consequente apreensão indicaram um encadeamento entre elas que não se prendia aos roteiros

originais, podendo ser reordenadas entre si, independe da origem individual ou grupal. Provavelmente, outras leituras produzirão diferentes possibilidades de elaboração da realidade em questão.

As respostas por escrito foram copiadas dos formulários, enquanto as contribuições oriundas dos grupos focais foram transcritas preservando-se o tom coloquial nas citações na medida do possível. As reticências entre parênteses indicam a exclusão de trechos não relevantes para o tema abordado em cada tópico, enquanto as informações entre colchetes são acréscimos meus, para preservar o sigilo dos informantes e/ou esclarecer alguma informação. A identificação do mesmo grupo focal após uma série de trechos citados em sequência indica a manutenção de um diálogo entre participantes de um mesmo grupo, informado após o último excerto.

A língua portuguesa não prevê o uso de formas únicas de identificação de gênero para todos e todas que exercem as profissões e ocupam funções no campo da saúde e da educação; por este motivo as pessoas foram identificadas aleatoriamente por um ou outro gênero, independente da categoria profissional, exceto no caso da farmácia, da fonoaudiologia, do serviço social e da terapia ocupacional, em que todas as participantes eram mulheres.

Tanto a ordem de indicação das características informadas e das ênfases por ordem alfabética como o ordenamento numérico dos indivíduos e dos grupos focais teve o intuito de conferir maior clareza à produção apresentada; não houve intenção de atribuir maior ou menor relevância a sua origem ou aos cruzamentos elaborados, mas preservar a identidade dos informantes. Os participantes individuais foram indicados pela sigla PI (Participante Individual) seguida de um número de ordem de 1 a 32, e os grupos focais foram indicados por GF1 ou GF2, sem identificar individualmente seus componentes.

As linhas pontilhadas em alguns Quadros constituíram uma tentativa de representar as informações de forma integrada e não estanque, dado que, muitas vezes, elas se sobrepunham umas às outras ou estavam presentes simultaneamente. A composição de um todo, sem generalizar o que se mostrou comum e sem individualizar as particularidades, constituiu um desafio metodológico e analítico, para que emergisse um discurso do coletivo que permitisse destacar contribuições relevantes e/ou singulares.

Não houve intenção de universalizar o que os sujeitos expressaram para outros segmentos profissionais ou funcionais, além dos envolvidos, tampouco para outras instituições. As generalizações possíveis decorreram da diversidade e abrangência verificada entre informantes e seus vínculos por área de atuação.

### *Análise do material informado*

O material foi examinado conforme as informações foram sendo devolvidas e transcritas. A análise se deu mediante apropriação de seu sentido para comparação entre si e com a suposição de que o ensino em serviço na saúde pode e deve ultrapassar as fronteiras da assistência nas habilitações profissionais específicas da saúde, de maneira a incluir ações e reflexões voltadas ao exercício da docência aliada ao cuidado em saúde. As informações obtidas foram confrontadas com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em saúde (indicativas do perfil profissional) para identificar a existência ou a insuficiência da formação para o ensino e a orientação de pesquisa, já que os preceptores se graduaram em épocas e instituições distintas.

Com base na proposta de “análise temática”, tal como foi descrita por Minayo (2008), tanto as manifestações concordantes como as divergentes foram valorizadas com a finalidade de elaborar um quadro analítico que contemplasse todas as possibilidades de resposta captadas em cada instrumento utilizado nesta pesquisa. Os participantes da investigação expressaram diversos aspectos das dificuldades e possibilidades que causavam algum efeito sobre o trabalho da preceptoria na RIS.

O exame do material gerado pela interação entre mim e os participantes em torno do tema proposto deu-se da seguinte forma:

- *Pré-análise*, que constou da leitura do conjunto de informações de maneira intensa, permitindo a elaboração de relações entre a fundamentação teórica inicial e as informações efetivamente encontradas. A leitura e sua sumarização atenderam aos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência do conteúdo das respostas obtidas.

- *Exploração do material*, quando o produto das manifestações individuais e coletivas foi examinado. Buscou-se alcançar categorias de expressões representativas do tema e de sua abordagem pelos participantes.
- *Tratamento e interpretação das informações obtidas*, quando foram atribuídos sentidos às palavras e aos silêncios. As transformações foram captadas com base nas contradições identificadas ou percebidas, principalmente pela proximidade entre mim e os participantes.

O desenho qualitativo/quantitativo dos instrumentos de pesquisa e da análise proposta possibilitou uma compreensão ampliada do que estava sendo estudado, seja pela diversidade das contribuições individuais, seja pela riqueza da interação grupal. A complementaridade das abordagens e das técnicas de investigação, reforçada por leituras sucessivas do material na medida em que ia sendo recebido, permitiu a busca de aspectos singulares, díspares e típicos relacionados ao exercício da preceptoria, bem como manifestações que se repetiram no relato de diferentes categorias profissionais das diversas ênfases da RIS.

A produção resultante da interação entre mim e os participantes, mediada pelos instrumentos de pesquisa, e a discussão a respeito do recorte da realidade do trabalho educativo focado são realizadas nos dois capítulos a seguir. As reflexões estão embasadas em referências já abordadas e outras que sustentam a discussão a respeito do contexto estudado, o que possibilitou uma análise mais fluida do conteúdo, mas ainda plena de sentimentos e memórias existentes e, por que não, pertinentes. Assim, espera-se que, embora limitada pelo registro por escrito entre as margens de uma folha de papel ou das bordas de uma tela de computador, seja entendida como uma aproximação da realidade estudada com suas interfaces multidimensionais.

## *5 Encontro com os Participantes*

As respostas ao roteiro individual e as manifestações no grupo focal foram analisadas e organizadas para uma apresentação com consistência documental. Muitas informações poderiam ser alocadas em mais de um agregado documental, pois seus componentes se interligam, indicando um encadeamento no desenrolar da interação para fins de pesquisa. Mesmo assim, foi feita uma tentativa de organizá-las de acordo com o grau de sua pertinência a cada agregado tomado em referência.

Os preceptores são caracterizados, seguindo-se a descrição do contexto vivenciado pelos mesmos: o ingresso na função de preceptor/a; o cotidiano profissional; a relação com os residentes e as equipes e serviços onde a RIS é desenvolvida; os componentes do trabalho prescrito e imaterial existentes na preceptoria; as dificuldades e as conquistas ao longo da vivência como preceptor/a; e, finalmente, as proposições oriundas dos próprios participantes para aperfeiçoamento do Programa de Residência e, especificamente, dos preceptores/as vinculados à RIS.

### *5.1 Caracterização dos participantes*

Um total de 32 pessoas (69,6%) respondeu positivamente ao convite para participação individual, devolvendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o roteiro individual (Apêndices B e C). Dentre as demais, duas justificaram a não participação, uma informou o interesse, mas não devolveu o roteiro, e 11 não se manifestaram.

As quatro áreas de ênfase da RIS estiveram representadas nesta primeira etapa. Com exceção de profissionais de uma categoria de uma das ênfases, verificou-se a presença da diversidade de profissões e de áreas profissionais das especificidades previstas pela RIS. Os participantes individuais por área de ênfase foram: Atenção ao Paciente Crítico (APC) – sete respondentes para 13 preceptores; Onco-Hematologia (OHE) – quatro respondentes para seis preceptores; Saúde da

Família e Comunidade (SFC) – 17 respondentes para 20 preceptores; e Saúde Mental (SME) – quatro respondentes para sete preceptores.

Os mesmos 46 preceptores que constituíram a listagem final de convidados na primeira etapa da pesquisa foram novamente contatados para se integrarem à etapa coletiva de produção de informações, como era de seu conhecimento ao lerem o convite inicial (Apêndice A). Treze pessoas que já tinham preenchido e devolvido o formulário individual aceitaram o convite e efetivamente participaram. Além delas, sete pessoas expressaram vontade de participar desta etapa da pesquisa, mas não puderam fazê-lo; oito justificaram sua impossibilidade de comparecer; e os demais não responderam.

As categorias profissionais das quatro áreas de ênfase da RIS, com exceção de uma, estiveram representadas em pelo menos um dos grupos focais realizados. A indicação das manifestações será feita conforme o grupo focal em que ocorreram (GF1 ou GF2). O GF1 contou com sete participantes oriundos das ênfases em OHE, SFC e SME. O GF2 foi formado por seis participantes atuantes em APC, SFC e SME. A distribuição dos participantes individuais e no grupo focal é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3: Distribuição dos participantes individuais (PI) e no grupo focal (GF), conforme área de ênfase.

Área de ênfase	APC		OHE		SFC		SME	
<b>Nº total de preceptores p/ área de ênfase</b>	13		6		20		7	
<b>Modalidade de participação e número de participantes (individuais e em grupo focal)</b>	PI	GF	PI	GF	PI	GF	PI	GF
	7	2	4	2	17	7	4	2
<b>Total</b>	Participantes individuais = 32 Participantes em grupo focal = 13							

### *O perfil dos preceptores*

O número de participantes do sexo feminino predominava de forma expressiva em relação ao masculino – 27 mulheres e cinco homens –, assim como as pessoas que identificaram sua raça/etnia/cor<sup>5</sup> como branca em relação à negra – 31 pessoas se declararam brancas e uma negra. A idade dos participantes variava de 29 a 52 anos, estando mais da metade (21 pessoas) na faixa entre 29 e 39 anos de idade; a segunda faixa etária mais presente era a de pessoas entre 40 e 49 anos de idade (oito participantes). O Quadro 4 informa esta caracterização.

Quadro 4: Caracterização dos participantes individuais de acordo com a autodeclaração de idade, sexo e raça/etnia/cor.

<b>Faixa etária em anos completos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Raça/etnia/cor</b>
29 - 39 = 21 participantes 40 - 49 = 8 participantes 50 ou + = 3 participantes	Feminino = 27 participantes Masculino = 5 participantes	Branca = 31 participantes Negra = 1 participante

A distribuição dos participantes nas faixas etárias, sexo e raça/etnia/cor indicadas corresponde à tendência do grupo de preceptores da RIS, conforme dados obtidos junto à Gerência de Informática do GHC (2011)<sup>6</sup>.

Além disso, a predominância do sexo feminino sobre o masculino condiz com a realidade da feminização das ocupações em postos de trabalho no campo da saúde, notadamente pelo caráter de cuidado inerente a estas profissões, como informam Machado et al. (2006).

A elevada participação de preceptores de cor branca pode indicar que as pessoas de outras raças/etnias/cor ainda são postergadas no acesso a certos

<sup>5</sup> Esta denominação composta é vigente em documentos governamentais e do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>6</sup> De acordo com o relatório impresso em 14 de fevereiro de 2011, a distribuição dos preceptores da RIS/GHC em cada uma destas categorias é:

Idade: 29 a 39 anos = 31 pessoas; 40 a 49 anos = 11 pessoas; acima de 50 anos = 4 pessoas.

Sexo: 37 mulheres e 9 homens.

Raça/etnia/cor: 45 pessoas brancas e 1 pessoa negra.

postos de trabalho. O GHC, a partir de 2005, incluiu nos editais de processo seletivo público uma reserva de 10% das vagas para afro-brasileiros, o que pode vir a colaborar com seu acesso aos postos de trabalho na instituição<sup>7</sup>.

### *A formação básica*

Em termos de profissão, a participação total foi a seguinte: cinco assistentes sociais, cinco enfermeiros, duas farmacêuticas, duas fisioterapeutas, três fonoaudiólogas, três nutricionistas, seis odontólogos, cinco psicólogos e uma terapeuta ocupacional. O Quadro 5 apresenta esta distribuição.

Quadro 5: Número de participantes conforme a profissão.

Profissão*	ENF	FAR	FIS	FON	NUT	ODO	PSI	SSO	TO	Total
<b>Nº de preceptores</b>	15	2	3	3	3	7	5	6	2	46
<b>Participantes</b>	5	2	2	3	3	6	5	5	1	32

\* Para identificação das categorias profissionais convencionou-se as seguintes abreviaturas: ENF: Enfermagem; FAR: Farmácia; FIS: Fisioterapia; FON: Fonoaudiologia; NUT: Nutrição; ODO: Odontologia; PSI: Psicologia; SSO: Serviço Social; TO: Terapia Ocupacional.

Na etapa individual, a categoria profissional mais numerosa entre os preceptores da RIS, a enfermagem, foi a que teve menor representação proporcional em relação ao seu universo numérico. De 15 enfermeiros/as preceptores/as, cinco colaboraram com os instrumentos de pesquisa. A categoria profissional menos numerosa, a terapia ocupacional, que conta com apenas dois preceptores, teve a participação de um. Essas duas categorias foram as únicas em nove que não ultrapassaram 50% de representantes na proporção do número de participantes sobre o total de preceptores por categoria profissional. Esse dado termina por favorecer uma expressividade dos resultados sem o viés do predomínio dos núcleos profissionais sobre o campo da preceptoria.

<sup>7</sup> Os dados do Edital podem ser verificados no Manual do Candidato (Fundatec, 2005).



## *A formação pós-graduada*

Os cursos de pós-graduação concluídos e em andamento dos participantes serão apresentados a seguir, além do preparo para exercer o ensino que poderiam ter tido em seu curso de origem ou mediante outras iniciativas, e a duração de seu vínculo com o GHC e como preceptores.

Uma pessoa, além do curso universitário necessário para o exercício de sua profissão na saúde, estava cursando uma segunda graduação (Pedagogia); uma estava cursando Licenciatura em Enfermagem; e uma estava com a matrícula suspensa em um outro curso de graduação.

Em termos de pós-graduação em andamento, três pessoas estavam se especializando, três cursavam mestrado e quatro estavam em doutoramento.

Em relação à pós-graduação concluída, 25 preceptores/as eram especialistas, sendo que 11 concluíram duas especializações e quatro fizeram Residência em Área Multiprofissional da Saúde, dois deles no próprio GHC. Além disso, dois outros preceptores foram residentes do Programa na Instituição, mas não o concluíram. Dezesete pessoas eram mestres e nenhuma tinha doutorado concluído.

O Quadro 6 ilustra esta situação em cada área de ênfase. É importante ressaltar que os resultados informados na linha indicada como resumo não se referem a qualquer soma, pois, embora todos tivessem cursado alguma pós-graduação, alguns possuíam mais de uma, concluída ou em andamento. Assim, a mesma pessoa pode estar representada em mais de uma condição.

Com base nessas informações, é possível afirmar que todos os preceptores atendiam ao critério definido no PPP do Programa no que se refere à formação mínima exigida: *Dois anos de experiência na área de ênfase e/ou residência completa e/ou pós-graduação na área* (BRASIL, 2009a, p. 14).

O destaque feito a três cursos no Quadro 6 (ICTS [Informação Científica e Tecnológica em Saúde], PPESS [Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde] e RMS [Residência Multiprofissional em Saúde]) deve-se a sua presumida relevância para a experiência e a formação dos preceptores.

Quadro 6: Número de participantes com pós-graduação concluída ou em andamento informada pelos preceptores, conforme área de ênfase da RIS/GHC.

Nº de participantes p/ ênfase	Especialização*		Mestrado		Doutorado		
	Concluída	Em andamento	Concluído	Em andamento	Concluído	Em andamento	
APC 7	5	4 c/ 1 1 c/ 2 (2 c/ PPESS)	2	4	---	---	---
OHE 4	4	1 c/ 1 3 c/ 2 (4 c/ PPESS)	---	1	---	---	---
SFC 17	14	7 c/ 1 (1 c/ PPESS) (2 c/ ICTS) (3 c/ RMS) 7 c/ 2 (1 c/ PPESS)	2	8	3	---	3
SME 4	2	2 c/ 1 (1 c/ PPESS) (1 c/ RMS)	---	4	---	---	1
<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	14 c/ 1 11 c/ 2	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Resumo</b>	29 preceptores c/ 1 ou 2 especializações concluídas e/ou cursando outra especialização		20 preceptores c/ mestrado concluído e 3 com mestrado em curso		4 preceptores em doutoramento		

\* Para identificação das especializações cursadas convencionou-se as seguintes abreviaturas:

ICTS: Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde;

PPESS: Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde;

RMS: Residência Multiprofissional em Saúde.

Dois pessoas tinham cursado a Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS), uma iniciativa conjunta do GHC com a Fiocruz e que já está na sexta edição. Para elas, constituiu a primeira oportunidade de pós-

graduação, sendo seguida por seleção e ingresso em mestrado. O curso é direcionado para profissionais graduados que atuam em produção, organização, análise e disponibilização de informação científica e tecnológica e atividades afins, sendo seu objetivo:

Contribuir para o aprimoramento do desempenho das instituições integrantes do SUS e daquelas voltadas para a ciência e tecnologia em saúde, através da capacitação dos profissionais que atuam nas diversas atividades ligadas à produção, organização, análise e disponibilização da informação científica e tecnológica. (BRASIL, 2011).

Doze participantes tinham se envolvido ativamente com o Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (PPESS), voltado à formação de preceptores em atuação ou que pudessem vir a exercer a função. Nove foram estudantes, dois atuaram como tutores em atividades à distância e uma foi orientadora de trabalhos de conclusão do curso. Foi desenvolvido em uma parceria da GEP/GHC com o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Faculdade de Educação, da UFRGS, tendo como objetivo:

Formar especialistas capazes de desencadear e ampliar o pensamento pedagógico e a ação educativa na formação de profissionais de saúde na modalidade “especialização em serviço, sob acompanhamento docente-assistencial”, com a finalidade de difundir e dinamizar práticas pedagógicas em instituições de serviço de saúde com prerrogativa de serviço-escola/Hospital de Ensino. (MEYER; CECCIM, 2008).

Preceptores de todas as ênfases buscaram qualificar sua atuação pedagógica mediante esta especialização, sendo que todas as participantes da ênfase em OHE realizaram o curso.

Quatro ex-residentes oriundos dos Programas do GHC e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul integravam as ênfases em SFC e em SME. Um preceptor da APC e uma da SFC começaram a Residência, mas não a concluíram. Embora a RIS/GHC seja uma iniciativa institucional, somente o primeiro edital de processo seletivo público de 2007 passou a incluir a pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional como possível pré-requisito para cargos de nível superior de profissões da saúde e da educação (Fundatec, 2007). Até então, muitos residentes da RIS/GHC submetiam-se à seleção para ingresso como trabalhadores com base em sua graduação de origem, mesmo antes de terem concluído o

Programa Multiprofissional, pois o edital não exigia especialização multiprofissional em área da saúde, que tampouco é ofertada de maneira regular nos sistemas formativos nacionais. A existência da RIS/GHC é hoje um motivo para a inclusão desse critério em processos seletivos. Vários residentes foram aprovados e ingressaram na instituição, tendo que abandonar a residência em andamento por incompatibilidade de horário e função. Com isso, alguns passaram a conviver, na condição de orientadores, com quem até então era colega de Residência. A preparação para a seleção ao Programa de Residência e sua frequência no trabalho no SUS os tornou candidatos mais habilitados ao perfil da seleção.

Examinando as possíveis combinações entre a formação em pós-graduação concluída e em andamento, foi observado que:

- preceptores de todas as ênfases tinham concluído especialização e/ou mestrado;
- as ênfases em APC e OHE ainda não tinham preceptores em doutoramento, ao contrário da SFC e SME, embora não houvesse nenhum preceptor com doutorado concluído em nenhuma das ênfases;
- a maioria dos especialistas oriundos das ênfases em APC e metade dos atuantes em SME tinha concluído pelo menos uma especialização, e essas ênfases contavam com um número de mestres proporcionalmente maior do que as demais;
- a grande maioria dos participantes da ênfase em APC era composta de mestres, bem como a totalidade dos atuantes em SME;
- a ênfase em SFC, cujo conjunto de preceptores era o mais numeroso, possuía o maior número de mestres e de mestrandos, estando com três profissionais em conclusão de doutorado.

As combinações observadas entre curso e titulação de especialização, mestrado e doutorado podem ser revistas no Quadro 7.

Quadro 7: Combinação de pós-graduação concluída e em andamento informada pelos preceptores da RIS/GHC, por área de ênfase.

Combinação	Ênfase	APC	OHE	SFC	SME	Total por combinação
Residência concluída + Mestrado concluído		---	---	2	1	3
Duas Especializações concluídas		1	3	7	---	11
Especialização concluída + Especialização em andamento		2	---	2	---	4
Especialização concluída + Mestrado em andamento		0	---	3	---	3
Especialização concluída + Mestrado concluído		2	1	3	1	7
Mestrado concluído + Doutorado em andamento		---	---	3	1	4
Nº de participantes por área de ênfase		5	4	20	3	-----

Chama a atenção o expressivo número de pessoas que concluíram duas especializações, seguido pelos que concluíram especialização e mestrado. Da mesma forma, é interessante observar que, em uma instituição cujo foco principal é a atenção à saúde, algumas estivessem em pós-graduação *stricto sensu*, de cunho acadêmico, o que pode ampliar seu campo de atuação no ensino. Desta forma, é possível comprovar o movimento de formação desenvolvido pelos participantes e o esforço continuado para sua pós-graduação, muitas vezes aproveitando o direito de liberação de horário oferecido pelo GHC para formação. Essa oportunidade pode pressionar as equipes quando mais de um componente está com pós-graduação em andamento, como foi relatado em um grupo focal:

Às vezes, tem a questão das liberações também das pessoas, dos profissionais que estão se atualizando, que estão estudando – mestrado, doutorado – que o Conceição [GHC] tem essa liberação. Só que isso eu acho que tem que ser revisto, porque eu estou em um espaço que estou já fazendo pós-graduação, tenho liberação; uma outra colega está com liberação para o doutorado; a outra está terminando o mestrado; e eu tenho a residente lá. E nós três estamos lá fazendo um malabarismo! (GF1)

Uma participante que estava em doutorado manifestou o desafio de cumprir com todas as suas tarefas profissionais em metade da carga horária contratual:

Em função de eu estar com liberação parcial de carga horária para doutorado, torna-se muito difícil, no período de 18 horas [semanais], dar conta de todas as tarefas (assistência, preceptoria, tarefas da equipe etc.). Mais do que isso, em função do doutorado, não tenho tido a possibilidade de frequentar as reuniões de preceptoria, o que torna mais difícil ficar a par das deliberações e discussões relativas à Residência. (PI-10)

A descrição de suas tarefas deixou claro que seu tempo de trabalho era intensivamente ocupado, provavelmente sem uma redução de tarefas proporcional à liberação para cursar a pós-graduação:

No momento, em função da liberação, tenho reservado grande parte do tempo para atendimentos individuais. No entanto, organizo meu tempo para realizar também visitas domiciliares, discussão de casos, atividades de vigilância [em saúde], reuniões de gestão colegiada, grupos, participação em fóruns de controle social (Intercomunitária) etc. (PI-10)

O GHC define formalmente critérios de liberação de carga horária para formação em pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, além de outras modalidades de menor duração, sendo um dos requisitos para solicitação da liberação de horário “não comprometer as atividades do serviço ou gerar situação de custo/benefício desfavorável à Instituição”<sup>8</sup>.

Contraditoriamente, a política de incentivo à formação pode fragilizar o restante da equipe quando esta não conta com todos os seus componentes ou quando um ou mais trabalhadores está dedicando parte do tempo do trabalho para estudar. Por isso, eventualmente profissionais com pouca experiência são chamados a atuar antes de se sentirem preparados para tanto, ocupando vagas temporárias de preenchimento das ausências autorizadas.

A diversidade dos cursos informados ilustra a gama de possibilidades de inserção em assistência junto aos usuários dos serviços e em ensino junto aos residentes do Programa de Residência Multiprofissional, Residência Médica e outros educandos que transitam no GHC para cumprirem seus currículos acadêmicos, como estudantes de último ano de medicina e estagiários curriculares e de

---

<sup>8</sup> Normas Reguladoras de Atividades para Formação – Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/utilidades/posgraduacao.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2011.

observação de diversas profissões. Os cursos informados pelos participantes constam do Quadro 8.

Quadro 8: Cursos de pós-graduação concluídos e em andamento informados pelos participantes.

<b>Concluídos</b>	Especialização	Administração Hospitalar; Arteterapia; Atendimento Clínico, ênfase em Psicanálise; Cinesioterapia; Enfermagem em Saúde Pública; Enfermagem do Trabalho; Saúde Pública; Comunicação em Saúde; Gestão em Nutrição Clínica; Gestão Pública; Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS); Nutrição Clínica e Dietoterapia; Psicossomática; Odontologia em Saúde Coletiva / PSF (Programa de Saúde da Família); Planejamento e Gestão; Práticas Pedagógicas e Educação em Serviços de Saúde (PPESS); Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde; Auditoria em Serviços de Saúde; Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública; RIS/GHC; Saúde Pública, ênfase em PSF; Serviço Social Psiquiátrico.
	Mestrado	Ciências Médicas - Farmacologia; Ciências Médicas - Pediatria; Ciências Sociais; Distúrbios da Comunicação Humana; Educação; Enfermagem; Odontologia; Psicologia; Psicologia Clínica; Psicologia Social; Serviço Social.
<b>Em andamento</b>	Especialização	Direito Sanitário; Enfermagem em Emergência; Envelhecimento Ativo.
	Mestrado	Profissional em Atenção Primária à Saúde; Acadêmico em Serviço Social.
	Doutorado	Ciências da Saúde - Farmacologia; Educação; Psicologia.

### *O preparo para o ensino*

Respondendo se o currículo de sua graduação incluiu conteúdos relacionados ao ensino, 22 participantes informaram que não receberam esta formação na universidade, enquanto os demais responderam afirmativamente.

Ao serem questionadas sobre o exercício atual ou prévio de docência e pesquisa em algum âmbito relacionado à saúde, uma pessoa não respondeu, 19 declararam que o fazem ou já o tinham feito e 12 responderam que não.

Examinando essas informações, foi observado que, dos 22 preceptores que não tiveram contato com conteúdos vinculados ao ensino na graduação, 12 responderam que exerciam ou já exerceram docência e pesquisa e nove informaram

que não. Dentre os 10 que responderam que tiveram acesso a este conteúdo, três informaram que não atuavam/atuaram em docência/pesquisa e sete declararam que o faziam ou já o fizeram. Uma pessoa que tinha respondido que não teve acesso a conteúdos relacionados a ensino durante a graduação não respondeu a esta questão. Essas informações foram agrupadas no Quadro 9.

Quadro 9: Preceptores cujo curso de graduação incluía ou não conteúdos relacionados à docência e que exercem/exerceram ou não docência e/ou pesquisa relacionadas à saúde.

Sua graduação incluiu conteúdos relacionados à docência?		Exerce ou já exerceu docência e/ou pesquisa?	
Sim = 10 Não = 22		Sim = 19 Não = 12 Não respondeu = 1	
Combinações presentes nas respostas e nº de preceptores			
Não incluía e não exerce/não exerceu = 9			
APC = 1	OHE = 3	SFC = 4	SME = 1
Não incluía, mas exerce/exerceu = 12			
APC = 3	OHE = 1	SFC = 7	SME = 1
Incluía, mas não exerce/exerceu = 3			
APC = 1	OHE = 0	SFC = 2	SME = 0
Incluía e exerce/exerceu = 7			
APC = 1	OHE = 0	SFC = 4	SME = 2

As respostas acima indicam que mais do que o dobro dos participantes (22) informou não ter tido acesso ao aprendizado formal em docência durante seu curso universitário; mesmo assim, mais da metade (19) informou que atuava ou já tinha atuado como docente, além da preceptoria.

Detalhando por ênfase, foi possível evidenciar que:



- na APC e na SFC, a maior parte dos respondentes não teve acesso a conteúdos relacionados à docência na graduação, mas informou que a exerce;
- na SME, metade dos preceptores informou que teve contato com conteúdos sobre docência durante a graduação e a exerce/exerceu, enquanto a outra metade se dividiu entre as duas primeiras combinações;
- na OHE, ninguém declarou ter tido acesso a esses conteúdos no currículo de graduação e a grande maioria informou que não exerce/exerceu docência.

Especificando a situação individual dos participantes a este respeito – informação que se encontrava nos roteiros individuais e que não foi compilada no Quadro anterior – foi possível observar que:

- informaram ter tido acesso: um dos cinco enfermeiros, uma das três nutricionistas e um dos cinco psicólogos;
- informaram não ter tido acesso: as duas farmacêuticas, uma das duas fisioterapeutas, as três fonoaudiólogas, dois dos seis odontólogos, três das cinco assistentes sociais e a terapeuta ocupacional.

Examinando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação cujos egressos integram a RIS/GHC<sup>9</sup>, foi constatado que Enfermagem, Nutrição e Psicologia incluem a licenciatura como campo na formação, enquanto as Diretrizes Curriculares Nacionais para os demais cursos não referem formação para o exercício da docência. O Quadro 10 compila as disposições referentes aos três cursos destacados:

---

<sup>9</sup> Enfermagem: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>  
 Farmácia: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>  
 Fisioterapia: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>  
 Fonoaudiologia: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>>  
 Nutrição: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>  
 Odontologia: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>  
 Psicologia: <[http://www.ilape.edu.br/conlegis/20110316081037Res\\_5-2011\\_DCN\\_Psicologia.pdf](http://www.ilape.edu.br/conlegis/20110316081037Res_5-2011_DCN_Psicologia.pdf)>  
 Serviço Social: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>>  
 Terapia Ocupacional: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>  
 Acesso em: 30 jan. 2011.

Quadro 10: Perfil do egresso com ênfase na formação para docência nas DCN para cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição e Psicologia.

<b>Enfermagem</b>	<p><b>Art. 3º</b> O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:</p> <p>I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase em sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e</p> <p>II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.</p> <p><b>Art. 13º</b> A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.</p> <p><b>Art. 14º</b> A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: (...)</p> <p>IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.</p>
<b>Nutrição</b>	<p><b>Art. 3º</b> O Curso de Graduação em Nutrição tem como perfil do formando egresso/profissional o:</p> <p>I - Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural;</p> <p>II - Nutricionista com Licenciatura em Nutrição capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Nutrição.</p> <p><b>Art. 13º</b> A formação de professores por meio de Licenciatura Plena é facultativa e será regulamentada em Pareceres/Resoluções específicos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.</p> <p><b>Art. 14º</b> A estrutura do Curso de Graduação em Nutrição deverá assegurar: (...)</p> <p>IX - a articulação da Graduação em Nutrição com a Licenciatura em Nutrição.</p>
<b>Psicologia</b>	<p><b>Art. 3º</b> O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia (...).</p> <p><b>Art. 13º</b> A Formação de Professores de Psicologia dar-se-á em um projeto pedagógico complementar e diferenciado, elaborado em conformidade com a legislação que regulamenta a formação de professores no País.</p> <p><b>§ 1º</b> O projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia tem por objetivos:</p> <p>a) complementar a formação dos psicólogos (...) para atuar na construção de políticas públicas de educação, na educação básica, no nível médio, no curso Normal, em cursos profissionalizantes e em cursos técnicos, na educação continuada, assim como em contextos de educação informal como abrigos, centros sócioeducativos, instituições comunitárias e outros;</p> <p><b>§ 2º</b> A proposta complementar para a Formação de Professores de Psicologia deve assegurar que o curso articule conhecimentos, habilidades e competências em torno dos seguintes eixos estruturantes: (...)</p> <p>b) Psicologia e Instituições Educacionais (...)</p> <p>c) Filosofia, Psicologia e Educação (...)</p> <p>d) Disciplinaridade e interdisciplinaridade, que possibilita ao formando reconhecer o campo específico da Educação e percebê-lo nas possibilidades de interação com a área da Psicologia, assim como com outras áreas do saber, em uma perspectiva de educação continuada.</p> <p><b>Art. 14º</b> A organização do curso de Psicologia deve, de forma articulada, garantir o desenvolvimento das competências do núcleo comum, seguido das competências das partes diversificadas - ênfases - sem concebê-los, entretanto, como momentos estanques do processo de formação.</p>

No caso da Enfermagem e da Nutrição, está prevista a regulamentação específica e a vinculação entre graduação e licenciatura. A Psicologia teve suas

Diretrizes Curriculares Nacionais atualizadas em março deste ano e detalha interfaces do projeto pedagógico complementar com uma expressiva carga-horária para a formação docente opcional (no mínimo 800 horas).

Como pode ser observado, com exceção da SM, as demais ênfases da RIS contavam com mais preceptores que não aprenderam ou declararam não ter tido contato com conteúdos curriculares vinculados à docência durante sua graduação, mesmo quando egressos de cursos cujas Diretrizes Curriculares Nacionais preveem o acesso a esse conteúdo.

Uma das competências da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) é “deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação (...), para os cursos de graduação”. O Parecer CNE/CES 583/2001<sup>10</sup> propõe que as Diretrizes devam contemplar:

- a- Perfil do formando/egresso/profissional – conforme o curso o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado.
- b- Competência/habilidades/attitudes.
- c- Habilitações e ênfases.
- d- Conteúdos curriculares.
- e- Organização do curso.
- f- Estágios e Atividades Complementares.
- g- Acompanhamento e Avaliação.

Pode ser observada a amplitude de aspectos previstos para os cursos de graduação, sem destaque para a formação em docência. Contudo, dada a relevância da diversificação de possibilidades de atuação para egressos do ensino superior na área da saúde – incluindo a docência em educação profissional, técnica e tecnológica, em especializações profissionais e acadêmicas, em Residências, em educação tutorial em serviços, em supervisão de estágios, em orientação da assistência, em treinamento em serviço, em apoio matricial ou interconsulta, em educação permanente em saúde e em educação em saúde, além da docência universitária, e em pós-graduação *stricto sensu* – seria importante destacar conteúdos relacionados à docência no currículo. Com isso, o ensino em serviço, por exemplo, poderia ser exercido com maior desenvoltura por preceptores e orientadores.

---

<sup>10</sup> Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2011.

Como a maioria dos participantes egressos de cursos que incluem a formação para o ensino não participou da mesma, isto leva ao questionamento acerca do grau de envolvimento com docência que os então estudantes tiveram durante sua graduação, mesmo em cursos que oferecem a possibilidade de licenciatura.

Em relação ao tempo de trabalho em docência, 19 participantes que atuavam ou já tinham atuado nesta função informaram que possuíam entre menos de um ano e 18 anos completos de experiência. O Quadro 11 apresenta sua distribuição por faixas de tempo, detalhando a faixa de mais tempo de experiência pela amplitude da variação do tempo informado.

Quadro 11: Tempo de atuação em ensino e pesquisa dos respondentes que atuavam nestas funções em anos completos.

Anos completos em docência *	Nº de preceptores	Composição por ênfase			
		APC	OHE	SFC	SME
< 1 a 1,5 anos	6	---	---	6	---
2 a 3 anos	4	2	---	1	1
4 a 6 anos	5	2	1	1	1
8 a 18 anos **	4	---	---	1 c/ 8 anos 1 c/ 10 anos 1 c/ 18 anos	1 c/ 12 anos
Nº de preceptores com experiência	19	4	1	11	3

\* Não havia nenhum participante com tempo de docência entre 6 e 8 anos.

\*\* Detalhado pela amplitude da variação de tempo.

É possível observar que a grande maioria dos respondentes exercia a função de docente e pesquisador há seis anos ou menos e que a ênfase com mais representantes nas faixas extremas de tempo era a SFC. A faixa de tempo entre dois e seis anos era a que compreendia mais preceptores com experiência em docência. A ênfase em APC, única sem representante na faixa acima dos oito anos, contava com quatro pessoas nas duas faixas intermediárias, enquanto a ênfase mais recente, OHE, possuía somente uma pessoa com experiência docente.

Quanto ao nível de ensino em que atuavam ou tinham atuado, entre as que responderam que exerciam ou já tinham exercido a docência, duas pessoas indicaram que atuavam/tinham atuado exclusivamente em ensino técnico, três em ensino superior e três em pós-graduação.

De forma combinada, uma atuava/tinha atuado em ensino técnico e em nível superior, uma em ensino técnico e em pós-graduação, uma em ensino superior e pós-graduação e duas informaram ter experiência nos três níveis de ensino. O tempo de exercício destas atividades variou de dois meses a 18 anos. O Quadro 12 ilustra a combinação entre níveis de ensino.

Quadro 12: Nível de ensino em que os preceptores da RIS/GHC atuam ou atuaram em docência e/ou pesquisa.

T	S	PG	T + S	T + PG	S + PG	T + S + PG	Total	Não atuavam/não tinham atuado	Não respondeu
1	4	3	2	1	6	2	19	12	1

T: ensino técnico; S: ensino superior; PG: ensino pós-graduado.

Como a pergunta se referia ao espaço paralelo ao da Residência, é possível lembrar que ser preceptor também é ser docente. Nesta questão, chamou a atenção o fato de que, mesmo sem ter formalmente tido acesso a conteúdos de cunho pedagógico, várias pessoas vinham aprendendo a ensinar e pesquisar junto com seus pares e os residentes, visto que desempenhavam estas atividades no contexto pesquisado.

Assim, de forma semelhante aos residentes do Programa desenvolvido, grande parte dos preceptores também estava aprendendo em serviço.

### *O tempo de vínculo institucional e com a preceptoria*

O tempo de vínculo profissional dos participantes com o GHC variava entre menos de um ano e 25 anos completos, enquanto o tempo de atuação na

preceptoria variava de menos de um ano a sete anos completos (tempo de existência da RIS/GHC). O Quadro 13 resume esses dados.

Quadro 13: Relação entre tempo de atuação no GHC e tempo de preceptoria junto à RIS/GHC (anos completos).

Anos completos de GHC *	Nº de preceptores	Nº de preceptores / ênfase				Anos completos em preceptoria **
		APC	OHE	SFC	SME	
< 1 a < 4 anos	12	1	---	1	1	< 1 ano
		2	1	2	1	1 ano
		1	---	1	1	2 anos
4 a < 7 anos	11	2	---	3	---	< 1 ano
		---	1	1	1	1 ano
		---	---	3	---	3 anos
7 anos	4	---	1	---	---	1 ano
		---	---	2	---	5 anos
		---	---	1	---	6 anos
16 a 17 anos	3	1	---	---	---	1 ano
		---	---	1	---	6 anos
		---	---	1	---	7 anos
20 a 25 anos	2	---	1	---	---	1 ano
		---	---	1	---	7 anos
	Total = 32	Total = 32				-----

\* Não havia nenhum participante com vínculo institucional entre > 7 e < 16 anos completos nem entre > 18 e < 20 anos completos.

\*\* Não havia nenhum participante com tempo de preceptoria entre > 3 e < 5 anos completos.

Examinando as informações com mais detalhamento, é possível observar que:

- dos quatro participantes com sete anos completos de vínculo com a instituição, um atuava há apenas um ano na RIS/GHC, estando vinculado à

ênfase mais recente (OHE), sendo que os demais eram preceptores há mais tempo;

- na faixa de tempo entre 16 e 17 anos, uma pessoa estava envolvida na preceptoria desde o início do Programa, uma há 6 anos e uma há um ano, esta última pertencendo a um núcleo profissional e a uma ênfase incluídas a partir de 2009. Das duas pessoas com mais tempo de casa (20 a 25 anos), uma tinha assumido recentemente a preceptoria por estar vinculada à OHE e a outra já a exercia desde 2004;
- dentre as cinco pessoas com mais de 16 anos de trabalho no GHC, duas tinham assumido a preceptoria há um ano: uma por pertencer a uma categoria profissional recentemente incorporada ao Programa e a outra por atuar na ênfase criada em 2009, a OHE;
- cinco preceptores trabalhavam no GHC entre 16 e 25 anos e 27 preceptores estavam há sete ou menos anos na instituição, tendo sido contratados a partir da época de criação do Programa de Residência Multiprofissional. Desses, 26 atuavam na preceptoria há três anos ou menos, estando distribuídos por todas as ênfases.

Em termos de tempo de exercício da preceptoria, 19 pessoas a exerciam há um ano ou menos, possivelmente indicando que estavam em processo de aquisição de experiência neste campo de atuação.

A relação entre tempo de trabalho no GHC e de preceptoria, esmiuçada, informa o seguinte:

- na APC, com exceção de uma pessoa que era funcionária há 16 anos, as demais informaram um vínculo institucional de menos de sete anos. Dentre os sete informantes dessa ênfase, um tinha dois anos de preceptoria e os demais estavam há um ano ou menos na função;
- na OHE, atuava a preceptora com mais tempo de instituição, enquanto os demais tinham entre um e sete anos de vínculo institucional. Todos atuavam há um ano junto à RIS/GHC;
- na SFC, havia três pessoas que tinham entre 17 e 20 anos de casa, estando uma vinculada à RIS/GHC desde 2005 e as demais desde sua criação, há

sete anos. Dentre as outras 14, sete tinham um ano ou menos de experiência com preceptoria e sete tinham entre dois e seis anos de exercício da função;

- na SME, uma das três ênfases originais, uma estava há cinco anos no GHC e as demais há dois ou menos anos. Todas tinham dois ou menos anos da preceptoria, o que possivelmente indica um movimento de rodízio na função.

Chama a atenção que nove preceptores com um ano ou menos de vínculo com o GHC e, portanto, com menos tempo de convivência com o Programa, já estavam atuando como tal. É possível pensar que a apropriação do Programa vinha se dando, neste caso, concomitantemente ao exercício do ensino em serviço, atendendo a um dos critérios previstos no PPP para desempenhar a função: “Conhecer a proposta da RIS/GHC e identificar-se com ela, compreendendo que o/a residente é um/a profissional em formação.” (BRASIL, 2009a, p. 14).

O fato de alguns dos participantes serem funcionários do GHC há mais de sete anos indica que foram contratados/as para prestar assistência à saúde, pois até 2004 somente os médicos exerciam a preceptoria junto ao Programa de Residência Médica. Trabalhadores de outras categorias profissionais assumiram essa função com a implementação da RIS e da certificação como Hospital de Ensino em 2004, como foi informado em um dos grupos focais:

(...) esse desafio tem a ver até com o próprio caráter da instituição. Estou há muito tempo na instituição. O nosso ingresso foi para uma outra [função], a instituição é uma instituição de assistência. A própria certificação como hospital de ensino, ela é de 2004 e, no universo, são seis anos. Toda essa readequação, que de alguma forma a gente tem que estar produzindo também esse processo como um todo, esse desafio que é a formação, eu acho que é muito diferente da assistência. A assistência está inserida e eu acho que isso é vantagem, mas a gente tem que estar sempre no exercício permanente de nos readequar. Ao mesmo tempo, a instituição tem que ir se readequando nesse processo e a gente se readequar. (GF1)

Mesmo que a instituição venha fazendo investimentos substanciais de várias ordens em programas de ensino multiprofissional em serviço, estes não alcançam todo o corpo funcional, ainda constituído de acordo com uma lógica assistencial, conforme o mesmo grupo:

(...) às vezes, a instituição está num outro *time*; às vezes, tem pessoas que estão ainda numa outra lógica, que é a lógica só da assistência. Então, isso tudo é um desafio que traz a sensação de tu começas a trabalhar com formação, tu tens que ocupar outro lugar, tem essa questão que tu, de alguma forma, deixa de ocupar o lugar antigo que tu ocupavas. (GF1)



## 5.2 “Novos viajantes chegando ao mundo velho”<sup>11</sup> - vindo a ser preceptor/a



Ser preceptor/a da RIS é vivenciado por profissionais de saúde que não necessariamente tiveram formação específica voltada para a docência, mas que passaram a exercer a função devido a diversos fatores de motivação. Além disso, há diferenças de entendimento a respeito da responsabilidade pelo exercício da preceptoria, formalizada mediante o recebimento de uma FG diante dos outros profissionais da equipe de saúde.

### *Os novos preceptores*

A incorporação de residentes de nove profissões ao processo de ensino/aprendizagem multiprofissional em serviço de saúde foi viabilizada pela agregação de trabalhadores da assistência à função de docência, visto que, até então, o único Programa vigente no GHC era o de Residência Médica:

---

<sup>11</sup> Alusão à obra “Entre o Passado e o Futuro”, de autoria de Hannah Arendt, citada por um participante.

Eu acho que aí entra uma questão do mundo velho e do mundo novo. Os residentes de alguma forma são aqueles novos que chegam no mundo velho, como diz a Hannah Arendt. Esse mundo velho, pros jovens, ele tem que se transformar, ele tem que deixar suas marcas também no mundo. (GF1)

Embora se referisse aos residentes, é possível pensar que esse depoimento também esteja relacionado aos preceptores/as do Programa de Residência Multiprofissional, pois estes constituem uma inovação em um ambiente institucional de tipo tradicional que luta para alcançar uma diferença na qualidade da formação em serviço na saúde.

Em sua obra *Entre o Passado e o Futuro*, Arendt (2009, p. 226) aborda a interrelação, mediada pela educação, entre o novo e o velho, o inovador e o antigo. Argumenta que o ingresso de novos elementos em um ambiente já existente não necessariamente resultará em inovação, dada a condição de permanência que o antigo mantém, e prescreve:

Pertence à própria natureza da condição humana o fato de que cada geração se transforma em um mundo antigo, de tal modo que preparar uma nova geração para um mundo novo só pode significar o desejo de arrancar das mãos dos recém-chegados sua própria oportunidade face ao novo.

O risco de tornar obsoleta uma proposta considerada inovadora e de restaurar uma condição de manutenção da resistência vigente pode ser enfrentado pela identificação de brechas e por seu preenchimento com outros elementos inovadores, que mais uma vez sofrerão pressão para que ocupem um lugar pré-definido, sendo que essa situação se renova a cada novo ingressante no processo. Assim, a provisoriedade do que era novo deve ser lembrada a cada retomada de rumo, pois

esses recém-chegados, além disso, não se acham acabados, mas em um estado de vir a ser. Assim, a criança, objeto da educação, possui para o educador um duplo aspecto: é nova em um mundo que lhe é estranho e se encontra em processo de formação; é um novo ser humano e é um ser humano em formação. Esse duplo aspecto não é de maneira alguma evidente por si mesmo (...); corresponde a um duplo relacionamento, o relacionamento com o mundo, de um lado, e com a vida, de outro. (ARENDR, 2009, p. 234-235).

Seguindo nessa linha de pensamento, os preceptores também protagonizam um “vir a ser”, pois, ao se instituírem como um dos elementos do processo de ensino em serviço na saúde, eles imediatamente se reinstituem ao se deparar com a realidade que está dada.

Então, o que é novo compõe o que está dado e nele se entrelaça, tecendo inovações que se sucedem:

Exatamente em benefício daquilo que é novo e revolucionário (...) é que a educação precisa ser conservadora; ela deve preservar essa novidade e introduzi-la como algo novo em um mundo velho, que, por mais revolucionário que possa ser em suas ações, é sempre, do ponto de vista da geração seguinte, obsoleto e rente à destruição. (ARENDE, 2009, p. 243).

Ao dialogarem sobre o histórico do Programa no GHC, ficou evidente que nem todos os participantes o conheciam, mas o questionamento originou relatos bem aproximados de sua origem e das circunstâncias que alicerçaram sua constituição. Quando foi indagado, em um dos grupos focais, há quanto tempo existia o Programa Multiprofissional no GHC, a resposta apontou que, naquela época, havia alguns funcionários mais e outros menos dispostos a se inserirem na proposta emergente:

Desde 2004, acho. (...) “Agora vai ser criada a Residência, vocês vão receber residentes e tal”. Claro que muitos colegas naquela reunião, grande reunião de todos os contratados, todos: “Mas eu vou ter que...?” Teve aquela coisa: “Mas, é obrigado?” E aí que começou a história também de como é que são as vagas das residências, porque uns não quiseram e outros quiseram. Então, por isso que têm unidades que têm um monte de residentes e têm unidades que têm poucos residentes. Isso também foi um processo de, lá no início, alguns se disporem mais que os outros. A ideia de se criar um grupo de trabalho para pensar como é que vai ser a Residência aqui, não tinha muita gente não, era um ou dois de cada categoria das quatro – na época era odontologia, enfermagem, serviço social e psicologia. Então, a gente tinha uns cinco componentes e mais um residente do segundo ano da medicina que participou também, e a gente também tentava trazer os colegas médicos. (GF2)

### *Os critérios para indicação à preceptoria*

A definição de quem exerce a preceptoria depende de inúmeros fatores no contexto investigado. Um deles é a existência de apenas um ou de vários profissionais contratados que foram convidados para atuar junto aos residentes:

Para nós lá [na ênfase X] foi meio que uma imposição, porque nós éramos um profissional de cada área no serviço. Na enfermagem, tiveram a opção de escolher, porque tinha mais profissionais, mas [só] tinha uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista. (...) Não foi uma escolha. Quando começaram a construir o programa da Residência na [ênfase X], convidaram profissionais para se engajar na construção. (...) “Ah, a gente está aqui porque não tem outra opção”. Não, não tem outra opção, mas eu tenho a minha opção de sair desse lugar aqui que eu estou e ir para outro setor que não tem Residência. (GF1)

Essa designação de atribuição pela instituição, no entanto, não exclui a necessidade de que outros também se envolvam, em alguma medida, com o ensino aos residentes, pois todos os contratados de profissões abrangidas pela RIS/GHC

atuam em ambiente de ensino em serviço e, potencialmente, podem vir a exercer a preceptoria:

Mas eu acho que dentro dessa questão desse tripé do ensino em serviço, da assistência, da atenção à saúde e da formação de conhecimento, teoricamente todos nós deveríamos estar implicados com isso. Então, nesse sentido, não tem escolha; é a nossa prática em algum momento. (GF1)

Os critérios para seleção de preceptores foram sendo construídos pelos serviços na medida em que estes foram discutindo sua adequação ao Programa e foram sendo incorporados mais profissionais. Com isso, um dos critérios foi a qualificação acadêmica dos candidatos à preceptoria:

A escolha da preceptoria não foi minha, foi a da minha colega em função do mestrado dela, foi uma coisa meio do núcleo [profissional], foi um acordo. A chefia trouxe que seria um requisito melhor, que a pessoa que tivesse um mestrado seria mais autorizada a ser preceptor. (GF2)

Uma modalidade criada recentemente para a definição de quem seria preceptor e quem seria orientador foi a seleção interna dos interessados de um serviço:

A gente fez [processo seletivo] esse ano. As pessoas se queixando, muito trabalho e tal; então, todos os preceptores e os não-preceptores que eram orientadores escreveram uma carta de intenção se queriam ou não ser preceptor e por quê. Junto colocamos o currículo, e a gente fez uma mini-comissão para selecionar. Então, envolvia o coordenador do serviço, dois residentes, mais a [coordenação da RIS], e foi um processo bem legal, porque todo mundo se colocou para repensar: porque que eu estou aqui e se eu quero ou não. E aí alguns preceptores saíram, estão, como colaboradores do serviço, como orientadores e entrou gente nova, que nunca tinha parado [para pensar] ou que não se pensava como preceptor, e que está entrando agora pela primeira vez. Então, isso foi bem legal. (GF2)

Observa-se, com isso, um ativo envolvimento dos componentes das equipes com o aprimoramento do Programa, pois propuseram uma renovação do conjunto de preceptores (formalmente designados) e orientadores (todos os demais profissionais) com base no desejo e na possibilidade de que cada um desempenhasse mais ou menos diretamente a função.

Outra possibilidade de incorporação ao grupo de preceptores decorre, em alguns casos, do impedimento de quem exercia a função até então, mas que se afastou devido a motivos de ordem pessoal:

Ela ficou de preceptora e eu de orientadora, (...) até que ela saiu de licença (...) e eu fiquei como preceptora. (GF2)

Quando a pessoa que atua como preceptora é designada para exercer outras funções institucionais, existe a necessidade de que alguém assuma seu papel, o que eventualmente pode vir a recair sobre um profissional que já está com limitação de horário, por exemplo:

Comecei em 2007 como orientadora; apesar da orientação ser de todas, meu nome estava lá na lista de orientadores. Eu participava das reuniões de preceptoria e, agora, desde o ano passado, eu estou com liberação para o doutorado. E aí aconteceu na equipe de quem era preceptora de campo, minha colega [profissão], acabou assumindo como assistente de coordenação. Então, ela não podia continuar, até era inviável continuar com as duas coisas. (GF2)

O intercâmbio entre preceptoria e orientação pode se dar na proximidade entre colegas e, na eventualidade da abertura de vagas, esta pode ser ocupada por quem atua em parceria:

Assumi como orientadora, [outra colega] como preceptora, mas a gente sempre trabalhou muito junto. Fiquei um ano como orientadora, desde que se iniciou [a participação de nossa profissão na ênfase]. Aí quando minha [colega] assumiu a coordenação da ênfase, aí ficou a vaga de preceptor, a colega da outra [unidade] que tinha interesse também, nós mandamos uma carta de intenções, e fiquei como responsável lá. (GF2)

Para alguns, a preceptoria foi uma oportunidade oferecida pela gestão, enquanto outros participaram ativamente da construção inicial do Programa, como informaram alguns preceptores das três ênfases mais antigas, constituídas em 2004, e que ainda atuam na função:

Para mim foi uma escolha, foi uma oportunidade. Eu me lembro muito claramente. Eu entrei na instituição em agosto de 2003 e, em setembro, veio uma carta para todas as unidades dizendo que estava aberta uma possibilidade de se engajar num projeto que nem eu sabia bem o que era, mas tá, já que convidaram, eu fui. (GF1)

[Eu] quis ser desde o início, ou seja, lá quando a gente começou a estruturar e vieram as vagas, que são [X] vagas para [a nossa profissão] e [para formados em] outros cursos. Tá bom, pode ser, podemos ter Residência da [nossa profissão] na minha unidade. (GF2)

Esse envolvimento continuado denota um desejo de atuar na docência, mesmo que nem todos tivessem plena ciência do que significaria assumir o compromisso de ser preceptor/a. É necessário dizer que a abertura de áreas de ênfase e a inclusão de profissões decorrem de atitudes institucionais mobilizadas por uma gestão que busca afirmar cotidianamente a formação no trabalho para um sistema de saúde que opere em equipes interdisciplinares, em coletivos altamente qualificados. Muitos preceptores/as visualizam, em sua adesão à docência, a

oportunidade de prestigiar sua profissão e seu papel na melhoria dos serviços e sistemas de saúde, o que aumenta sua adesão ao projeto institucional e pedagógico. Um trabalho não prescrito, presumivelmente desejado pela instituição, mas apoiado pela corporação profissional, desde fora da instituição.

### *A experiência junto a residentes*

Além dos critérios para designação e modalidades de ingresso como preceptor na RIS, a experiência prévia como orientador/a dos residentes é um dos elementos que incidem nas condições de exercício da preceptoría:

Fiquei um tempo como orientadora, depois eu passei a atuar como preceptora e acho que essa é a maior diferença mesmo. Eu me sentia muito envolvida, mais diretamente com elas [as residentes], mas não tendo que dar conta de todas essas outras questões, até mais burocráticas. Por um lado, eu acho bom porque a gente estabelece uma relação com elas, acho que um pouco mais de trabalho e, depois, quando passa à preceptoría, eu acho que muda um pouco essa relação, talvez pelo envolvimento maior que a gente tem. (GF2)

Esta preceptora avaliou que a experiência prévia como orientadora fundamentou seu entendimento sobre a relação com os residentes. Esse papel não implica tomar atitudes administrativas, que devem ser desenvolvidas pela preceptoría. Com isso, de acordo com este depoimento, o orientador pode dedicar mais tempo para a relação direta com o residente do que o preceptor.

Porém, a experiência anterior como orientadora nem sempre garante a clareza do papel de preceptoría, como ilustra um dos depoimentos:

(...) a diferença entre o orientador e o preceptor dentro da equipe, alguém falou do papel do orientador. Para mim, eu era uma colega que apoiava a colega preceptora, mas não alguém que tinha uma corresponsabilidade de “eu também tenho que acompanhar”, “eu estou num turno em que ela não está”, esse é meu papel. Ela [a preceptora] vai nas reuniões, ela dá as aulas, ela avalia, e eu fiquei o tempo todo com esse papel e eu sinto, ainda hoje, que os colegas que não são preceptores ainda têm esse mesmo olhar. (GF2)

Mesmo que o PPP do Programa inclua todos os componentes das equipes como orientadores dos residentes, e as atribuições administrativas decorrentes do ingresso na preceptoría não necessariamente distanciem preceptores e residentes, esse depoimento exemplifica como a responsabilidade pela formação dos residentes no dia a dia ainda parece recair especialmente sobre os preceptores apenas.

Outros preceptores começaram seu envolvimento com a RIS diretamente já nessa função:

Nossa ênfase começou no ano passado [2009]. A gente recém está na segunda turma, e eu sou formada há trinta anos, então, eu estava afastada dos “bancos escolares” há muitos anos. E para mim foi um grande desafio, voltar de novo, ter que estudar, ter que ir atrás, ter que ir buscar, porque tinha mudado tudo da nossa [olha para os demais, e o grupo ri] da minha época [de graduação]. Mudou muito a formação, e eu tive que buscar isso e foi um crescimento. Eu aprendi, eu estou aprendendo, e acredito que vou aprender durante muitos anos da minha vida com os residentes. (GF1)

Esta situação indica que o ingresso na instituição há muitos anos, exclusivamente para atuar na assistência e, apenas recentemente, ter assumido a preceptoria junto com a própria criação da ênfase, mostra que a docência é um desafio maior à atualização profissional do que a assistência. Estar dedicado às tarefas ou protagonizar as tarefas não são a mesma coisa, como antes enunciei relativamente ao conceito de recursos humanos. Esse desafio parece ser um fator de estímulo para o aperfeiçoamento pessoal, não apenas junto à Residência, o que sugere renovação da qualidade do trabalho e das interações com a equipe e com os usuários, condição inclusive de desestabilização das relações profissionais, tal como estavam postas. Move-se a tarefa, move-se a responsabilidade com a qualidade do trabalho, move-se a percepção de si e move-se o desempenho do serviço de saúde.

Para alguns, ter se aproximado gradualmente da preceptoria via papel de orientador foi um fator importante para a aquisição de segurança nessa função. Outros avaliaram que é possível ingressar na preceptoria com suficiente segurança sem ter tido a experiência prévia na condição de orientador, provavelmente valendo-se das diferentes possibilidades indicadas como pré-requisito para ser preceptor, conforme está definido no PPP da RIS:

- Dois anos de experiência na área de ênfase e/ou Residência completa e/ou pós-graduação na área;
- Disponibilidade e disposição para trabalhar com os/as residentes e fazer a articulação com o serviço e equipe de saúde;
- Conhecer a proposta da RIS/GHC e identificar-se com ela, compreendendo que o/a residente é um/a profissional em formação;
- Conhecimento sobre o SUS e como sua área de atuação se articula às demais do sistema. (BRASIL, 2009a, p. 14).

O fato de as ênfases em APC (que existia desde 2004 sob a denominação de Terapia Intensiva, mas cujo foco foi recentemente ampliado e agregou novas profissões) e, especialmente, a OHE serem muito mais recentes que a SFC e a SM

é um dos aspectos que informa o tempo de experiência dos preceptores das profissões integradas mais recentemente ao Programa:

A fonoaudiologia está um pouquinho antes que a nutrição [na ênfase X], é muito recente, então, as coisas ainda estão se ajustando, muita coisa nova, muito movimento. Às vezes, a gente sente que está em dois domínios, o orientador e o preceptor. Às vezes, é difícil de organizar, se é muito distante. (GF2)

Contudo, como foi evidenciado no Quadro 13, também existem preceptores novatos nas ênfases mais antigas:

Eu entrei no GHC em 2006, mas eu estava [em outro setor] e depois que eu entrei na unidade de saúde [da atenção básica], até agosto deste ano [2010], eu estava de orientadora de campo e a minha colega, que agora assumiu a chefia do posto, de preceptora, oficialmente, mas sempre foi uma parceria muito grande. (GF2)

A experiência prévia com ensino também foi mencionada como facilitadora do exercício da função, embora a grande maioria tenha sido contratada pela instituição para prestar assistência, como já foi mencionado, tendo se incorporado ao ensino posteriormente:

Eu sou preceptora desde que eu entrei no GHC. Eu estou há dois anos e meio e já entrei porque já tinha uma demanda de preceptoria e, como eu tenho uma longa experiência em ensino e gosto disso, então, eu já entrei e as gurias [minhas colegas de profissão]: “Ah, chegou alguém!” Eu não passei por essa outra experiência [a de orientadora]. Desde que eu entrei, eu já entrei como preceptora. (GF2)

Com base nas contribuições, pode ser observado que os requisitos para assumir a função de preceptoria na RIS, previstos no PPP, são atendidos, com maior ou menor tempo para apropriação. A exposição prévia ou formal à docência qualifica uma espécie de prontidão para a função e para seu papel de dispositivo na instituição.

### *A influência da formação de origem*

A formação acadêmica de origem, com sua tradição unidisciplinar e focada na assistência, resulta em insuficiência para atender às demandas ampliadas da atenção à saúde:

No meu núcleo profissional específico, isso é muito evidente. (...) A universidade forma para a pesquisa, para o laboratório, para não haver conversa entre pessoas. (...) É tecnicista demais. (...) E aí sai para o mercado de trabalho. Tu vais te confrontar com o ser humano, que quer conversar contigo e quer opinião e quer



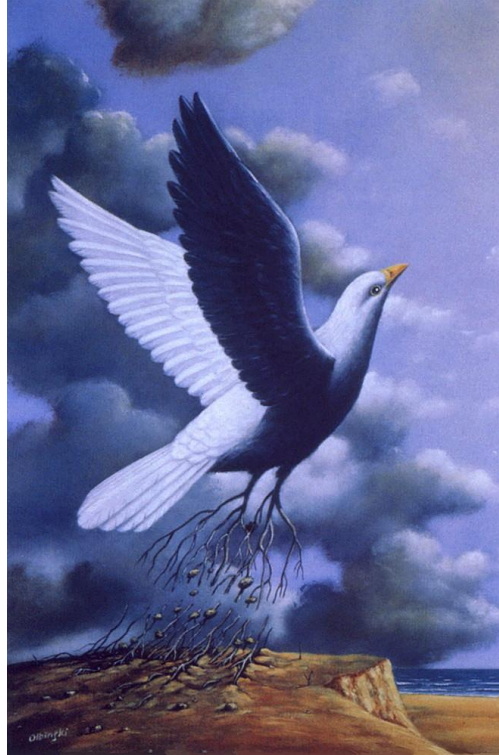
informação. Não se sabe o que fazer, porque a universidade não te deu essa capacidade. Ela não te formou para isso; ela te formou para viver um mundo cor de rosa, fechado, sem contato com gente. (GF1)

Essa manifestação indicou um falar de si, mas os preceptores se incluíram na reflexão a respeito da inadequação da formação oferecida na universidade frente à realidade a ser enfrentada como trabalhador de saúde, apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em nosso tempo preverem que os egressos sejam formados de acordo com princípios generalistas, humanistas, críticos e reflexivos (BRASIL, 2011). A formação inicial mostra-se insuficiente para responder à realidade vivenciada no dia a dia, com demandas diferentes das competências prescritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e que os cursos de graduação na saúde não cumprem:

Na formação, [a universidade] utiliza o mesmo processo, que é tirar o sujeito do mundo real, criar um mundo fictício dentro da academia e aí preparar aquela pessoa. A gente tem que ser exigente conosco, mas a gente também tem que passar a cobrar uma postura diferente da academia, sabe, porque a academia, em muitos casos, não está formando, está deformando as pessoas. A academia tem que ser responsabilizada nisso, porque as pessoas passam quatro [ou mais] anos lá dentro, que é um tempo muito maior do que elas passam com a gente, e a gente tem que ter todo esse conflito. (GF1)

A invenção de si, indicada por quem se sente enriquecido apesar dos obstáculos ao trabalhar, permeia as possibilidades de superação do que está prescrito, resultando em atitudes positivas, com trocas, e resultando na criação de algo diferente. Esta seria uma possibilidade de superação das dificuldades decorrentes da insuficiência da formação, mas não basta haver equipe e bom acolhimento no ambiente de trabalho. Paradoxalmente, é a Residência que vem reconstruir o perfil do profissional. De um lado, um profissional formado (trabalho prescrito) para um cenário idealizado e para o qual não se sente preparado, de outro um preceptor egresso da mesma formação e que deve conquistar a preparação de outro profissional, distinto daquele que recebeu e distinto da formação que obteve. O mesmo profissional que precisa ser “modificado” é aquele que “modifica” seu novo formador pelo simples fato de que se defrontam com o trabalho da assistência, do ensino e da produção de realidades.

### 5.3 “Oferecendo asas e raízes”<sup>12</sup>- o cotidiano da preceptoria



O cotidiano do trabalho de preceptoria foi relatado pelos participantes com ênfase na relação com os residentes. A experiência com o residente, a jornada de trabalho e as atividades relacionadas ao desempenho do ensino em serviço compuseram as narrativas em torno desse tema.

#### *A relação com os residentes*

A preocupação permanente com os residentes permeia toda a relação de preceptoria, transcendendo o horário contratado e a orientação de atividades formais, e incluindo a reflexão sobre a integralidade de sua formação para que atuem na realidade que for encontrada. A preocupação com a interrelação entre autonomia e responsabilidade que o ambiente de ensino em serviço propicia aos residentes e, provavelmente, aos preceptores também, mais do que em outras modalidades educativas, transparece na atualização de reflexões anteriores:

---

<sup>12</sup> Provável alusão à frase atribuída ao Dalai Lama, “Dê a quem você ama: asas para voar, raízes para voltar e motivos para ficar” e lembrada por uma participante.

Eu me lembro muito sempre de uma frase que eu li há anos, que diz que o maior presente que um pai pode deixar aos seus filhos são asas e raízes. E eu acho que isso tem muito a ver com a questão da preceptoria, porque também é o que a gente tem para deixar para os residentes: asas e raízes. Então, asas para voar, para imaginar, para criar, para fazer a sua vida, fazer seu futuro, mudar as coisas, ter planos; e as raízes, isto é o pé na realidade, o pé no chão – isso é possível, isso não é: as regras são essas, eu tenho que atender – e equilibrar as duas coisas. É conseguir conciliar as asas e as raízes, não sair levantando voo *a la loca* e, ao mesmo tempo, não ficar só restrito ali naquele chão árido e não conseguir mudar também a realidade. (GF1)

A combinação entre o possível e o ideal, representada pela fronteira entre a prescrição e o potencial criativo, proporciona o tom da realidade de trabalho em instituições de saúde, em equipes de cuidado e junto aos usuários em condição de adoecimento ou fragilidade. O possível deixa de ser algo entre o ideal e o real para ser a construção criativa das passagens entre o real e seu desmonte para novos reais.

A experiência com estagiários, por um lado, facilitou o trato com os residentes no início do Programa:

Na minha equipe, eu via que isso era muito tranquilo porque, antes da Residência, já tinha estágio. Então, quando eu entrei lá, já tinha estagiários da [profissão] antes de mim, eu só dei seguimento àquilo que já tinha começado com outra colega. Quando veio a Residência, foi uma sequência; não era porque era residente que a gente tinha outras preocupações. As preocupações que apareceram foram essas coisas de que vocês falam. (GF2)

A introdução da Residência alterou a relação com estudantes de modo geral e, às vezes, gera a percepção de que estagiários e residentes, ambos sujeitos do processo de ensino em serviço, vivem situações de vida e formação idênticas:

E quando tem estagiário junto na unidade que é demandado como residente? “Mas nem formado sou, e tu tá me mandando!” Sim, tem que ter uma delicadeza maior ainda, a questão da responsabilidade, mas a equipe muitas vezes é isso, está acostumada com o residente. Sempre teve os estagiários da medicina, os doutorandos e o residente da medicina, mas aí veio a RIS e aí apareceram todas as outras categorias. Antes disso, já tinha estagiário da odontologia, da psicologia, do serviço social aparecia de vez em quando, mas [depois] a gente perdeu o jeito com estágio. Agora o que a gente sabe fazer é Residência, até parece que, com o estagiário, a gente não conhece... Na psicologia, acho que mais ainda, porque é um residente... “residente”, olha eu! Não, é que é um estagiário que fica mais tempo. Por exemplo, um doutorando fica três meses e sai, o [estagiário] da nutrição fica três, quatro meses e sai, mas hoje um estagiário da psicologia está ficando um ano e meio. Você vai dizer: “Mas é quase uma Residência!” (GF2)

O estabelecimento de uma relação de hierarquia entre preceptores e residentes foi debatido coletivamente. Reconhecendo que os residentes já são profissionais e que frequentam um ambiente de ensino em serviço, houve

manifestações de defesa da horizontalidade nas relações entre eles e os preceptores:

Eu procuro ter essa relação mais linear. Acho que tem que ter o respeito, tem que ter algumas coisas de hierarquia, tem que ter algumas coisas assim, mas tratar mais como ele é, um profissional como eu e que está num momento diferenciado, mas enfim, daqui a pouco ele vai estar num outro momento como tu. Tu foste residente e hoje está no papel de preceptor. (GF1)

Essa visão foi complementada pela lembrança de que existem níveis diferentes de responsabilidade, mesmo que ambos sejam profissionais já graduados:

Essa questão da hierarquia que vocês vêm falando, da relação, preceptor e residente, eu acho que a gente tem que ter essa coisa mais dialógica, horizontal, tem que ter um processo de construção conjunta. Mas essa distância hierárquica, acho que tem que ter, o nível acho que é o grande desafio. A gente não pode nem estar lá em cima e tu estares embaixo e eu que mando e pronto, mas também botar muito na mesma linha... Ou daqui a pouco o residente está com poder maior que o preceptor, é complicado. Eu acho que a gente tem que transitar nessa horizontalidade, mas tem alguns momentos em que eu acho que a gente tem que se posicionar como preceptor num nível hierárquico superior. (GF1)

O fato de um dos grupos ter enfaticamente discutido a questão da hierarquia pode ser resultante de um evento realizado na véspera, o seminário de avaliação dos campos na ênfase de Saúde da Família e Comunidade (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010b). Na ocasião, foram discutidas as condições de infraestrutura e pessoal para desenvolvimento do Programa nas 12 unidades de atenção básica em saúde do SSC/GHC, seguindo-se um intenso debate acerca da alocação e do remanejamento de vagas para residentes dos diferentes núcleos profissionais entre elas. O peso do voto de residentes e preceptores teve seu peso igualado, o que resultou em decisões tomadas paritariamente<sup>13</sup>.

A relação com os residentes mostrou-se desafiadora, na medida em que o perfil dos residentes é variável e que eles pertencem a diferentes núcleos profissionais:

A gente ainda tem o desafio de tentar compor com isso [a realidade de trabalho] na singularidade de cada residente. Vem um que já vem pronto “Ah, esse aqui é ótimo, gosta (risadas), é engajado, e não sei o quê, e tem visão”. E tem uns que tu fica pensando: “Cara, o que... por onde tu chegas nele para fazer essa aproximação?”. Tem uns que estão ali, e que tu não sabe como é que veio parar, por que veio fazer (risadas), têm dificuldades. Então, acho que a gente tem essa coisa mais delicada,

---

<sup>13</sup> A colocação em prática das decisões votadas paritariamente foi posteriormente contestada em outras instâncias do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

da relação próxima com aquele residente que está ali contigo, e que várias vezes não é o residente da mesma categoria da tua profissão, então, tu ainda tem mais isso, esse outro desafio. (GF1)

Os critérios de seleção para ingresso dos residentes e as etapas do processo seletivo vêm sendo readequados ano após ano pelos próprios preceptores e orientadores em conjunto com a coordenação do Programa. Mesmo assim, nem todos os residentes possuem o que foi denominado como “perfil ideal” pelos participantes, embora não o tenham definido, mas apenas indicado algumas características desejáveis. Durante os seis primeiros anos de existência da RIS/GHC, alguns residentes de todas as áreas de ênfase também se afastaram ou foram desligados por não atenderem ao Programa e não terem se adaptado a ele. Mesmo assim, foi avaliado que o desenrolar do Programa pode oportunizar o amadurecimento dos que iniciaram tendo posturas consideradas pouco suficientes em termos de atuação profissional:

Uma das residentes entrou com uma postura que a gente achou que seria difícil no início; e foi essa que deu problema com vários profissionais diferentes, que a gente nunca tinha tido dificuldade nenhuma, pela forma com que ela abordava. Porque ela achava que tinha que fazer trocas, mas a troca que ela estava fechando era muito deslocada e acho que também para ela foi um aprendizado ao longo do tempo. Ontem nós almoçamos juntas, eu e as outras duas colegas que também são preceptoras, e a gente comentava como ela mudou ao longo do tempo. Eu acho que aí foi o maior ganho, porque ela mudou muito. (GF2)

O enfrentamento de dificuldades na relação com residentes que não atenderiam a um perfil ideal – que tampouco está definido – pode desencadear o crescimento do próprio preceptor ao encarar situações inusitadas e se dar conta do que ainda tem a aprender. Esse é o tom da fala quando o grupo referiu-se a residentes diferentes do educando que seria considerado ideal por alguns:

(...) uns [residentes] vão passar e outros vão acontecer. Uns vão deixar marcas por maravilhosos que são; outros vão deixar marcas por horríveis que são. E, na verdade, aquele que nos ensina mais é aquele que é o mais difícil, aquele mais indisciplinado, aquele que mais reclama, aquele é que nos faz crescer mesmo. O que está pronto não nos desafia. (GF1)

Os critérios de seleção dos residentes foram questionados pela possibilidade de excluir quem mais poderia se beneficiar do Programa, justamente quem ainda não teve a oportunidade de refletir sobre seu papel como profissional de saúde no SUS e vivenciá-lo, independente de sua especificidade:

Às vezes, a gente quer achar que tem que colocar para dentro também todo mundo que tem perfil, e tu está excluindo (...), mas, às vezes, eu acho que a gente pensa: “Não tem o perfil, se não está pronto, também tu vai ter que ensinar tudo de novo”. (GF1)

Seguindo o debate, o grupo introduziu a equidade como maneira de oportunizar um aperfeiçoamento aos que teriam dificuldade de se inserir no SUS por não estarem apropriados do sistema:

(...) Me lembrou a questão da equidade: “quem menos tem é quem mais está precisando”. Talvez seja quem mais precisaria formação do que o que já vem pronto, que tu não sabes o que vai acrescentar para ele passar esses dois anos aqui. Bom, claro que vai acrescentar, sempre tem um jeito de aproveitar, mas talvez para aqueles que não têm perfil seja a melhor das oportunidades de atuação, e acho que isso nos toca mais ainda, como é que tu fazes com essa pessoa aí. (GF1)

A reflexão sobre o desafio de ensinar os que mais precisariam – caso ingressassem no Programa e, muitas vezes, ingressam – retoma o questionamento sobre o próprio ensino por quem não aprendeu a ensinar na academia, como é o caso de vários participantes, como foi visto anteriormente.

Outro aspecto mencionado foi o perfil do recém-egresso da universidade que procura a Residência Multiprofissional e que, amiúde, expõe a fragilidade da universidade para preparar os estudantes para atuarem na realidade de vida e saúde com apropriação:

A média das pessoas que entram na Residência é quatro meses depois de formadas, ao menos na Saúde da Família e Comunidade. São figuras recém-saídas da universidade que, teoricamente, não teriam uma necessidade de formação [em atenção básica]; afinal de contas, a universidade deveria estar formando [o generalista] para o sistema. E, às vezes, eu acho que nós temos uma posição extremamente crítica com o nosso trabalho, com aquilo que a gente faz, que a gente queria fazer melhor aquilo... Mas até que ponto quem, teoricamente, é responsável pela formação na academia tem essa autocrítica em relação à formação que eles estão fazendo? Porque há uma desvinculação total da realidade. (GF1)

A prioridade do Programa de Residência é o segmento dos recém-formados, de modo que obtenham experiência profissional de acordo com as áreas de empregabilidade, mas também cumpre o papel de requalificação de recém-formados e formados que estavam desempregados e formados sem especificidade.

Segundo o debate, contudo, alguns residentes não apreenderam o significado do Programa em si, das interfaces existentes e outras a serem identificadas, mesmo tendo a oportunidade de conviverem um pouco mais proximamente dos preceptores:

Eu já senti que eles têm uma leitura por rótulos: a Comunitária é assim, então, é assim; a Saúde Mental é assim; o Paciente Crítico é assim; a Onco-Hemato... É muito definido, eu sempre questiono isso. (GF2)

O pouco tempo decorrido entre a graduação e o ingresso na RIS, um aspecto atual, foi comparado com o grau de experiência um pouco maior dos que ingressaram nas turmas iniciais, das quais uma componente do grupo focal fez parte:

Eu acho que tem uma especificidade dessa chegada, desse pessoal que sai da faculdade agora, que em geral os que estão indo agora para a [ênfase X] são assim. Quando eu fiz a primeira turma de Residência nem todo mundo era recém-saído da faculdade, eu já tinha feito [pós-graduação], tinha pessoas que tinham especialização, tinham feito já outras coisas, mas os que estão chegando agora, quase todos vêm agora da faculdade. (GF1)

Falando dos residentes, os preceptores falam de si – de sua formação acadêmica, de sua vivência como residente e de seu preparo para ser preceptor – e da experiência adquirida que reverbera na preceptoria como é exercida no dia a dia. A maturação da oferta ou sua permanência no tempo mostra a mudança no perfil da procura: de profissionais mais experientes ou pós-graduados para recém-formados.

### *A experiência como residente*

Os preceptores que foram residentes consideraram que isso influencia a atuação presente, pois essa vivência se atualiza e faz lembrar que também estão formando futuros preceptores:

Pra gente que, no nosso caso talvez, somos ex-residentes e agora somos preceptores, isso, às vezes, é mais difícil também porque, às vezes, a gente se coloca lá no lugar. Quando a gente era residente, como é que a gente pensaria e agiria, e agora, enquanto preceptor. Lógico que não deveria ter uma grande distância, porque a gente está formando residentes para um dia ser profissional e, talvez, preceptor. (GF1)

Já o fato de não ser egresso de uma Residência provocou reflexões acerca da insegurança de ser indicado para a função de preceptor:

Em relação à questão da preceptoria, eu não fiz Residência. Eu dizia pros residentes que eu era a R zero, que enquanto eles [já] estavam vindo, eu [ainda] estava indo. (GF1)

Alguns atribuíram sua dificuldade em lidar com certas situações cotidianas ao fato de não terem sido residentes, como se isso garantisse por si só um conhecimento prévio que contribuiria para uma atuação adequada:

É o nome que a gente ia ganhar, de preceptor, e resta saber o que a gente precedia: “Pode ser preceptor quem não fez Residência?”, “Pode ser preceptor quem chegou depois do residente chegar?” [risadas] Às vezes, acontece isso. (GF2)

Um fato inusitado, decorrente dessa situação, foi ilustrado pelo relato de uma participante:

Eu cheguei no meu serviço, e quem me acolheu foi a residente. Eu brinco com ela hoje, agora ela é R3 [residente de 3º ano] em outro programa de Residência, mas ela que me acolheu, era a [profissional] que tava no lugar. A [profissional do serviço] saiu antes de eu chegar, foi para outro serviço, e ela me dizia: “Não, não fica nervosa, te acalma que eu te mostro tudo...” (risadas) “Te ensino tudo...” Imagina, fui salva pela residente, uma relação totalmente às avessas, que é coisa do cotidiano mesmo. (GF2)

Uma situação como esta ajuda a romper com o rigor de uma relação vertical entre educador e educandos, pois a preceptora foi introduzida ao ambiente de ensino em serviço pela residente, que lhe transmitiu a vivência local por já estar ali transitando em outro papel. Fica evidente que é possível estabelecer um mútuo aprendizado, desde que haja abertura para tanto.

### *A jornada da preceptoria*

O paradoxo de uma “rotina” de trabalho marcada pela diversidade de atividades foi manifestado por uma das participantes:

Acho que o melhor do meu cotidiano é que, paradoxalmente, é rotineiro, sem nunca ter dois dias iguais. (PI-28)

A solicitação, no instrumento de resposta escrita individual, da descrição de um dia de trabalho considerado típico resultou em relatos da jornada diária e semanal, sendo alguns detalhados e outros mais sucintos, revelando uma riqueza de movimentos em curso em um período limitado de tempo, conforme expressou um preceptor ao se desculpar por não ter respondido imediatamente ao roteiro individual:



Desculpa a demora para te responder. Talvez esse seja teu primeiro achado no estudo: falta de tempo para os preceptores desenvolverem todas as suas tarefas! (PI-25)

Além da variedade de atividades, outra característica do cotidiano mencionada foi o deslocamento físico entre diferentes locais de trabalho ao longo do dia, ressaltado por alguns, pois várias atividades se sucedem em prédios e, eventualmente, até em bairros distintos:

Minha jornada de trabalho é diversa, depende do dia da semana. Posso destacar a mobilidade entre a unidade de saúde e a Gerência do Serviço de Saúde Comunitária ou a Gerência de Ensino e Pesquisa durante alguns dias da semana. (PI-26)

Algumas informações referiram-se exclusivamente ao atendimento aos pacientes, indicando uma tendência clínico-centrada na atuação de alguns preceptores:

Chego às 7h30min e atendo pacientes até 12h30min. (PI-13)

Realização de acompanhamento psicológico aos pacientes internados na [enfermaria X]. (PI-9)

Provavelmente, esse foco na assistência seja devido a um desequilíbrio na relação entre a demanda por atendimento e as condições para o ensino no ambiente de trabalho. Isso fragiliza a missão institucional, que deveria garantir o desempenho equânime de ensino, assistência e gestão organizacional.

Outros aspectos da dinâmica da jornada podem ser exemplificados por depoimentos oriundos de ênfases distintas:

O meu cotidiano profissional, felizmente, é muito dinâmico. Trabalho diretamente vinculada a uma equipe pequena, que se envolve com reuniões colegiadas, práticas de educação permanente, gestão da clínica, reuniões da Linha do Cuidado, articulações com a rede de assistência do GHC e da Prefeitura Municipal etc., que envolvem serviços da [ênfase da RIS e unidades hospitalares do GHC]. (PI-21)

O depoimento acima e o que segue também salientam o dinamismo, a intersectorialidade e a capacidade de articulação como aspectos presentes no fazer profissional:

As atividades na minha área são muito variadas. Não tenho exatamente uma jornada típica, pois a cada dia surgem desafios diferentes, como substituir colegas de outros setores, sanar faltas de insumos (isto tem ocupado uma parcela enorme do meu cotidiano), realizar treinamentos e educação continuada com os auxiliares de nível médio etc. Mas em linhas gerais: conferência da dispensação de insumos,

intervenções especializadas em prontuário eletrônico quando detectados problemas da especialidade, supervisão da dispensação de insumos, orientação aos auxiliares de nível médio, visitas aos postos de enfermagem etc. (PI-29)

Esse relato expressou tanto as dificuldades de estrutura já comentadas quanto o uso intensivo de si ao desenvolver docência junto a outras categorias profissionais e as tarefas típicas de sua profissão, como também se vê a seguir:

Meus dias são bem diversificados, pois vou em pelo menos quatro unidades diferentes a cada semana, onde desenvolvo também atividades diferentes. Quinzenalmente, vamos à escola. Participo da reunião da RIS, da reunião de equipe, quinzenalmente tem supervisão da residente do [posto de saúde]. Na 3<sup>a</sup>, vou para o [posto de saúde] ou para a reunião da atualização do protocolo e da linha de pesquisa, faço supervisão dos residentes na [unidade de saúde], participo do seminário de campo e fico de tarde, quando não vou para a reunião de coordenação (uma vez/mês). Na 4<sup>a</sup>, vou para a [unidade de saúde], onde participo de um grupo e faço supervisão das estagiárias da [profissão], depois me reúno com a equipe de coordenação do grupo. Nas 5<sup>as</sup> de manhã, faço a supervisão do estágio de apoio matricial das R2. À tarde, vou para a [unidade de saúde], onde coordeno um grupo com as estagiárias de [profissão]. Nas 6<sup>as</sup>, temos seminários de núcleo de manhã e supervisão com R1 em uma semana e R2 na outra. À tarde, quinzenalmente, temos reunião de preceptoria. Ainda fazem parte da rotina as reuniões do protocolo da gestante, as atualizações, as reuniões do colegiado multiprofissional das ACS [agentes comunitários de saúde], participação nos seminários das ACS e as orientações dos TCC [trabalho de conclusão de curso]. (PI-15)

O depoimento acima menciona o Apoio Matricial às unidades de saúde do SSC/GHC, sendo uma das finalidades responder às necessidades identificadas por elas por meio do desempenho de atividades de cunho integral, tentando superar as práticas de referência e contra-referência estanques. É prestado por profissionais que não possuem vínculo direto com os usuários sob responsabilidade de determinada unidade básica de saúde, mas que apoiam a equipe em termos assistenciais e técnico-pedagógicos, exercendo um papel importante no processo de educação permanente de trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010b).

O Colegiado Multiprofissional dos Agentes Comunitários de Saúde, também citado no depoimento, é outra instância do SSC e a ele compete, entre outras atribuições, apoiar o trabalho desses profissionais, promovendo educação permanente em saúde. Sua composição conta com um trabalhador de cada núcleo profissional vinculado ao SSC/GHC, além de um/a agente comunitário de saúde (BRASIL, 2008). O fato de esta preceptora incluir, além da preceptoria, estas duas instâncias em suas atividades voltadas para o ensino, indica uma atuação interprofissional que intensifica o uso de seu tempo e de seu fazer profissional no

decorrer da jornada, acumulando ações voltadas ao ensino junto a diferentes grupos de educandos.

A relação de ensino/aprendizagem também pode ser permeada pela gentileza na convivência com os usuários e os colegas, recuperando o que foi feito em jornadas anteriores e planejando em equipe o que será feito em seguida:

Vou cumprimentando quem já está. Na unidade (...), observo o que mudou desde o momento que saí (altas, baixas, evoluções, acompanhamentos que devem ser retomados, triagem em pacientes com alta prevista). Diante das atividades, organizo com as colegas como será realizado o trabalho. (PI-5)

Uma participante que é referência de apoio matricial para várias unidades e para colegas descreveu suas atividades e acrescentou um dado novo: a atuação junto à Escola GHC:

Ida a uma das unidades onde tem residentes [da profissão], acompanhamento das atividades do residente, discussão de casos da semana, geralmente com outros membros da equipe. No final da manhã, ida ao hospital [HNCS], atividades relacionadas à [atuação específica]. Em um dos dias da semana, ida a duas unidades onde tem residentes [da profissão] e a cada duas semanas atividades da Escola GHC, tendo um dia em que tem atividades todas as semanas. (PI-12)

A Escola GHC é a instância institucional de formação, tendo como atribuição:

Desenvolver políticas e ações de ensino, pesquisa, extensão, cooperação técnico-científica, produção e divulgação de informação científica, tecnológica e de inovação no campo da saúde, articulando as atividades destas áreas no GHC e nas demais instâncias e serviços do SUS, com o objetivo de qualificar a atenção, a gestão, a formação e a participação social no sistema de saúde e a ampliação das possibilidades de inclusão e desenvolvimento social e econômico. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010a)

Para viabilizar seu funcionamento, o GHC promoveu um processo seletivo interno para remanejamento institucional de funcionários para compor seu corpo docente. Os critérios de seleção incluíam o histórico funcional e a formação específica, entre outros, além da possibilidade de dedicação de até 40% da carga horária a essa função. No caso da informante acima, ela acrescentou a todas as suas atividades a atuação junto à Escola GHC, onde deve desenvolver ensino, pesquisa e extensão. Chama a atenção o fato de que muitos dos envolvidos com ensino no GHC o fazem em diferentes instâncias, exercendo a docência em múltiplos espaços institucionais, o que pode diversificar as experiências e análises, mas também, sobrecarregá-los.

O necessário reconhecimento da existência de interfaces entre ensino, pesquisa e cuidado foi identificado como inerente à função, demandando mais tempo de dedicação para alcançar os efeitos desejados, como informou uma participante que tinha enfatizado carências no âmbito institucional para desenvolver plenamente sua função de docente em serviço.

Imagino uma jornada de 40 horas para cumprir a preceptoria como formação em serviço. A jornada deve garantir espaço para estudo, orientação de trabalhos, pesquisa, assistência, grupos e trabalho comunitário. Não vejo um preceptor teórico, nem um preceptor que só faz assistência. Penso que um bom preceptor tem teoria e prática fundamentadas no dia a dia, no trabalho com a equipe, em rede. É preciso garantir espaço suficiente para esta construção, sem que a demanda atropelasse o processo. (PI-6)

Provavelmente, a menção a uma jornada de 40 horas se deva à demanda por um contrato de trabalho que potencialmente viabilize, tanto em termos de horário como de remuneração, todas as possibilidades e as necessidades de atuação, o que, nas condições vigentes, parece não ser proporcionado.

### *As atividades desenvolvidas no dia a dia*

As atividades desenvolvidas na preceptoria apresentaram diferenças entre as ênfases, pois, levando em conta suas peculiaridades, algumas estavam voltadas para o processo de ensino/aprendizagem dos residentes, outras estavam no âmbito da relação entre os preceptores e outras incluíam a docência em diferentes instâncias da instituição. Foram identificados como os mais citados, com suas possíveis variações, os seguintes momentos de encontro coletivo: reunião, orientação e supervisão.

A participação em reuniões ocupa uma grande parte do tempo dos preceptores de todas as ênfases, o que foi corroborado nos grupos focais, conforme será discutido mais adiante. Uma participante informou:

Reunião do Colegiado da RIS e reunião do Colegiado da SFC (...), Seminário de Campo (...), Reunião de Coordenação do SSC, Reunião da RIS (...), horário de supervisão (disponibilidade de diálogo permanente com residentes e contratados sobre os processos da Residência e equipe de saúde), discussão sobre os ambulatórios, atividade intersetorial na escola do território, Currículo Integrado<sup>14</sup> e seminário de núcleo profissional. (PI-26)

---

<sup>14</sup> O Currículo Integrado corresponde ao componente formativo oferecido em comum para todos os residentes da ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC e da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Esse relato permite observar a quantidade de atividades relacionadas à RIS tanto com residentes como com colegas, pois a informante também abre espaço para dialogar com contratados, além de interagir com outros âmbitos do território sob responsabilidade de sua equipe.

Uma participante que também é docente em outra instituição de ensino incluiu esta atividade em sua descrição de uma jornada de trabalho:

Sou supervisora do primeiro estágio e ministro disciplinas para o curso [X] pelas manhãs e noites. À tarde, permaneço no Hospital. Nesse local, recebo plantão da unidade onde desenvolvo meu trabalho, verifico exames e planejo a conduta do dia, que inclui realizar manobras, a fim de aprimorar a condição [função fisiológica afetada] dos pacientes [portadores do problema X]. Nesse período, há discussão dos casos com colegas, com a equipe multiprofissional e com os residentes. Há dois dias da semana em que acontecem estudos dirigidos ou reunião de equipe. (PI-14)

Como o GHC é campo de estágio para diversos cursos de nível técnico e superior, vários trabalhadores que mantêm vínculo funcional com a organização e com instituições de ensino se envolvem com a supervisão desses estudantes e incluem esta atribuição em suas tarefas diárias.

A partir de um conjunto de narrativas, é possível sistematizar as atividades típicas da rotina da preceptoria, destacando-se quatro âmbitos que compõem a jornada de trabalho e indicam os desafios resultantes do uso do tempo do trabalho para desempenhar tarefas tão diversas.

Essas atividades respondem a questões de cunho administrativo (voltadas para o Programa em si), assistencial (relacionadas à atenção à saúde de pacientes, usuários, familiares e cuidadores), docente (focadas na relação com residentes, estagiários e outros educandos) e institucional (respondendo às demandas do GHC ou debatendo-as).

O Quadro 14 apresenta as diversas atividades dos preceptores em diferentes instâncias, muitas vezes interrelacionadas e simultâneas e que respondem a necessidades oriundas de mais de um âmbito.

Quadro 14: Atividades administrativas, assistenciais, docentes e institucionais desenvolvidas pelos preceptores da RIS/GHC.

Atividades			
Administrativas	Assistenciais	Docentes	Institucionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação de reuniões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento aos usuários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docência na Escola GHC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades comunitárias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação em fóruns profissionais e intersetoriais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento clínico, ambulatorial e hospitalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação permanente interprofissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deslocamento entre unidades, serviços e GHC</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação e coordenação de reuniões de equipe e de serviço; de preceptoria, de colegiado de gestão, de campo e núcleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento domiciliar, individual e coletivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preceptoria aos residentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciamento de programas, unidades e serviços</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução de falta de insumos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento em nível básico, de média e de alta complexidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação de pesquisas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação em instâncias consultivas e deliberativas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação, prevenção, promoção de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação de seminários de campo e núcleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos de atenção e linhas de cuidado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de atenção e de vigilância à saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão de atividades clínicas e ambulatoriais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituição de colegas ausentes</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão de estagiários</li> </ul>	

Foi possível compreender que o cotidiano de trabalho dos preceptores é variado e intensivo em todas as ênfases e nas diferentes profissões que compõem o Programa. A provocação inicial no grupo focal resultou em manifestações relacionadas ao histórico do Programa, ao processo de trabalho, aos efeitos que a Residência Multiprofissional causou na instituição e que esta lhe impõe, ao papel da academia na formação de futuros profissionais de saúde e à convivência com residentes, equipes e demais colegas de trabalho. Houve divergências mais de

intensidade do que de conceitos, e a fala dos dois grupos complementou uma a outra.

Algumas atividades relatadas – e que frequentemente atendem a demandas de caráter formativo e organizativo, como as indicadas na linha inferior do Quadro 15 – são desempenhadas simultaneamente, podendo ser assim sintetizadas:

Quadro 15: Atividades formativas, organizativas e suas interseções desempenhadas pelos preceptores da RIS/GHC.

Atividades	
Formativas	Organizativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de seminários integrados com todos os residentes do Programa;</li> <li>• Facilitação no Currículo Integrado oferecido para residentes da ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS e de Medicina de Família e Comunidade;</li> <li>• Orientação de atividades comunitárias e de grupos com usuários dos serviços;</li> <li>• Orientação e co-orientação de trabalho de conclusão da Residência (TCR).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação de núcleos profissionais e de ênfases;</li> <li>• Integração dos residentes junto à equipe;</li> <li>• Participação em reuniões de preceptoria e no colegiado de coordenação da RIS;</li> <li>• Planejamento e preparação de discussões interdisciplinares, de atividades intersetoriais, de cursos de extensão e de seminários de núcleo e de campo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação, acompanhamento e avaliação em campo e núcleo;</li> <li>• Supervisão de residentes em atendimento ambulatorial e domiciliar.</li> </ul>	

Também são exercidas outras atividades de desenvolvimento institucional, demonstrando a diversidade de ações realizadas cotidianamente, reforçada pelo fato de alguns preceptores acumularem a preceptoria com outras funções, como por exemplo, coordenação de ênfase ou chefia de unidade de saúde. Essa multiplicidade de dimensões do trabalho da preceptoria faz com que o tempo despendido seja intensivamente aproveitado para fazer muito o tempo todo, superando o trabalho prescrito:

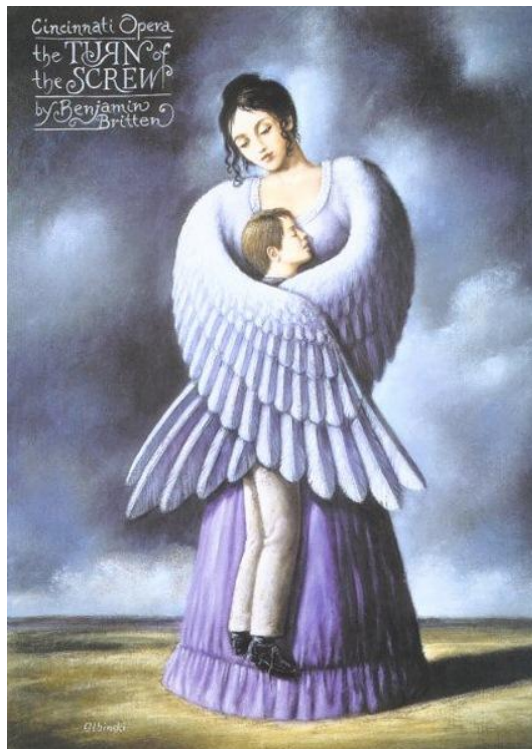
Tu és desafiado pela tua equipe, tu tens que te envolver com processo de gestão, com uma série de coisas do ambiente do serviço, estritamente pensando só como assistência, mas também tu és desafiado a dar conta das coisas da formação, da produção de conhecimento e dos atributos do SUS e tal. Teu papel é múltiplo. Então, eu acho que isso é extremamente desafiador. E se, por um lado, é muito bom, enriquece cada pessoa, enfim... tem um ganho enorme, um crescimento, por outro lado é angustiante, (...) porque a gente pode trabalhar de um jeito positivo, mas tem horas que é extremamente cansativo e um pouco extenuante. (GF1)

Da mesma forma, o depoimento a seguir é um exemplo disso, na medida em que, mesmo sabendo que estaria em férias, uma preceptora queria se fazer presente na formação dos residentes:

(...) mandei um email para o grupo e aí, como eu estava entrando em férias e eu não ia poder participar de algumas discussões, eu disse: “então, vou me fazer presente com um email”, e aí mandei. (GF1)

É possível observar que o trabalho realizado pelos preceptores transcende o prescrito tanto em âmbito profissional como em termos de horário, mobilizando iniciativas e recursos próprios, o que pode resultar em sentimento de sobrecarga de tarefas e extrapolação da carga horária de trabalho. Paradoxalmente, essa condição coloca a Residência no ponto de inflexão entre absoluto compromisso com o trabalho (o inverso do imaginário social relativo aos serviços públicos de saúde) e o excesso de encargos para um trabalhador cujo trabalho é extenuante tanto física como emocionalmente. A introdução da docência acentua a implicação com o trabalho, prolonga sua duração, ressignifica a relação com usuários/pacientes e inaugura fluxos institucionais entre gestão organizacional e assistência clínica.

#### 5.4 “O teu, o meu” - De quem são os residentes?



A partir da escuta dos participantes, ficou evidente a existência de compreensões distintas e de contradições entre quem desempenha papéis complementares na relação de ensino em serviço em saúde. Questionamentos a



respeito de quem é a responsabilidade pela formação dos residentes, de que maneira as equipes multiprofissionais encaram esse desafio e o exercício da autonomia nesse contexto, caracterizaram diferentes entendimentos das interfaces entre os agentes educativos.

### *A responsabilidade pela formação*

A diferença de níveis de responsabilidade assumida por diferentes componentes das equipes frente aos residentes foi exemplificada com ênfase em dificuldades disciplinares, conforme o trecho destacado a seguir:

Acho todos os colegas bastante abertos a acompanhar, a auxiliar algum residente, mas, quando nos procuram com problemas, “Ó preceptora, é o teu residente”, “O teu filho está precisando, está com fome.” Ou, então, está precisando de alguma orientação também no sentido de correções, “Ah, o residente chegou atrasado”, “O teu residente fez uma coisa que não está certa”, “Vai lá e resolve”. (...) E, às vezes, sinto um pouco de estresse com a equipe. E não só de os outros colocarem como “o residente é do preceptor”, como, às vezes, o preceptor dizer “Não, é o meu residente”. (GF2)

Muitas vezes, os preceptores são considerados como os responsáveis exclusivos pela formação do residente, chegando quase a serem identificados como proprietários ou patrões do residente por aqueles que não se sentem corresponsáveis pelo processo de ensino/aprendizagem. Isso se agrava pelo fato de alguns preceptores não conseguirem compartilhar essa responsabilidade com orientadores e equipe.

Outro elemento institucional que condiciona o exercício da preceptoria é a presença ou falta de profissionais para atuar junto aos residentes. Isso influencia tanto o desenvolvimento das atividades como a manutenção do número de vagas ou sua ampliação:

Eu acho que, às vezes, dentro da nossa ênfase, as estruturas para receber residentes de cada núcleo são completamente diferentes. Enquanto do ponto de vista da enfermagem, a gente tem que ter dois contratados mais uma estrutura de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários para ter residente; do ponto de vista do serviço social, tem que ter um profissional; do ponto de vista da psicologia, tem que ter um profissional que tem carga horária menor que a do residente... (GF1)

Outra dificuldade é a diferença de comprometimento de preceptores e orientadores, conforme foi expresso em um dos grupos:

É uma outra situação que a gente tem, porque têm pessoas que querem “abraçar” os residentes, só que para fazê-los de mão-de-obra. Então, eu tenho dois

problemas: as pessoas que não querem se comprometer e as pessoas que querem se comprometer no intuito de conseguir um ajudante. (GF2)

Com isso, fica evidente a diversidade de perfis de profissionais que convivem na Residência Multiprofissional, seja na condição de preceptores, seja na de trabalhadores da equipe ou da instituição em geral, podendo resultar em um processo de ensino em serviço desconectado de sua proposição:

É sobre ter pessoas que não têm perfil para estar em determinados lugares. O Serviço de Saúde Comunitária tem três eixos norteadores: atenção, formação de profissionais e produção de conhecimento. Não necessariamente todas as pessoas têm que estar envolvidas na mesma proporção com isso, mas isso tem que ser o eixo norteador desse serviço. E aí tu tens pessoas que não servem nem para a atenção, nem para a formação, nem para a pesquisa e quiçá para a produção de conhecimento. E isso gerencialmente não é uma coisa que seja considerada. (GF1)

Isto dificulta a plena efetivação da designação de instituição-escola na saúde (certificada para o ensino), pois a falta de identificação de todos os trabalhadores como partícipes do processo de ensino/aprendizagem proporcionado pela RIS prejudica o Programa:

Eu já acho que a dificuldade que elas [as residentes] enfrentam no momento é com os profissionais que a gente também enfrenta. Às vezes, elas se revoltam com determinados profissionais que não aceitam, mas não é que não aceitem o trabalho da Residência; aí são aqueles que não sabem fazer troca. (GF2)

Além de um perfil nem sempre adequado dos agentes de ensino na Residência Multiprofissional, também as diferenças de foco do trabalho no dia a dia dos serviços podem ocasionar a existência de um tensionamento entre preceptores e não preceptores:

Eu acho que a relação entre os profissionais, do preceptor, com quem não é preceptor, que não está tão envolvido, como o orientador, enfim, que, às vezes, o residente vem e desacomoda o processo de trabalho e tal e, para uns, fica como um problema, mas a gente entende que não. E daí, normalmente, tem um grupo de profissionais que fica mais com a assistência, vamos dizer, e os outros coordenando o ensino. A gente, enquanto preceptor, não se afasta da assistência, lógico, mas reduz um pouco da sua carga de trabalho para se dedicar ao ensino, que é lógico e necessário, e aí o outro profissional lá se sente talvez sobrecarregado com a assistência. E, ao mesmo tempo, a gente, às vezes, se sente sobrecarregado com o ensino, porque a gente também quer que o outro, o orientador, o outro colega também se envolva um pouco. Então, eu acho que, às vezes, fica assim: o preceptor com o peso do ensino, e o não preceptor com o peso da assistência, e acho que essa divisão de tarefas e de entendimento de qual é o papel de cada um no serviço, acho que é o mais difícil. Qual é o papel de cada um no ensino? Uns têm um papel maior, mas ninguém está totalmente descolado. Essa divisão de tarefas que eu acho que é o grande nó, do ensino e do serviço, como a gente divide com os colegas. (GF1)

A dificuldade para compartilhar as tarefas ligadas à assistência e ao ensino com os colegas de equipe foi mencionada sob diversos contextos, indicando que a eventual lacuna no comprometimento de todos com o processo de ensino promovido na instituição pode resultar em sobrecarga para os preceptores. Muitas vezes, esses acumulam ações complementares que poderiam ser desenvolvidas pelos colegas em circunstâncias mais favoráveis.

Outro desafio a ser enfrentado é o insuficiente auto-reconhecimento de alguns colegas de serviço para atuarem em ensino:

Aí a gente pode pensar um colega de outra categoria profissional ou, como eu estava falando, uma agente comunitária [de saúde] que talvez não se autorize, ela se sintá assim: “Ah, eu posso sim dizer algo e orientar de alguma maneira”. Isso quando é o caso de orientar e dizer algo, que muitas vezes é o caso só de acompanhar o residente. Então, não é que não queira; é não se autorizar. “Ah, tem lá o preceptor lá, tu deixas fulano decidir o que vai fazer, o que não vai fazer”, essas coisas. (GF2)

A ênfase em SFC conta, entre outros profissionais, com agentes comunitários de saúde, cujo critério para contratação é que residam na área de atuação e que tenham concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2002). O primeiro requisito lhes proporciona um conhecimento da realidade local de vida e saúde que fortalece o vínculo da equipe com a população sob sua responsabilidade. O nível de escolaridade exigido já foi superado no caso dos componentes das equipes do SSC/GHC, pois a maioria cursou e concluiu o ensino médio, havendo casos de graduados em diversas profissões de nível universitário. No entanto, o depoimento acima indica que, dependendo da função exercida pelo colega de equipe, nem sempre este se sente capacitado para colaborar efetivamente com a formação dos educandos que circulam no serviço, mesmo que tenham muita vivência a compartilhar.

Da mesma forma, foi considerado que o papel do preceptor também inclui a sensibilização de todos os colegas, assumindo de forma proativa a superação da passividade frente à formação dos residentes e de outros sujeitos do processo de ensino/aprendizagem:

Como se transforma uma unidade, que, até então, era mais de assistência, para que até o agente de saúde entenda que ele também tem um papel na formação daquele sujeito? A gente acrescentou não só para o residente, mas também a gente acaba assumindo e tendo esse compromisso de levar essa discussão pros teus colegas, de todas as áreas. Isso também consta do pacote do ser um preceptor (...). (GF1)

A tradição de ensino médico-centrada do GHC, fortemente vinculada ao Programa de Residência Médica implantado no GHC há mais de quatro décadas, transparece na relação de ensino multiprofissional estabelecida mais recentemente, como foi evidenciado no grupo focal:

Nós temos um seminário que é conjunto, residentes, todos, que temos na minha unidade. (...) O preceptor médico disse: “Hoje não vai ter seminário” por tal razão, e não perguntou para nós, outras preceptoras. Simplesmente não vai ter, nenhuma razão, na minha opinião. Ele poderia dizer: “Eu não quero participar, mas vocês conduzam ou vamos repensar”... Não, ele chegou, quando chegamos no horário do seminário: “Hoje não vai ter”, como se fosse o chefe do seminário. Estranhei. Serve como exemplo dessa postura das pessoas, às vezes, diante das questões, às vezes, de um poder que não existe realmente e, às vezes, de uma não-percepção de todos os resultados de seu poder, não-percepção da sua responsabilidade, do seu compromisso. (GF2)

A hegemonia médica perpassa a relação interprofissional ao estabelecer uma relação entre “os médicos” e “os outros”, representados pelos profissionais diretamente vinculados à RIS. O depoimento de uma preceptora, integrante de uma ênfase com caráter fortemente voltado à atenção de alta complexidade e cuja profissão foi recentemente incorporada ao Programa, destacou a luta pela conquista de espaços tanto em nível micro como macroinstitucional:

(...) ainda tem uma hegemonia lá, uma categoria que determina o que é e o que não é. A gente entrou depois. A gente brinca que nós somos os outros. Em uma [comemoração no GHC] tinha num lugar que era médico e no outro eram os outros. Então, eu (risadas) tranquilamente me intitulo como “outro”. Então, acho que muitas das dificuldades que a gente percebe têm a ver com isso. A Residência Médica já é uma coisa mais antiga, tem um outro espaço que, por sermos novos ainda, a gente está enfrentando, está conseguindo devagarinho. Tem uma mudança em relação a um ano, dois atrás, quando a gente não fazia parte, enquanto a Residência já era bem diferente. Então, acho que está mais dentro, não é uma questão tão somente específica da Residência; é do contexto todo. (GF2)

Essa denúncia de uma visão mais reduzida do projeto de formação multiprofissional também perpassa outras categorias profissionais que atuam em outras ênfases, podendo ser motivada pelo tempo decorrido desde a graduação ou pelo tempo de vínculo institucional:

Nos campos da Saúde Mental, nos estágios de prática, eu acho que todos acolhem muito bem também o residente. Claro que cada um com o seu entendimento de qual o papel e como é que é essa relação, a partir da sua própria experiência. Então, aquele médico que está lá há muitos anos faz uma comparação: “Bom, no meu tempo em que eu fiz Residência em medicina, era assim”, e quer que seja igual. Tem colegas também que, há muito tempo distantes do ensino, acham que ficar muito tempo em seminário ou ficar discutindo questões teóricas é perda de tempo. (GF2)

Conforme já foi mencionado, os preceptores da RIS recebem uma FG para atuarem, enquanto os orientadores – que seriam os demais componentes da equipe – não, mesmo sendo quem atua quando o preceptor não está presente. Como os preceptores também prestam atendimento aos pacientes e desenvolvem outras atividades, a diferença gerada pelo ganho a mais parece não ressarcir o compromisso assumido:

Eu queria diferenciar é a questão do papel enquanto preceptor responsável com FG e orientador como um todo. Acho que todo mundo tem que ser orientador, mas isso não acontece também. A gente vê que tem gente que escolhe não ser nada, como a gente falou, e fica, e está lá. Enquanto eu estou sendo preceptor, sendo o profissional [da resolutividade assistencial], tem outra figura que está lá sendo nada, está lá ganhando a mesma coisa. (GF1)

Essa reflexão traz à tona opacidades e resistências nas equipes. Para superá-las, seria necessário, além de maior articulação entre os profissionais, promover uma reconfiguração do entendimento que estes e os gestores têm do Programa.

O fato de alguém receber a FG não foi considerado como determinante para alguém desejar ser responsável pelo acompanhamento dos residentes, visto que os orientadores e outros componentes das equipes também devem fazê-lo, independente de seu papel formal, mesmo que não assumam funções administrativas exclusivas dos preceptores:

Todo mundo está implicado, está escrito no crachá. As pessoas que fizeram concurso e tal; mas a responsabilidade é um pouco diferente, saber se a pessoa [residente] está ali, se ela está nas férias, se ela está não sei aonde, mas não há muita diferença [entre preceptor e orientador]. (GF1)

A motivação para exercer a preceptoria não foi atribuída ao recebimento da FG, pois seu valor foi considerado ínfimo demais:

Eu acho que essa questão da FG é muito complicada, primeiro porque é uma “merreca”, e segundo porque não é todo mundo que recebe. Tem muitos orientadores e preceptores que trabalham com esse papel e que não recebem, pelo menos na Saúde Comunitária, porque são muitos. Então, tu ainda tens que lidar com os colegas preceptores e orientadores mais envolvidos que também não recebem FG e, então, outro que não está implicado com o ensino e tampouco recebe também. (GF1)

## *O trabalho em equipe*

A atuação em equipe, para a qual os preceptores não foram preparados durante a graduação, é carregada de dificuldades, mas elas parecem passíveis de superação, tendo em vista que a incorporação dos participantes ao Programa Multiprofissional traz efeitos positivos tanto para si como para os serviços:

A [minha profissão] é uma categoria que tem uma formação muito individualista. A gente desenvolveu ao longo dos anos – mais ainda no GHC – essa cultura da troca com outras categorias. Adoro trabalhar em posto de saúde porque eu acho essa parte muito enriquecedora e divertida ao mesmo tempo, mas te expõe e provoca conflitos. Às vezes, têm pessoas que procuram fazer movimentos que eu já ouvi, até de residentes, as pessoas dizendo “Ah, eu acho que a gente tem que trabalhar mais cada um no seu quadrado”, e a gente se assusta quando ouve essa frase. A gente está tentando fazer um movimento num sentido, e alguém está desejando o contrário. (...) Dentro do respeito e da ética, vamos questionar, vamos trocar figurinhas, porque a saúde precisa disso. (GF2)

Um dos aspectos característicos da organização do processo de trabalho interprofissional na instituição é a diferença de carga horária entre profissões e, conseqüentemente, entre preceptores e demais colegas das equipes e dos serviços. O excerto que segue exemplifica isto em uma condição de distanciamento, seja físico (por exemplo, alguém estar momentaneamente atuando em outra unidade), seja porque algum colega já encerrou seu turno de trabalho ou ainda não o iniciou:

Às vezes, o orientador, estando naquele lugar, ele tem condições de observar mais o que está acontecendo e um olhar mais próximo do residente. Então, às vezes, a preceptoria longe pode causar ruído. (GF2)

A impossibilidade de um/a orientador/a assumir o papel de preceptor/a, mesmo em uma única e determinada situação, onera a quem está presente e sabe que precisaria intervir, mas, ao mesmo, pode desobrigar aqueles que não se dispõem a exercer um papel educativo ativo no contexto de uma equipe de saúde.

Os turnos de trabalho dos contratados são mais curtos do que a jornada dos residentes, pois estes devem cumprir 60 horas semanais, o que implicaria uma média de dez horas diárias, enquanto os contratados trabalham em torno de seis horas por dia. Portanto, quando o preceptor termina sua jornada ou está em férias, liberado parcialmente para formação ou em afastamento temporário, por exemplo, o residente deve ficar sob supervisão de outros profissionais, como os orientadores e os demais contratados. No entanto, quem é formalmente responsável por todas as

medidas administrativas da Residência é o preceptor, o que deixaria os demais colegas em situação de menor autonomia.

O Programa da RIS prevê a vivência do trabalho integrado nas equipes de atenção, que são formadas por trabalhadores de diversas profissões da área da saúde e afins. O exercício dessa multiprofissionalidade, muitas vezes, é marcado por dificuldades de relacionamento e pela falta de clareza do processo de trabalho implicado na atenção à saúde em distintos âmbitos de complexidade, como resultado de uma formação uniprofissional com dificuldade de abertura para o diálogo entre diferentes:

A gente também está sempre numa certa disputa de poder, está subentendida essa disputa de poder, porque a gente está muito ainda focada na nossa formação nuclear. (GF1)

Um aspecto relevante em relação a esse ponto é a multiprofissionalidade entre orientadores, preceptores e residentes. O fato de habilitações específicas não responderem a todas as demandas de todos os residentes no decorrer da jornada pode resultar em ruídos de comunicação e rupturas no processo de ensino em serviço se os diferentes olhares não forem compreendidos como complementares. Isso também gera consequências no processo de ensino em serviço, tendo sido evidenciado que nem todos os profissionais contratados se responsabilizam pela formação em serviço dos residentes:

A questão de alguns terem que se dedicar ao ensino te tira da assistência e aí sobrecarrega quem ficou só com a assistência. A presença do residente (...) é incômoda até certo ponto, porque ele questiona, aponta falhas, quer melhorias, cutuca, vai ali e te instiga: "Ó, isso aqui não está legal", e isso desacomoda, e aí algumas pessoas se sentem extremamente incomodadas com isso: "Mas sempre funcionou assim e agora vem essa criatura que está chegando e que não vai ficar. Talvez faça futuramente um concurso e entre, mas agora ele não é nem meu colega de instituição e vem aqui querendo mandar e modificar tudo". Então, têm pessoas que não só não se engajam, como são contrárias ainda. (GF1)

Apesar de todos os respondentes afirmarem que trabalham em equipe, com exceção de uma pessoa que não respondeu a esta questão, houve muito pouca menção ao trabalho em equipe nas atividades relatadas. As reflexões sobre o trabalho em equipe e a atuação junto a residentes de diferentes profissões indicaram uma grande diversidade de oportunidades de trabalho conjunto, bem como preocupações e insuficiências na convivência cotidiana. O Programa de Residência Multiprofissional do GHC prevê a vivência do trabalho em equipe interdisciplinar,

pois a base da formação é constituída pela atenção ampliada às necessidades de saúde, que só pode ser oferecida por diferentes olhares e ações junto ao sujeito que demanda. Porém, a complexidade desse trabalho nem sempre encontra fluxos para sua viabilização.

Nas respostas individuais, apenas uma pessoa da APC, duas da OHE e duas da SFC mencionaram algum aspecto relacionado à equipe como componente de seu trabalho. Também foi observado que apenas uma pessoa mencionou a resolução de intercorrências do dia a dia dentre as atividades desempenhadas, conforme os exemplos a seguir:

Supervisão e orientação dos profissionais no atendimento dos pacientes, integrar o residente com a equipe multiprofissional, realizar discussões de casos clínicos, orientação de projetos de TCR. (PI-24)

Reuniões com preceptores, estudos dirigidos de núcleo, estudos dirigidos da ênfase, supervisão e resolução de problemas da rotina. (PI-14)

Isso surpreende pelo envolvimento continuado dos preceptores com suas equipes de trabalho e com as dificuldades enfrentadas, observadas nas respostas referentes a limitações, que serão abordadas adiante.

O questionamento de um participante ao grupo a respeito da possibilidade de um preceptor de outra categoria profissional atuar junto aos residentes em Medicina de Família e Comunidade no dia a dia da unidade de saúde, evidenciando a atuação multiprofissional, teve como reação a menção a dificuldades vivenciadas em outras ênfases devido a conflitos entre a categoria médica e as demais:

(...) tem essa liberdade de talvez colocar essas questões. É mais fácil, por exemplo, dentro da própria Residência Integrada em relação, por exemplo, à Residência Médica. (GF2)

Os residentes da ênfase em SFC convivem com residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Os preceptores, por sua vez, atuam junto a todos eles, em um esforço de agregação que tenta superar definições corporativas e institucionais para construir, de fato, um Programa integrado.

Também trabalho dentro de um espaço de formação teórica que reúne todos os residentes, inclusive os da medicina, na nossa ênfase, que a gente chama de Currículo Integrado. Não quis deixar de estar em contato com todos os residentes da ênfase da Saúde da Família e Comunidade. (GF2)



O Currículo Integrado, mencionado nesse depoimento, também contempla o aspecto da multiprofissionalidade, pois é uma modalidade de ensino para residentes da ênfase em SFC e de Medicina de Família e Comunidade. No GHC, começou com residentes médicos desta especialidade em 2001 e, a partir de 2005, passou a incluir todos os residentes da RIS desta ênfase. Os facilitadores do Currículo Integrado são contratados oriundos de diferentes profissões que estudam a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (conhecida pela sigla em inglês PBL, *Problem-Based Learning*) e desenvolvem o processo de ensino em conjunto, caracterizando um aprendizado em serviço para si também, de acordo com Diercks et al. (2010).

Nas outras ênfases, essa integração ainda precisa ser mais desenvolvida, em termos gerais. Assim, embora alguns preceptores tenham afirmado que não distinguem a carga horária da preceptoria de sua carga horária contratual, atuando junto aos residentes quando a necessidade de orientação e supervisão se apresenta, existem diferenças em relação ao núcleo ao qual o residente pertence, como disse uma preceptora de uma dessas ênfases:

Eu ia dizer, são dois caminhos paralelos pra gente; é uma vida à parte a Residência Médica e a RIS. (GF2)

Os participantes indicaram uma resistência caracterizada por uma cisão entre a categoria médica e os demais profissionais de saúde que, em muitos casos, dificulta a convivência multiprofissional, prejudicando tanto a formação dos residentes quanto a atenção à saúde dos usuários.

A atuação como preceptor de campo junto a qualquer residente de uma ênfase, independente da formação de origem, é acompanhada de algumas limitações que interferem neste processo:

Tem aqueles momentos em que tu colaboras, compartilhas uma atividade tanto com o colega quanto com o residente de outra categoria, que seja um trabalho com coordenação de um grupo, de educação em saúde, um grupo terapêutico, uma visita domiciliar, dentro da nossa característica de trabalho. Eu tenho o costume de abrir espaços também, já que dizem: “Ah, todo mundo tem interesse em saber escutar na atenção primária”, eu convido: “Olhe, você é residente da medicina, vem aqui observar o atendimento que eu chamo de recepção, o primeiro atendimento, quando a pessoa marcou hora e só quer dizer do que se trata”. (GF2)

Mesmo assim, quando um preceptor oferece a oportunidade de compartilhar seu foco específico de atuação com colegas e residentes de outros núcleos e estes

têm interesse em participar, a simultaneidade de compromissos muitas vezes impede o aproveitamento desse intercâmbio:

Eu converso com a pessoa: “Olha aqui, meu colega aqui, vai só observar, é possível ou não?” E depois a gente discute, ou seja, ali eu estou intervindo de alguma maneira com um outro residente, não só da medicina, quem quer que queira, que se interesse em vir, mas normalmente não vem. Ou é uma questão de horário, ou tem agenda, bate cursos, atividades no mesmo horário, mas acho que têm esses espaços que a gente acaba, também, digamos, interferindo na formação do residente. (GF2)

Consultar o paciente ou usuário para saber se a presença de uma terceira pessoa seria aceitável na relação clínica denota um desejo de ampliar o ambiente de ensino e um cuidado com as pessoas. Isso não se aprende apenas na academia, indicando uma vivência única nos serviços.

Existem situações que comprovam as dificuldades de trabalho efetivo no ensino em serviço, tanto com colegas da mesma profissão como de outras áreas profissionais:

Eu e uma residente [de outra profissão] estávamos acompanhando juntas um paciente, e a gente conversava com o médico. Chegava no outro dia, nada do que a gente tinha combinado [tinha sido feito]. Nada estava prescrito daquilo que a gente combinou... (GF2)

A superação de entraves como o descrito integra as preocupações dos preceptores no cotidiano. O excerto acima, que se refere a uma preceptora atuando junto a uma residente de outro núcleo da RIS em conjunto com um profissional médico, ilustra um diálogo que se dá no âmbito educativo da atenção à saúde que nem sempre resulta em uma efetiva ação integrada quando se trata de superar funções tradicionais no atendimento aos pacientes.

Com base em entendimentos nem sempre convergentes a respeito do papel dos residentes, dos preceptores e dos orientadores tanto por si mesmos como por colegas de trabalho e gestores, foram evidenciadas situações de falta de comprometimento de integrantes da equipe para com a orientação de residentes. Essa necessidade pode se dar tanto para suprir uma eventual ausência (prevista ou não) do preceptor, como para oportunizar a vivência de outras experiências que enriqueceriam a formação dos residentes:

A gente encontra muita dificuldade ainda em profissionais que “Ah, a orientadora é tu, a preceptora é tu”, ninguém mais... ”Ah, quem sabe esse mês eu pensei que ela

poderia acompanhar contigo os pacientes, ver o pessoal da internação, discutir...”, “Ah, pois é, mas aí não vai dar, aí não tem tempo”, então, é complicado. (GF2)

Os ganhos advindos da convivência com o Programa de Residência Multiprofissional nem sempre são acompanhados por uma proatividade dos colegas de equipe, indicando uma compreensão insuficiente acerca do papel de todos os integrantes da equipe na formação e sobrecarregando os preceptores. O fato de os residentes ingressarem munidos de conhecimentos inovadores e de ferramentas que agilizariam o contato com o conhecimento mais atual atrai a equipe, mas a responsabilidade decorrente dessa convivência nem sempre se traduz em ações concretas de acompanhamento e orientação.

Refletindo sobre o isolamento dos núcleos profissionais como obstáculo à integração multiprofissional e, conseqüentemente, à ampliação do âmbito de atenção aos usuários no cotidiano do trabalho, o grupo indicou um reflexo das relações no mundo atual e que poderiam ser enfrentadas com a potencialização da circulação de saberes proveniente de ações integradas de âmbitos distintos:

A gente está trabalhando num espaço multiprofissional, onde toda a formação [pessoal] é uniprofissional, não tem circulação de saber dos outros campos, a não ser muito pontualmente. Cada universo se fecha consigo próprio e a circulação de saber é daquela especificidade, e tu te deparas pensando na complexidade que nem tu dás. Falam da nossa ênfase, mas sei que todas [as ênfases da RIS], todo lugar tem complexidade. Não é à toa que, às vezes, as pessoas vão lá se esconder embaixo da sua grande mãe que abre suas asas e bota o mundo... ”Venha para o meu núcleo que o núcleo é um porto seguro.” Acho que esse conflito que aparece, que não é só do mundo do trabalho com o mundo, com a formação, mas que ela é também de um outro contexto. (GF1)

Os conflitos com a equipe são percebidos tanto no âmbito da orientação por outros colegas como na dificuldade de compartilhar espaço físico limitado e equipamentos insuficientes com residentes:

Se tu chegares e disser “Ah, olha, hoje eu estava pensando, esse mês, dois turnos a residente vai ficar contigo para ver quem sabe a questão da Central, dos [procedimentos] e tal”, “Ah, daí não vai dar, porque tem um monte de coisa, porque esse mês a gente está não sei o que.” Tu ficas quase carregando a Residência nas costas. Todo mundo acha legal, pode transitar por aqui, mas daí: “Ah, as residentes tão usando os computadores no horário, não sei o que”... E aí já causou estresse. Então, ainda está muito iniciante a nossa caminhada, mas a gente vê que não vai ser muito fácil. (GF2)

A sobrecarga de trabalho sem contrapartida da equipe, seja na divisão de responsabilidade pela orientação dos residentes, seja pelo entendimento de que os

residentes também compõem a equipe, mesmo em sua situação de membro transitório, desgasta a relação entre colegas, fragilizando a proposta de ensino em serviço ao não disponibilizar todos os espaços possíveis para o ensino em serviço em saúde. A disputa por espaço físico e equipamentos ilustra essa dificuldade, mas o mais sério é a indisponibilidade de quem não é preceptor em acompanhar os residentes, criando obstáculos a sua formação ampliada.

Estas diferenças de entendimento também geram conflitos entre os componentes das equipes, especificamente em relação ao papel e à responsabilidade atribuída aos preceptores e orientadores.

Considerando que a equipe como um todo deveria assumir a orientação dos residentes e que o PPP do Programa inclui todos os componentes das equipes como orientadores dos residentes, as atribuições administrativas decorrentes do ingresso na preceptoria não necessariamente distanciam preceptores e residentes:

Agora que eu assumi a preceptoria – isso eu acho que não é a realidade só da minha unidade de saúde – eu me aproximei dos residentes, não só da residente direta do meu núcleo, mas dos residentes da unidade. Então, é uma característica da equipe de que todos somos orientadores. Mas o preceptor geralmente tem uma proximidade maior. (GF2)

Aqui também fica demonstrada a interdisciplinaridade propiciada pela convivência entre residentes e contratados de diferentes profissões no ambiente institucional. Com isso, o preceptor tanto pode aproveitar as contribuições, como somar-se à formação de todos.

A velocidade das respostas institucionais às necessidades crescentes foi um fator destacado no andamento do Programa, assim como a aproximação entre unidades e serviços, e entre campo e núcleo, que foi evidenciada como crescente desde a implantação do Programa:

Quanto a ter Residência e ensino, fez as unidades também, de alguma forma, se comunicarem mais intensamente, mais proximamente. Quando não tinha Residência, a gente se reunia, por exemplo, no nosso núcleo profissional, uma vez por mês e nem era todos os meses. Hoje, semanalmente, a gente está junto. Essa coisa, então, do ensino nos coloca numa condição de comunicação, de circularem mais coisas, eu sei coisas que estão acontecendo, a gente se insere e tem uma visão acho que mais do todo, da instituição, da especificidade dos núcleos profissionais. (GF1)

Na Saúde Mental, as relações são muito misturadas. O residente é residente [independente do núcleo profissional]. A gente não enxerga, assim, “residente”. Ele tem aqueles momentos de núcleo, que é uma vez por semana; agora o resto da semana... Então, é muito comum ter uma oficina junto com um residente da psico,

o colega do serviço social ter uma oficina junto com o colega da enfermagem, com o residente da enfermagem. Isso é bem misturado mesmo, e isto é super rico. Eles mesmos dizem “Aqui a gente se sente primeiro residente, depois de Saúde Mental”. (GF2)

Aquela disputa das unidades [de saúde do SSC] que queriam continuar sendo campo de atuação e que não queriam perder residente, para mim isso denota claramente e certamente não era pela FG que estava se disputando naquele momento (risadas). Era o lugar de estar convivendo com o ensino e não perder o ensino. Isso foi uma questão que moveu, foi com choro. Certamente, é um lugar que, se tem que ter sofrimento, pode ter, mas é um lugar que as pessoas ocupam com prazer, sabe? Eu acho que é um lugar de desafio. Acho que nesse momento, pensando no nosso serviço, é um lugar de movimento. Eu acho que tem muitas pessoas interessadas nisso. (GF1)

Um dos aspectos positivos da criação da RIS para o GHC decorre da convivência dos contratados com a Residência Multiprofissional, pois o ingresso dos residentes do novo Programa proporcionou uma ampliação das equipes e do olhar interdisciplinar e um incentivo para o estudo continuado:

Eu acho que mudou porque, no nosso caso, somos um serviço que é novo. Foi muito importante a entrada da Residência, porque se abriu, se saiu um pouco do espaço prévio. Nós temos um R2 e duas R1, que são as três primeiras [residentes], e elas conseguiram estabelecer um processo de troca; os profissionais recorrem a elas. Acho que elas criaram isso da discussão, e a gente o tempo todo tentou trabalhar a questão da interdisciplinaridade, que é algo que a gente teve que trabalhar, enquanto antes da Residência ali, pela dificuldade, era uma unidade onde mais transitava o médico e a enfermeira e aí os técnicos, e de repente, começou a entrada de outros profissionais. Então, aquilo tudo foi se criando, esse ambiente novo pra gente foi bom porque dinamizou o trabalho, agora eles [os colegas de outras profissões] querem sempre alguém lá, eles querem saber onde é que está a Residência, onde é que tem uma de nós, enfim. Então, nesse sentido, no cotidiano, mexeu, eu acho. (GF2)

É possível registrar que a integração de residentes da RIS à rotina dos serviços contribuiu para dinamizar o trabalho na equipe, o que difere de significar um uso intensivo dos residentes para atender a demandas próprias do serviço.

O ingresso de residentes e a simultânea indicação de preceptores de diferentes núcleos profissionais ampliaram o âmbito das ações desenvolvidas, criando uma rede de recursos que passaram a ser aproveitados de forma mais vigorosa. A equipe local passou a reconhecer a existência de outras possibilidades de intervenção terapêutico/assistencial.

A convivência entre residentes de origens profissionais distintas pode alavancar a integração entre e no interior dos núcleos profissionais, e entre e no interior dos serviços a despeito da pouca tradição de atuação conjunta, o que indica uma abertura para a interprofissionalidade:

(...) lembrando da maioria dos residentes da [minha profissão], o seu envolvimento, como é que eles chegam. Chegam querendo aprender a fazer [tal técnica terapêutica comum ao nosso campo de práticas], preparar [soluções, recursos, ambientes, instrumentos etc.], é isso que eles chegam querendo fazer lá. E depois os outros residentes [de outras profissões] buscando eles para seguir mais um processo de integração da equipe, isso é bem bonito de ver. Os outros puxam para fora daquele mundinho quadrado. (GF1)

A diferença entre as expectativas dos residentes ao ingressarem na Residência Multiprofissional, mesmo tendo se preparado para a seleção, estudando material amplamente divulgado que informa o âmbito da formação integrada e a convivência entre núcleos profissionais, indica um ganho na compreensão da atenção ampliada à saúde que é proporcionada pelo Programa.

Foi considerado que houve um ganho considerável no intercâmbio de conhecimento a respeito do que é feito em outras instâncias do Programa e de que maneira:

Quando não tinha Residência, a gente se reunia, por exemplo, no nosso núcleo profissional uma vez por mês e nem era todos os meses. Hoje, semanalmente a gente está junto. Eu não sabia nem o que fazia na unidade [X], muito menos o que estava acontecendo nos outros espaços. Ficava cada um muito no seu lugar. Lá na minha unidade, era só a minha realidade. E de alguma forma também essa coisa, então, do ensino nos colocou em uma condição de comunicação. Eu acho que isso também é um potencial, uma coisa boa porque isso... se a instituição é lenta, a gente consegue ampliar esse movimento dentro dela; tem mais repercussão, eu acho. (GF1)

### *A autonomia na preceptoria*

O questionamento sobre o grau de autonomia dos envolvidos com a RIS – orientadores, preceptores, residentes e equipes – foi enfatizado na discussão coletiva. Em relação aos orientadores, foi considerado que possuem menor autonomia do que os preceptores para tomarem atitudes necessárias em determinadas circunstâncias. Lembrando que todos os participantes eram preceptores, é interessante observar que o papel do orientador tenha sido trazido com tanta ênfase por um dos grupos focais, como no exemplo a seguir:

E eu acho que a questão mesmo é de autonomia, porque, quando tu orientas e tu não tens autonomia para fazer as trocas, existem contratempos no meio do trajeto e, às vezes, se o preceptor está longe, ele resolve de lá, e o orientador não tem autonomia. (GF2)

Foram atribuídos distintos graus de autonomia a preceptores e orientadores da RIS/GHC devido a diferenças de postura frente à agilidade necessária para resolver necessidades inerentes ao cotidiano do ensino em serviço:

Depende da figura do preceptor. Às vezes, ele não deixa os orientadores tão livres assim, e a gente tem daí um percurso meio dificultoso. A gente está ali direto com o residente e já quer resolver as coisas, mediar e resolver e daí, às vezes, tu resolve de um jeito e o preceptor vê de outro, e daí isso atrapalha qualquer processo de trabalho quando a gente tem lugares diferentes. (GF2)

Alguns preceptores incidem de forma mais direta que outros nas decisões tomadas quando não estão presentes no campo, interferindo na autonomia dos orientadores, que complementarizam o papel de preceptoria na ausência de seu titular, enquanto outros lhes conferem maior margem de decisão no dia a dia.

O trecho seguinte ilustra a maior autonomia dos preceptores em relação aos orientadores, na medida em que são os que têm poder de decisão:

O preceptor não é orientador. O preceptor fica mais tentando organizar a situação do residente entre os campos, vai nas reuniões, aquela coisa mais teórica, tem mais autonomia de decisão; e o orientador fica mais naquele núcleo, naquele campo. E quando tu orientas e não é preceptor, tu tens essa lacuna, talvez de proximidade, quando tu consegues ter a autonomia e orienta, tu tens mais proximidade dos outros residentes. Eu acho que isso eu também senti, com certeza. (GF2)

Se, por um lado, o preceptor tem maior responsabilidade formal pelas decisões referentes ao residente – o que lhe confere, de acordo com esse depoimento, maior autonomia – por outro lado isso reduz sua possibilidade de conviver mais proximamente com o residente no cotidiano. Essa lacuna seria preenchida pelos orientadores e demais contratados.

Entretanto, nem sempre essa diferença de papel entre preceptor e orientador resulta em problemas relacionados à autonomia, como pode ser observado no relato que segue:

Na Saúde Mental, as relações são muito misturadas, então, a gente, com muita tranquilidade, se sente com autonomia de interferir, de apontar, tanto que as avaliações a gente tenta fazer coletivamente. A gente brinca, “um conselho de classe” que a gente faz para poder avaliar o residente; isso é uma experiência boa. (GF2)

De acordo com o relatado, a equipe como um todo se responsabiliza pelas ações de ensino/aprendizagem, sentindo-se com possibilidade de influenciar o

processo em geral. Nesse contexto, o conflito de autonomia entre preceptores e orientadores parece minimizado. Porém, em outras circunstâncias, a relativização do grau de autonomia depende de níveis de responsabilidade que são distintos:

Existe essa reflexão de pensar: “Bom, o residente é um profissional”, mas eu considero que a gente tem que pensar que é um profissional em formação também. [A RIS] é um espaço de ensino, então, tem que ter tempos, tem que ter períodos para reflexão e discussão e eu acho que essa é uma diferença que a gente não pode negar. Não porque o residente não vai ter autonomia, ele tem que ter autonomia, ele é um profissional, mas ao mesmo tempo, tu te pegas tendo que mediar conflitos que não seriam numa outra condição. (GF2)

Embora essa manifestação tenha sido feita em relação ao residente, o fato é que, em um ambiente de ensino, onde se desenvolve a Residência, preceptores e orientadores deveriam compartilhar a responsabilidade pelo processo educativo. Com isso, o conflito de autonomia entre esses dois profissionais deve ser resolvido para proporcionar uma abordagem adequada ao longo de toda a jornada.

Já a autonomia dos residentes foi referida como um aspecto pouco discutido, embora haja sinais de que a questão seja candente:

A autonomia, para mim, é uma questão que a gente não conversa muito sobre isso. Como é que a gente trabalha a questão da autonomia dos residentes? Eu acho que isso é muito particular de cada um de nós. Eu acho que nem deveria ser só entre ênfase, entre núcleo e entre as pessoas, como é que cada um lida com isso. (...) O que a gente imaginaria como ideal de formação de cada núcleo? Essa questão acho que ainda é uma coisa que circula pouco. (GF1)

Os residentes são profissionais graduados que, em situação e ambiente de ensino, interagem na condição de aprendizes com os preceptores. Isso parece originar dúvidas se a formação desenvolvida contribui para sua autonomia, pois os preceptores se sentem no dever de acompanhar tudo que fazem, sentindo-se responsáveis pelo que o residente está produzindo ou deixando de realizar.

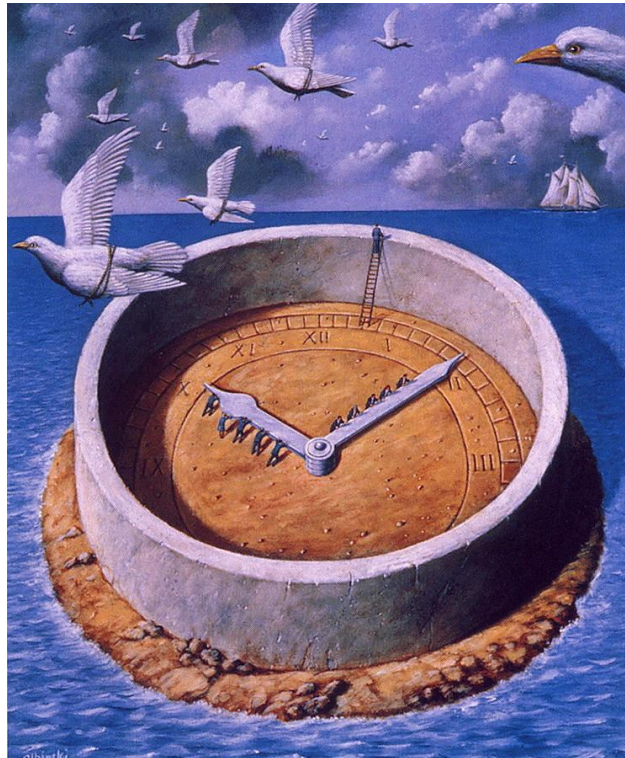
(...) a gente tem que formar, para mim, sujeitos autônomos. Como é que a gente forma sujeitos autônomos dentro de um centro de formação? (...) Eu acho que isso também é uma questão que a gente tem que pensar. A autonomia e onipresença, porque a gente trabalha um pouco com essa dualidade. A autonomia e a onipresença permanente de alguém dando supervisão. (GF1)

Nesse sentido, o desafio é questionar as formas de acompanhamento para melhor garantir a autonomia de decisão dos residentes, levando em consideração os limites de horário e a habilitação dos preceptores e orientadores.



Essas reflexões parecem indicar a possibilidade de conciliar complexidade e singularidade dos núcleos profissionais e campos de atuação da RIS e, em última instância, do próprio GHC. Isso contribuiria para a ampliação das ações informadas por uma visão do todo institucional e embasadas nas necessidades concretas.

## *5.5 Os tempos no trabalho*



A intensidade do envolvimento com o trabalho em caráter permanente demonstra que o tempo é um foco importante de preocupação:

A primeira palavra que veio foi envolvimento, comprometimento, de diferentes frentes, tanto no dia a dia como na atuação clínica ou nas alternativas de inserção o tempo inteiro. (GF1)

O desafio maior é conseguir conciliar tudo, a assistência e o ensino, porque, muitas vezes, o tempo que se tem para uma coisa e para outra acaba ficando apertado. Eu acho que é a maior dificuldade que eu enfrento. (GF1)

O tempo parece ser escasso, mas é densamente aproveitado a um custo de angústia e sentimento de insuficiência. Muitas atribuições devem ser cumpridas em uma carga horária originalmente definida exclusivamente para atendimento. Assim, o cotidiano é relatado como um esforço significativo de conciliação entre tudo que

está prescrito como profissional de clínica, de ensino e de pesquisa. A elaboração de material informativo sobre o Programa foi contemplada em uma das respostas, provavelmente indicando uma preocupação com sua divulgação e com o acolhimento aos residentes, além de proporcionar que colegas e gestores se apropriem do projeto.

### *A carga horária contratual*

Os preceptores informaram trabalhar em jornadas de 30; 31,5; 32; 36; e 40 horas semanais. Entretanto, a carga horária definida legalmente para as categorias profissionais diretamente envolvidas com a RIS é de 30 horas semanais para a fisioterapia, a odontologia, o serviço social e a terapia ocupacional; e de 36 horas semanais para a enfermagem, a farmácia, a fonoaudiologia, a nutrição e a psicologia. As informações diferentes podem se dever à imprecisão na determinação do quanto de atividades essas pessoas desenvolvem como trabalhadores. Como a maioria dos serviços abrangidos pela RIS funciona de segunda a sexta-feira, as categorias profissionais com 30 horas semanais trabalham seis horas diárias nestes dias, enquanto as demais acrescentam horas a essa jornada para somar o horário que seria trabalhado no sábado, caso os serviços funcionassem. Há exceção para os serviços de urgência, emergência e plantões.

Um fato relevante foi a conquista de uma carga horária menor pelos assistentes sociais a partir de agosto de 2010, quando passaram a trabalhar 30 horas semanais (BRASIL, 2010c; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). Com isso, todo seu tempo no trabalho teve de ser reorganizado, inclusive as atividades concernentes à preceptoria na RIS.

Para estabelecer um padrão de comparação, as respostas referentes à carga horária semanal dedicada à preceptoria foram transformadas em um percentual aproximado em relação ao contrato de trabalho informado. O Quadro 16 apresenta esta relação.

Quadro 16: Relação entre carga horária (CH) contratual (horas semanais) e carga horária semanal dedicada à preceptoria (em percentual da CH) na RIS/GHC informadas pelos participantes.

CH semanal contratual informada		CH semanal dedicada à preceptoria informada	
Nº de horas e ênfase	Nº de preceptores	% da CH	Nº de preceptores
30 horas (APC, OHE, SFC, SME)	9	20%	3
		27% a 30%	3
		33%	2
		67%	1
32 horas (SFC)	2	22%	1
		31%	1
36 horas (APC, OHE, SFC, SME)	19	11% *	1
		14% a 17%	4
		19% a 25%	3
		27%	6
		33%	1
		83% a 100%	4
40 horas (SME)	2	13% a 15%	2
Total 32		Total 32	

\* 1 preceptor com 50% de liberação para doutoramento.

As respostas indicam que todas as ênfases contam com preceptores em regime de trabalho de 30 e 36 horas semanais, enquanto a SFC possui dois preceptores com 32 horas semanais informadas e a SME possui dois preceptores com 40 horas informadas.

### *A carga horária para preceptoria*

As possibilidades de dedicação variaram de duas horas por semana, no caso de uma pessoa com liberação de 50% da carga horária para cursar o doutorado, até a totalidade do tempo, no caso dos que informaram não haver distinção entre o trabalho de preceptoria e assistência, como declararam três participantes:

Entendo que meu envolvimento não se dá somente com atividades específicas; hoje a Residência faz parte da minha rotina de trabalho; não há como segmentar uma função ou outra. (PI-7)

Não tem separação do trabalho. (PI-15)

Não existe carga horária fixa [para a preceptoria]. (PI-24)

É importante salientar que a dedicação de tempo à preceptoria não se dá linearmente, pois a atuação se distribui ao longo da jornada da semana e de cada dia de trabalho, conforme as necessidades do ensino/aprendizagem vão se apresentando.

É possível observar que a maioria dos participantes, 27 pessoas, informou que dedica menos da metade de sua carga horária contratual à preceptoria (entre 14 e 33% do tempo). Uma pessoa com carga horária de 30 horas semanais informou que dispõe do equivalente a 67% do tempo e quatro respondentes de duas ênfases diferentes, com carga horária de 36 horas semanais, informaram que mais de 80% do seu horário de trabalho era disponibilizado para a preceptoria.

As manifestações indicaram a complementaridade das ações voltadas ao ensino e à atenção, um aspecto inerente à preceptoria junto a residentes de núcleos profissionais distintos que demandam respostas no decorrer da jornada. Um indicativo, com base no material empírico, é de que a preceptoria em serviço demanda, em média, 23,5% da carga horária da maioria dos trabalhadores com esta acumulação.

A dificuldade de conciliar tudo a ser feito em um tempo predeterminado contratado foi assim expressa em um grupo:

Acho que a gente tem essa angústia da sobrecarga, de ter a impressão de que a gente tem que dar conta de muitas coisas e de que não consegue lidar com isso. Existe uma angústia, e eu acho que essa angústia a gente tem muita coisa e sempre tem a sensação de que terminou o dia e que as tarefas que eu tinha listado mentalmente não dei conta, e amanhã eu tento de novo. (GF2)

A indefinição quanto ao tempo formalmente exigido e o que realmente é dedicado à preceptoria é motivo de dúvidas para os preceptores, que podem se sentir distantes do papel junto à assistência que sempre lhes foi atribuído, além de criar impasses entre colegas:

Não somos únicos em categorias dentro das unidades. Vou dar um exemplo da [ênfase em Saúde da Família e Comunidade]. Sempre tem aquela coisa que tu vais combinar ou pactuar lá com teus outros colegas qual é o espaço em que tu vais

estar. Ontem tiveste que estar lá na reunião, mas tu estás deixando de estar lá na unidade, acho que tem aberto uma série de coisas para se pensar assim: “Não, eu vou fazer só preceptoria, eu não vou mais ficar”, mas eu não quero isso, eu também quero ficar lá porque acho que essa parcela de estar lá na ponta também é o que te dá a base para a preceptoria. (GF1)

Esse depoimento indica que nem todos compreendem que o comprometimento com ensino resulta em divisão de atenção entre residente e assistência, podendo levar, mais uma vez, a uma cobrança pela sobrecarga por parte dos que atuam exclusivamente no atendimento aos pacientes.

Houve questionamentos acerca da possibilidade de quantificar o tempo dedicado ao ensino e à assistência, indicando uma preocupação com a ruptura da característica de ensino em serviço que é típica do Programa:

Pensando o que seria bom para o ensino, vocês acham que é possível a gente estabelecer um tempo que a gente tem que ter para ensino e para atenção? Eu acho que é um exercício permanente de equilíbrio, sabe? Eu acho que a gente vai ter que estar equilibrando “aqui e acolá”. (GF1)

Essa contribuição indica a compreensão, sem unanimidade, de que o ensino em serviço não pode ser compartimentalizado em tempos e espaços pré-definidos, mesmo considerando que o acompanhamento aos residentes se dá *in loco*, em meio às demais tarefas típicas de um profissional de saúde. Contudo, a discussão voltou à tona quando entrou em cena a FG, visto que seu recebimento pelos preceptores é, muitas vezes, visto pelos outros colegas como um incentivo que deveria ser respondido com mais dedicação ou mais responsabilidades assumidas para justificá-la.

O reconhecimento institucional dos preceptores mediante o recebimento da FG, também identificada como bolsa de preceptoria, conforme define a Lei nº 11.129/2005 (BRASIL, 2005a), implica uma cobrança, por si mesmos ou de colegas, pela realização de tarefas que, muitas vezes, não podem ser cumpridas no ambiente profissional nem dentro do horário de trabalho, extrapolando os limites contratados:

Tem a questão de uma bolsa de preceptoria também; fica a coisa do: “Tu ganhas pra isso”. “Tu te envolve com o ensino porque tu ganhas pra isso”. E, como tu ganhas para isso, então, tu ganhas mais do que eu, então, tu tens que ter mais atividades do que eu como preceptor. Então, tu não podes te desfazer da assistência totalmente, o teu ganhar mais tem que ser compensado, sei lá, em casa, estudando, pesquisando, qualquer coisa desse tipo. Eu acho que tem muito a coisa da bolsa como um instrumento de quem não recebe a bolsa deixar isso de lado. (GF1)

A pressão para resolver todas as tarefas em uma carga horária igual a dos colegas que atuam exclusivamente na assistência foi enfatizada em diversas manifestações como as que seguem:

Eu acho que é uma coisa de ter assistência em tempo integral tanto quanto as minhas colegas e fazer todo esse processo de preceptoria dentro das minhas seis horas tanto quanto as minhas colegas. Não se divide, então, fica só naquela pessoa. Isso acaba te trazendo banco de horas e daí a chefia, muitas vezes, não entende, vem te perguntar. Eu tenho feito um relatório das minhas atividades para ter “na manga”, porque senão eu sou convidada a folgar e aí tenho que sair, deixar e sobrecarregar uma outra colega, e as pessoas veem... já não veem muito... esse trânsito fica complicado, porque daí parece que tu estás fazendo banco de horas para folgar. (GF2)

Um dos resultados desta intensidade de demandas em vários âmbitos é a geração de horas extras que, por não serem remuneradas, são acumuladas em um banco de horas a compensar:

Tem um outro extremo, um pouco do que a gente sente falta também, mas a gente tem batalhado muito por um espaço reconhecido pros momentos teóricos também, porque entra nesse esquema de ficar ensino e serviço eu sei, mas a gente tem que arrumar justificativa para algo que está previsto. Eu não tenho um horário para as supervisões, então, a gente faz um estudo de núcleo sempre em horário extra, banco de horas, e a gente tem questionado. Parece que a gente se torna queixoso no início, de sempre querer trazer isso, mas é um problema. A gente se sente devendo pros residentes porque eu me sinto achando que tem que ter mais momentos, a gente, às vezes, combina daí surge alguma coisa, cancela, daí tem que achar outro dia, não existe horário. (GF2)

Como pode ser observado no excerto acima, o acúmulo de horas no “banco” passa a ser um problema, pois, para utilizá-las, o trabalhador se sente sobrecarregando sua equipe ao se ausentar da assistência ou do acompanhamento dos residentes, pois alguém terá que substituí-lo. Alguns artifícios são utilizados:

Na verdade, não é consentimento de chefia nem nada, mas de pegar em certas situações de que eu não bato ponto, ou bato antes de sair, por exemplo, e tudo por causa dessa coisa do banco de horas, quando vê o banco de horas está lá [em cima]... (GF2)

Em caso de liberação para cursar pós-graduação, esta situação é ainda mais complicada, pois, mesmo com redução proporcional de horas de trabalho, muitas tarefas são acumuladas:

Estou com liberação e estou com o banco de horas no máximo. Não tem isso diretamente, mas tu sabes que: “Está com liberação e ainda está com o banco de horas enorme, daqui a pouco tu vai tirar folga”, mas, ao mesmo tempo, eu estou com a liberação e estou ficando lá, trabalhando. (GF2)

### *A carga horária dos residentes*

Considerando que a carga horária dos residentes é de 60 horas semanais, existe uma defasagem em relação ao horário dos contratados e preceptores; assim, a cobertura do horário excedente ao contratual deve ser absorvida pelos orientadores de campo e núcleo. Entretanto, ainda persiste a dificuldade de haver equipes onde o número de profissionais de determinado núcleo é insuficiente para atender a dois turnos diários de trabalho, manhã e tarde. Esta dificuldade também foi constatada por Rossoni (2010) em outro programa de Residência Multiprofissional.

O tema das 60 horas semanais dos residentes é um dilema herdado da Residência Médica, onde a formação especializada registra uma história de treinamento intensivo em ambiente de serviço, mediante jornadas que envolvem plantões de 24 horas, de finais de semana e noturnos. O componente do ensino e orientação à pesquisa, com estudo sistemático, leitura e redação técnico-científica, resultou de lutas dos próprios residentes médicos pelo direito à formação intelectual e pela sua não exploração como mão-de-obra em lugar de profissionais não incorporados aos quadros de trabalhadores das instituições de saúde.

Nas 60 horas, hoje, de 10 a 20% devem estar destinadas ao estudo da teoria e, nos 80 a 90% restantes, devem estar inseridas as atividades práticas, assim como teórico-práticas, ou seja, não faz sentido supor 60 horas de trabalho, mas 60 horas de trabalho-formação. Nas Residências orientadas para uma aprendizagem mais “integral”, utiliza-se o teto dos 20% da carga horária total para as atividades teóricas. O debate não está fechado, não é consensual e não acumula discussão consistente.

O fato é que, em Porto Alegre, uma tradicional Residência Médica em dermatologia, chancelada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, ocorre em um serviço que funciona apenas de 2ª a 6ª feira, das 7 às 17 horas, ou seja, mesmo em “regime de tempo integral em serviço”, os residentes atingiriam o teto de 50 horas semanais, não 60. Se 10 a 20% da carga horária podem ser de atividades teóricas, é de se supor também o mínimo de 20% para as atividades teórico-práticas. Temos daí, então, de maneira previsível, 12 horas para atividades teóricas e mais 12 horas para atividades teórico-práticas. Chegamos ao teto de 36 horas semanais de atividades práticas, como na maioria das jornadas de trabalho em instituições de saúde e, em especial no GHC, como informado no corpo desta tese.

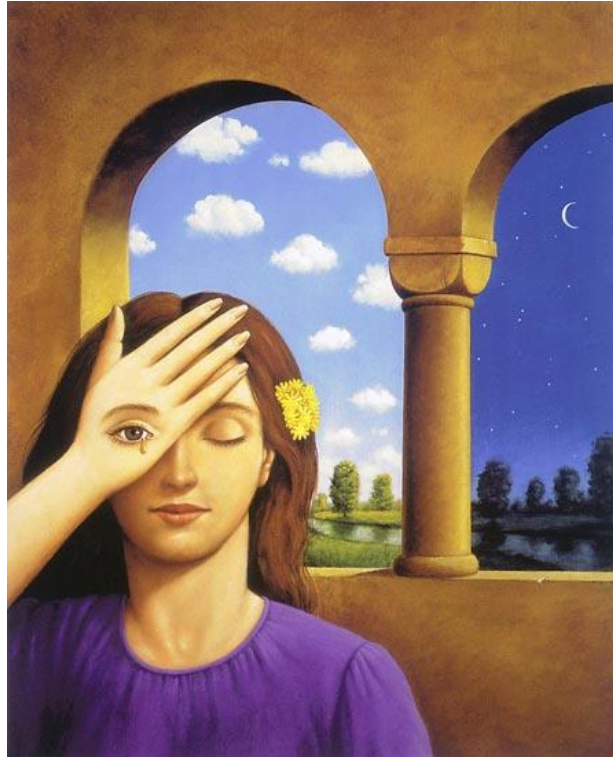
Programas de ensino devem contemplar atividades teóricas, teórico-práticas e práticas; assim, uma boa distribuição das 60 horas pode ser de 36 horas práticas e 12 horas teóricas, mais 12 horas teórico-práticas com supervisão de docentes, de preceptores-tutores, de preceptores de campo, de preceptores de núcleo ou de orientadores, por exemplo, entre tais modalidades de atividade de ensino-trabalho. Entre as atividades teórico-práticas, estão diversos tipos de experiências de aprendizagem, incluindo participação em instâncias do controle social em saúde; instâncias organizativas e institucionais da Residência e entre Residências na cidade, estado ou país; estudos orientados; leituras dirigidas; estratégias em rede no ensino, na assistência e no acompanhamento social ou sociocultural.

Se, entre os trabalhadores, a jornada semanal não pode ultrapassar 30 horas, como acontece na fisioterapia, na odontologia, no serviço social e na terapia ocupacional, resta a interrogação sobre as 60 horas de Residência ocorrerem sob a forma de trabalho prático.

O questionamento acerca de um difícil equilíbrio entre preceptores que passam menos tempo no trabalho do que os residentes, em sua jornada diária, indica uma dificuldade em promover o acompanhamento continuado ao longo dos turnos. Com isso, os contratados de outras profissões, dependendo da composição existente na equipe, devem assumir a função de orientadores de campo.



## 5.6 “Cada um sabe a dor e a delícia de ser”<sup>15</sup> – dificuldades e conquistas



Este tópico relaciona os fatores que contribuem para o sentimento de satisfação e de dificuldade no exercício da função, a busca de recursos para superação das limitações identificadas e as características desejáveis e/ou necessárias para ser preceptor ou preceptora em um programa de Residência Multiprofissional.

A vivência da preceptoria proporciona sentimentos múltiplos em níveis diversos de intensidade, como evidenciou um grupo:

“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que se é”... Por exemplo, qual é a delícia de ser preceptor? Tem bastante coisa, já disse, só que a dor é muito parecida, exatamente porque as dificuldades, aquela coisa de ter alguém sob nós, um cuidado, uma orientação, de ser responsável, de alguém vir reclamar para ti do residente que agora é teu, de preparar um seminário, de supervisionar, tudo isso tem um sofrimento, uma angústia: “Ah, amanhã eu vou ter que fazer aquela atividade lá na aula e tal”, mas faz parte também do prazer da coisa, não tem como saber o que é dor e delícia porque é a mesma coisa. (GF2)

---

<sup>15</sup> Alusão à canção “Dom de iludir”, de autoria de Caetano Veloso, mencionada por um participante.

### *A satisfação com a atuação*

A opção de ser protagonista, por indicação ou por escolha propriamente dita, ao invés de apenas observar o desenrolar de uma proposta de ensino em serviço, pode ser gratificante pelo compartilhamento de experiências no cotidiano com os residentes, mesmo levando em conta as dificuldades decorrentes:

É, eu procuro me lembrar... Eu tenho essas dores, essas angústias, mas fui eu que escolhi... Enquanto eu sentir que os dias mais tristes são os dias em que eu tenho a sensação de que não estou podendo escolher, eu acho que é por aí. Mas quando tu sentes que o sofrimento que tu estás tendo agora é o sofrimento decorrente das escolhas, a consciência do que tu fizeres o que continuas fazendo, tu ainda não mudaste de ideia, eu acho que está bem. (GF2)

Ao refletirem sobre a qualidade de sua atuação na preceptoria, a maioria das pessoas indicou uma avaliação positiva com base em aspectos pessoais e interrelacionais. No entanto, outras se declararam insatisfeitas ou parcialmente satisfeitas com seu desempenho, tendo justificado esses posicionamentos.

Entre os que se consideraram satisfeitos, a vontade de desempenhar a função embasou a avaliação positiva como um dos fortes componentes de incentivo para atuar com ensino em serviço:

Conta também o desejo de trabalhar com a formação do residente. (PI-19)

Além do desejo individual, o investimento na autoformação e o estabelecimento de vínculos interpessoais também estimulam o esforço para ir além do atendimento terapêutico:

Continuo estudando sempre. Invisto na relação de construção de vínculo, respeito e conhecimento conjunto. Gosto do que faço e, por isso, tenho prazer neste trabalho. (PI-6)

O prazer com o que é feito constitui um dos estímulos à reflexão permanente e à ampliação do olhar acerca das situações que se apresentam, valorizando todas as oportunidades de interação, como se vê a seguir:

Porque gosto muito da preceptoria, me envolvo com as atividades, procuro sempre puxar a reflexão seja qual for a situação que aconteça, penso que tudo faz parte da formação. Tensões, sentimentos, ambulatório, atividades comunitárias, pesquisas, dificuldades, tudo. (PI-15)

Comprometer-se com o programa também foi mencionado como um elemento importante, sendo expresso de diferentes maneiras: estudo continuado, engajamento no processo como um todo, disponibilidade constante e preocupação em fortalecer a relação entre teoria e prática nesta modalidade de ensino em serviço. Os depoimentos a seguir ilustram estas possibilidades:

Procuro estar atualizado para discutir os casos junto aos residentes. Tento participar dos fóruns de discussão relacionados à RIS. Sou comprometido com a ênfase, pois participo ativamente da construção de melhores práticas para a preceptoria. (PI-23)

Porque procuro me engajar com abertura e empenho no processo, buscando contribuir na construção de um programa de Residência que seja bem aproveitado pelos residentes e que colabore na efetivação e transformação do SUS. (PI-28)

Esses dois participantes indicam uma proatividade na atualização para se aperfeiçoar no atendimento às demandas típicas da função exercida e na proposição de avanços para aprimorar o Programa e, em última instância, o próprio SUS.

Já a ampliação do olhar sobre o sistema de saúde, aproveitando a necessária relação entre setores e serviços, também justificou a satisfação em trabalhar com os residentes, pois valoriza o próprio preceptor em condição de agente promotor de mudança. No dizer de uma participante:

(...) porque estou sempre disponível para compartilhar do trabalho que faço e estudo e escrevo e participo de espaços destinados a discussões sobre saúde mental, clínica e políticas públicas. (PI-16)

Estimular a autonomia dos residentes foi um exemplo de qualidade positiva no desenvolvimento do ensino em serviço, como nos mostra um participante:

Valorizo e estimulo a autonomia dos meus residentes. Procuro dar espaço para sua atuação, escuto suas opiniões e sugestões, valorizo seus conhecimentos. (PI-29)

A formação de origem e o tempo de experiência na ênfase de atuação foram mencionados como aspectos que implicam uma boa qualidade da preceptoria:

(...) por conta da solidez de minha formação, pelos conhecimentos de APS que adquiri com o tempo de trabalho na equipe em que estou lotado, disponibilidade de acompanhar o residente e atender sua demanda de formação. (PI-19)

A avaliação formal dos residentes sobre os preceptores foi outro instrumento que embasou as opiniões a respeito de sua própria atuação, como se vê a seguir:

(...) procuro avaliar o meu trabalho em conjunto com os residentes, verificando onde é necessário adequá-lo. A avaliação, o retorno em relação ao meu trabalho, descrito pelos residentes, é uma ferramenta que utilizo constantemente, em todas as atividades que desenvolvo como preceptora. (PI-31)

Nesse caso, a avaliação dos preceptores, quando realizada de forma dialogada, pode contribuir para o aperfeiçoamento do Programa e o pessoal, contribuindo para um crescimento mútuo. Além disso, as avaliações positivas servem de incentivo para o crescimento profissional e a realização pessoal no trabalho.

A disponibilidade permanente volta à tona como uma evidência de boa qualidade da atuação quando associada a momentos de reflexão teórica e de práticas de atenção, sendo considerada como um fator positivo na autoavaliação:

(...) me dedico intensamente ao processo de formação da RIS e estou sempre à disposição dos residentes, da equipe e do colegiado para fortalecer esse processo. Acompanho os espaços de formação teórica e em serviço o máximo que eu disponho de carga horária. Além disso, as avaliações dos residentes sobre a minha preceptoria são sempre positivas. (PI-25)

Esse processo avaliativo é desenvolvido tanto no núcleo profissional como no campo de ênfase, pela equipe e pelos residentes, como informou esta preceptora da SFC, onde residentes em Medicina de Família e Comunidade e da RIS interagem efetivamente:

(...) Ao longo do ano, temos por hábito realizar a avaliação do processo de formação, da preceptoria de campo e núcleo. A última avaliação da preceptoria de campo foi realizada em julho, pela equipe e pelos residentes da RIS e da Medicina, e o resultado foi extremamente positivo com pequenas coisas a ajustar. (PI-3)

A avaliação dos preceptores pelos residentes está prevista no PPP do Programa e reconhece os serviços como um ambiente educativo interprofissional.

Para fins deste PPP, é importante salientar que consideramos como cenários de aprendizagem tanto os espaços físicos onde se desenvolve a aprendizagem quanto os sujeitos envolvidos nesse processo. Nesse sentido, os cenários de aprendizagem da RIS/GHC são tanto os Serviços do próprio Grupo Hospitalar Conceição, conforme descritos no item infra-estrutura, quanto os/as trabalhadores/as que se envolvem quotidianamente com o processo ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2009a, p. 17)

Os critérios avaliativos abrangem a equipe como um todo e abordam aspectos relativos ao processo de ensino/aprendizagem, às relações desenvolvidas e à abertura a sugestões:

A avaliação da preceptoria será realizada concomitantemente à avaliação dos/as residentes, tendo como orientador um instrumento base para todas as ênfases, contemplando aspectos teórico-práticos, relações interpessoais e considerações gerais sobre o exercício da preceptoria. Cada ênfase terá instrumentos de avaliação adequados às suas particularidades. (BRASIL, 2009a, p. 13)

É possível inferir que os participantes cuja avaliação coletiva periódica positiva foi mencionada tenham manifestado satisfação com a qualidade de seu desempenho na preceptoria.

A preocupação com a integração entre a produção teórica e as reflexões produzidas no cotidiano também contribuiu para a autoavaliação satisfatória:

Busco *linkar* teoria e prática, problematizar o cotidiano dos residentes e, dessa forma, pensar quais são as intervenções que são possíveis de serem realizadas. (PI-20)

Considerando que a Residência Multiprofissional prevê o desenvolvimento de ações reflexivas e assistenciais, é fundamental que os preceptores fortaleçam as oportunidades de vinculação entre teoria e prática nos processos avaliativos, como avalia uma participante:

Sim, porque procuro estar sempre vendo com os residentes as questões do cotidiano profissional, específicas das funções de nossa profissão e também em relação ao trabalho interdisciplinar, fazendo sempre a relação da teoria com a prática. Procuro também me atualizar constantemente, pois estava afastada há muitos anos de conteúdos teóricos da minha profissão. (PI-1)

A RIS como espaço que possibilita a criação é outro fator de satisfação no trabalho da preceptoria:

(...) em primeiro lugar, adoro o trabalho que prima pela formação, trocas, aprendizado, diálogo. Gosto de ler, estudar, discutir, inventar etc. e o espaço junto ao residente oferece tais possibilidades. Além disso, me considero uma pessoa didática, ética, preocupada em contribuir para a formação e melhoras nos serviços. (PI-21)

Reconhecer espaços para a reinvenção nas relações de ensino/aprendizagem em serviço é uma grande fonte de satisfação e de crescimento profissional e pessoal dos preceptores.

Os fatores de satisfação com o desempenho na preceptoria que foram identificados são o desejo de atuar em ensino, o comprometimento com o programa multiprofissional, o esforço continuado para a autoformação e o reconhecimento do espaço como facilitador da criatividade e da invenção de si.

Os critérios de satisfação e de autoavaliação positiva foram reelaborados e sistematizados em três dimensões interligadas: afetiva, que inclui aspectos necessários para manutenção de interrelação pessoal no contexto estudado; educativa, que engloba o investimento na autoformação e abertura para o novo em relação ao programa; e criativa, abrangendo o potencial de superar limites existentes em busca de ideias e ações inovadoras e que permeiam as dimensões citadas. Essa sistematização está organizada no Quadro 17.

Quadro 17: Critérios de satisfação dos preceptores com sua atuação.

<b>Dimensões</b>	
<b>Afetiva</b>	<b>Educativa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de diálogo;</li> <li>• Comprometimento com o programa;</li> <li>• Desejo de atuar na função;</li> <li>• Estabelecimento de vínculo;</li> <li>• Disponibilidade de presença constante junto ao residente;</li> <li>• Sentimento de respeito e parceria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura para trocas;</li> <li>• Ampliação do olhar;</li> <li>• Aprendizado e estudo constantes;</li> <li>• Discussão permanente da saúde ampliada;</li> <li>• Estímulo à autonomia;</li> <li>• Qualificação da formação de origem.</li> </ul>
<b>Criativa</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejo de quebrar paradigmas instituídos;</li> <li>• Recriar as relações teoria-prática;</li> <li>• Possibilidade de invenção.</li> </ul>	

### *As limitações identificadas*

Em relação a limitações e dificuldades identificadas para exercer a função de preceptoria, uma pessoa manifestou os dois sentimentos e justificou:

Não, ao se tratar da minha função específica (Preceptor x Residentes), mas sim, em relação ao grupo de colegas. (PI-21)

Isso evidencia que as dificuldades do trabalho em equipe se equivalem à própria especificidade da relação de ensino em serviço. Outras 23 pessoas responderam que se sentiam limitadas em alguma medida e oito responderam que não. Uma participante que não sentia dificuldade para atuar declarou:

Respondi que não, porque estou sempre buscando recursos para melhorar minha atividade de preceptoria. (PI-22)

A aparente contradição contida nesta resposta indicaria uma busca de aperfeiçoamento continuado, mas poderia referir-se à busca de soluções para possíveis dificuldades encontradas que não quis referir.

Em relação aos que expressaram uma avaliação negativa ou parcialmente satisfatória de seu desempenho, foram identificados aspectos individuais e institucionais que influenciavam o grau de qualidade com que os preceptores percebiam em seu trabalho.

O sentimento de falta de experiência com ensino como fator de dificuldade é ilustrado pelos trechos que seguem:

Gostaria de me sentir mais confiante ao desempenhar esse papel, mas até agora só tive um residente. (PI-9)

Busco realizar o trabalho da melhor forma possível, porém pelo pouco tempo como preceptora, ainda não tenho um retorno sobre minha atuação. (PI-24)

Não acho que tenha experiência ou preparo prévio para exercer esta função; nem sempre as informações recebidas dos colegas contemplam todas as questões e dúvidas que aparecem. (PI-27)

A autoavaliação insatisfatória coincide, nesse caso, com uma limitação institucional que extrapola o limiar de iniciativa individual, a saber, a constituição de um corpo funcional com tempo de experiência em ensino suficiente para ter segurança no desempenho da preceptoria. Nesse contexto, fica evidente a importância de se valorizar oportunidades de autoformação, sejam oferecidas pelo GHC, em convênio ou parceria com instituições de ensino, sejam espontaneamente buscadas, como lembrou uma preceptora:

Em relação à metodologia de pesquisa, por exemplo, busquei fazer o mestrado. (PI-28)

Às vezes, a pouca experiência em ensino alia-se à falta de familiaridade com a própria instituição, agravando o critério de insatisfação pessoal:

Tenho pouco tempo de GHC e, em seguida, tornei-me preceptora. Tenho experiência na especialidade em que atuo por vir de outra instituição, mas mesmo assim sinto que falta. (PI-8)

Foi evidenciado, também, um conflito entre a organização prescrita do trabalho em equipe e a concomitância entre ensino e assistência como motivo de insatisfação com o desempenho na preceptoria. O informante indicou uma

contradição entre as condições objetivas de ensino em serviço em uma instituição de tradição assistencial:

Os locais que são campos de Residência deveriam, através de suas gerências, reorganizar o processo de trabalho do preceptor de modo que sua participação em atividades fora da unidade assistencial não prejudicasse o serviço. Não possuo apoio nem suporte da minha equipe para exercer a preceptoria. Toda vez que me ausento, prejudico a assistência e, para não me indispor com minha unidade, tenho optado em participar de atividades da Residência que não se sobreponham ao meu horário de trabalho, mesmo sabendo que isso não seria mais educação em serviço. (PI-13)

Este é um exemplo claro de como limitações institucionais incidem na insatisfação dos preceptores e de como estratégias individuais adotadas para sua superação podem ser frustradas. O preceptor identifica o problema e imagina soluções possíveis, mas cuja viabilidade depende de esferas de gestão superior. Assim, a saída individual posta em prática não soluciona a questão nem resolve sua dificuldade individual. O resultado, nesse caso, é uma autoavaliação negativa de seu desempenho, mesmo que haja proatividade.

Já o desafio de trabalhar tendo de acompanhar os residentes em locais distintos foi evidenciado por uma pessoa que atua em apoio matricial como fator contribuinte para um desempenho considerado insuficiente:

(...) pela falta de tempo de estar mais presente com os residentes, nas suas unidades, o que fica difícil por serem quatro unidades distintas. Por outro lado, há um empenho para estarmos constantemente avaliando e planejando ações para a melhoria da preceptoria. (PI-12)

Ao haver uma autocobrança de manter avaliação e planejamento constantes, exige-se uma presença permanente junto aos residentes. Porém, isso é dificultado pela distância entre unidades e serviços, o que exige recursos próprios para o deslocamento.

Uma profissional que atua concomitantemente em uma instituição de ensino declarou:

Acho que possuo um papel importante como preceptora, mas ainda necessito do apoio dos outros preceptores e profissionais para que esta seja, de fato, uma atividade eficiente. Pelo fato de fazer parte da Instituição há pouco tempo, desconheço alguns caminhos. Também, de outra forma, essa é uma atividade diferente em minha vida profissional e, apesar de esforços contínuos, ainda impede excelência. (PI-14)

Ser professora não garante a segurança no ambiente de ensino em serviço na saúde. Esta preceptora declarou necessitar da ajuda dos colegas mais antigos na



instituição e na preceptoria. Fica clara, aqui, tanto a importância de uma capacitação pré-existente em docência, como o valor da articulação para um diálogo permanente que qualifique a atuação de todos.

A dedicação à preceptoria também pode trazer frustração pelo afastamento da assistência, que para muitos foi o critério para ingresso no GHC:

Eu me sinto um pouco prejudicada de fazer, às vezes, menos assistência, de estar menos com paciente ou trocando com a equipe e, às vezes, ter que estar em espaço da Residência, às vezes, espaços da Residência que tenho que estar que não posso estar em outro lugar. Sabe, eu acho que enquanto instituição eu acho que isso aí ainda se tem que trabalhar muito porque as coisas vem, o trabalho vem, as coisas têm tempo para serem entregues. (GF1)

Esta situação de desconforto soma-se ao sentimento de perda por não poder acompanhar todas as atividades previstas:

Eu me sinto num momento meio sofrido em relação a isso, mas tem tudo a ver com a liberação, até em relação à equipe, de tu não estar um período ali, na tua semana, aí tu chega e parece que algumas coisas acontecem, e tu não estavas ali. Acho que aí nesse pacote entra junto a questão da Residência. (GF2)

A relação entre ensino e assistência neste contexto de multiplicidade de papéis, às vezes, parece “truncada”, não tão fluida como deveria ser em uma proposta de ensino em serviço:

O desafio maior é conseguir conciliar tudo, a assistência e o ensino, porque muitas vezes o tempo que se tem para uma coisa e para outra acaba ficando apertado. (GF1)

Mas eu me sinto um pouco prejudicada por fazer, às vezes, menos assistência, de estar menos com paciente ou trocando com a equipe e, às vezes, ter que estar em espaços da Residência, às vezes, espaços da Residência que tenho que estar que não posso estar em outro lugar. (GF1)

Chama a atenção o fato de que o desempenho concomitante de ensino junto aos residentes e de assistência aos pacientes ou usuários dos serviços seja considerado como um obstáculo ao desenvolvimento do processo de trabalho e um fator limitante para o exercício da preceptoria:

Considero que estou sempre investindo para o exercício da preceptoria, compreendendo como um processo contínuo e desafiador, que em parte busco exercer na perspectiva dos princípios e objetivos da RIS. Entretanto, me deparo com as dificuldades e contradições decorrentes do processo de trabalho no exercício do ensino e da assistência. (PI-30)

Uma repercussão disso, que já tinha sido indicada, está na descrição relativa ao tempo de trabalho dedicado à preceptoria e o tempo real do trabalho:

Quantos por cento eu tenho que me dedicar à Residência ou à assistência? Eu acho que, se isso não está bem claro para todos, acontece isso: “Bom, tu ganha FG”. Eu acho que isso prejudica um pouco o trabalho porque tu não consegues [saber]. Quantas horas eu tenho que ter? Não sei quantas horas. Hoje, estou fazendo de assistência e de preceptoria; eu abri mão de algumas coisas.

Isso não é claro na instituição, quanto tempo, quantos por cento da tua carga horária, o que é preciso para que se tenha uma ideia. Sei lá, 30%, mas não é muito claro, nem pra gente e tampouco para os demais, para a equipe toda que está, assim, perdendo o nosso trabalho. Ou seja, a gente está se afastando um pouco da assistência para ficar no ensino. (GF1)

Os aspectos que contribuem para a insatisfação com a qualidade da atuação na preceptoria são a inexperiência com ensino e, especificamente, com Residência, as limitações de infraestrutura e a multiplicidade de tarefas em assistência e ensino que obstaculizam seu pleno desempenho. Isso talvez resulte da falta de uma visão realista do ensino em serviço em saúde, em que não há divisão estrita e definida de espaços e tempos de trabalho, os quais são diferentes dos prescritos.

Dentre os motivos indicados pelos que declararam que sentiam alguma limitação, a principal queixa estava relacionada à carência – de tempo, de profissionais, de estrutura (física, financeira e de pessoal) e de reconhecimento do Programa por colegas e gestores. Isso remete a aspectos institucionais que poderiam afetar o desempenho no trabalho, como foi expresso:

As demandas da assistência precarizam minha atuação como preceptor. (PI-13)

Percebo uma limitação importante na carga horária contratada, tendo em vista as atribuições de meu cargo como trabalhadora do SSC (relativas à assistência para a comunidade) e a necessidade de compatibilizá-las com o papel docente decorrente da condição de preceptora. (PI-11)

Não temos horário específico para a preceptoria, então, tenho que “encaixar” as atividades teóricas e/ou de núcleo em horários extras, ou justificar – como se exercesse alguma atividade indevida – momentos em que tenho que me ausentar do local (campo) de trabalho. (PI-7)

Essas manifestações trazem à luz a dificuldade de enfrentar a simultaneidade de tarefas que se impõe em um ambiente onde se desenvolve ensino em serviço no campo da saúde. Como já foi visto, a preceptoria se dá ao longo da jornada e

durante as ações assistenciais, implicando um envolvimento permanente que não pode ser cindido em tempos nem espaços distintos.

Um desafio para a instituição seria assumir o compromisso de manter um corpo funcional permanente suficientemente robusto para garantir o atendimento a todas as demandas a que se propõe, sem colocar em risco a tranquilidade do trabalhador para desempenhar as tarefas para as quais foi contratado. Entretanto, este é um dimensionamento para o qual ainda não existem critérios formais a serem apresentados, uma vez que decorrem das atuações facilitadas ou não em equipe, em coletivos, com maior ou menor adesão institucional.

Confirmando a dificuldade de atuação em equipe evidenciada nos relatos de atividades, uma das razões explicitadas para as limitações sentidas foi a falta de entendimento dos colegas que atuam exclusivamente na assistência para com os compromissos dos preceptores junto ao Programa, como exemplifica a seguinte manifestação:

Sinto dificuldade com os colegas que não se apropriaram do processo da RIS, parece que a Residência é de responsabilidade do preceptor e o serviço não quer se envolver. (PI-17)

Sentimentos de insegurança e de despreparo para o exercício do ensino em serviço também interferem no trabalho:

Sempre sinto alguma insegurança quanto à qualidade dos meus conhecimentos. Por mais que tente me qualificar, parece ser sempre insuficiente. Queria ter mais tempo para aprofundar os conhecimentos específicos da minha área de ênfase. (PI-29)

Não tive uma preparação específica para desempenhar esta função. Considero que possuo uma grande experiência clínica e de trabalho em equipe multiprofissional na Atenção Primária em Saúde, o que, sem dúvida alguma, traz uma grande contribuição para o desenvolvimento da função. Contudo, a preparação para exercer preceptoria tem se dado nos espaços de troca e de circulação de saberes do dia a dia com outros preceptores/orientadores e também com os residentes. (PI-4)

O despreparo para o exercício da preceptoria foi relacionado tanto ao contexto específico do núcleo profissional como da docência. Todavia, o aprendizado para o ensino se dá no dia a dia, ao fazer e ao promover trocas entre pares e com os residentes, evidenciando, mais uma vez, que os preceptores também aprendem em serviço.

Outro fator que influi no desempenho da preceptoría é o nível de expectativa e de exigência de alguns residentes, mas isso também proporciona um contato mais realista com o mundo do trabalho em saúde:

A gente vê que, a cada ano, os residentes, a gente, o programa em si, está mais maduro e está mais organizado e aí a cada ano ele tem que ser mais maduro e mais organizado e os residentes são também a cada ano mais exigentes. Acho que o GHC acaba como uma referência nesse sentido para a RIS, e as pessoas entram com uma expectativa muito grande e a gente tem que cumprir com essa expectativa. Eu percebo que a cada ano parece que a gente tem que ser melhor, tem que estar mais organizado e a ideia é que a gente consiga mesmo ser melhor. (GF1)

A gente ouve muito esse lamento do residente, se queixando do serviço, que o serviço não está adequado para recebê-lo. Mas a proposta é a formação em serviço e os serviços são feitos de pessoas, feitos de equipes, que as pessoas não se amam, não se adoram, estão aqui, tentam construir um trabalho junto, mas enfim, cada um veio de um lugar, de uma formação, com os desejos diferentes também, mas isso é o serviço, em qualquer lugar. Então, se a proposta é essa, aprender a lidar com isso faz parte da programação e é difícil porque o residente muitas vezes reclama disso “não, mas não estão nos dando condições ideais para a gente aprender”. Mas é isso: às vezes, não tem computador, não tem sala, o médico boicota reunião, as agendas colidem, isso acontece. (GF2)

Existe um sentimento de frustração em relação a colegas que não se comprometem com o caráter de formação que o GHC assumiu desde a certificação como Hospital de Ensino. O diálogo a seguir ilustra esta situação:

Me lembrei de um discurso, que a gente ouviu “Mas eu estou aqui há mais de 10 anos, estou há 15 anos aqui, eu vou receber alguma coisa a mais pra isso? E aqui tudo o que eu faço eu não recebo um tostão a mais pra isso”, É meio difícil até tu começar a inserir... Minha colega até disse “lê atrás do teu crachá, tu já leu o que está atrás do teu crachá?”

É, quando vêm essas perguntas, eu respondo: “Tu já recebe pra isso, tu está fazendo a tua carga horária, se isso faz parte do teu trabalho, como qualquer outro procedimento, tu estás batendo ponto ali”.

E aí tu até questiona como é que vai ser essa pessoa, que tipo de trabalho ela vai conseguir fazer junto com o residente.

Porque é a mesma coisa, por exemplo, quando vai trabalhar em uma unidade de saúde e disser “Ah, eu não vou fazer acolhimento”, ou então, “Ah, eu não vou fazer grupo”, “Não, isso eu não gosto”... Bom, faz parte do pacote todo. O serviço é esse, então... Mas é isso, faz parte de estar no GHC também estar envolvido com o ensino, como está dito está atrás do crachá. Então, tu já ganhas pra isso! (GF2)

O crachá funcional, que serve para identificação do funcionário na instituição e para registro do ponto eletrônico, apresenta, em seu verso, a missão do GHC:

Desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com a excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parcerias com outras entidades, fortalecendo o Sistema de Saúde e cumprindo, assim, a função social.

Muitos trabalhadores utilizam a superfície frontal do crachá para expressar apoio à determinada causa, decorando-o com adesivos ou *buttons* relacionados a alguma política de saúde ou com personagens infantis, por exemplo, o que, de certa forma, atenua seu caráter de instrumento de controle. As observações extraídas do grupo focal trazem à luz outra função do crachá, que seria a de deixar claro a todos os funcionários a complexidade que pode ser exigida em sua atuação em uma instituição que promove atenção à saúde e ensino na saúde. Neste sentido, o crachá seria o portador de uma mensagem a ser lembrada no cotidiano sobre o compromisso com o trabalho implicado.

Foi enfatizado um sentimento de insatisfação com a qualidade do desempenho de tarefas e a frustração ao fim da jornada devido à superposição de demandas vinculadas à assistência e ao ensino em um período de tempo considerado insuficiente:

O problema é que tem aquilo, eu tenho um X de pacientes para atender, o mesmo X que a minha colega, então, eu não tenho um alívio nesse sentido. Eu tenho que atender, eu tenho que dar conta disso. Têm dias em que, em seis horas, tenho uma reunião, tenho os meus pacientes, tenho a residente e daqui a pouco tem alguma outra atividade. Então, fica apertado nesse sentido e daí tem dias que alguma coisa não vai ficar, não vou ver tão bem meus pacientes, alguma coisa eu vou ter que fazer menos. E daí a gente fica com aquela coisa, “Ai, hoje não foi bem legal, não era isso que eu tava querendo”. (GF2)

Entretanto, quando se concretiza a possibilidade de dedicação mais focada às tarefas decorrentes da preceptoria, o sentimento de perda se manifesta em relação ao que não é mais realizado:

Nos primeiros anos, eu estava muito mais envolvida com atividades da unidade de saúde, acompanhando, coordenando algum programa, dentro de grupos. Quando passei a ser preceptora, assumi mais esse papel; aí tu começa a te envolver com outras atividades que se tornam relativamente obrigatórias. Por exemplo, estar nos seminários, ir às reuniões de núcleo, de preceptoria. Aí tu ficas com um pouco de saudade e também a sensação de que têm algumas coisas que tu estás deixando para trás, está sempre com essa sensação de ter que puxar, quer cobrir a cabeça, mas o pé fica ali. (GF2)

Fica evidente a extrapolação do trabalho real para o trabalho prescrito (atrás do crachá ou não) da preceptoria, o que talvez demande uma reflexão pelo gestor a respeito do preparo dos trabalhadores para atuarem no ensino em serviço.

As diferentes expectativas e necessidades dos residentes nem sempre encontram eco no programa oferecido, pois, muitas vezes, não pertencem ao âmbito

de um programa de formação voltado para o sistema público de atenção à saúde. O fato de preceptores e orientadores participarem ativamente do processo seletivo dos residentes oportuniza que testemunhem seu crescimento em qualificação no decorrer do Programa, mas observarem que alguns ingressam no Programa também sem uma perspectiva realista e não conseguem se adequar à proposta.

Às vezes, as residentes falam: “Eu vim complementar minha formação”. Então, bom, se tu vieste complementar alguma coisa já teve. É uma base, mas, às vezes, fico pensando também na coisa de fazer a Residência e quanto tu estás implicado, quanto tu queres. Às vezes, é difícil pra gente inserir aquela pessoa ali porque tem a coisa de uns quererem complementar, outros quererem aprofundar, outros quererem um emprego, outros quererem fazer uma especialização e receber por ela ao invés de pagar uma especialização. (GF1)

Em relação à infraestrutura, apesar dos avanços, seu ritmo foi considerado menos vigoroso do que o necessário para atender às demandas identificadas:

A instituição começou com um projeto lá em 2004, em relação à RIS, de se qualificar para o ensino e tal. E ao mesmo tempo a instituição fez alguns movimentos que é isso, que o tempo é diferente, a instituição tem um andar muito diferente. A gente rapidamente viu que precisava crescer, aumentou vaga e precisava coisas e a instituição atende até ali, até onde vai essa disputa entre o ensino e outras coisas que estão colocadas na instituição. Então, tá, a gente sabe, por exemplo, a estrutura física dos lugares, é ruim, é inadequada e tal. Tem um movimento: muito longo, muito lento, de então, constrói outra unidade, faz uma reforma, não sei o que, mas que é devagar. Bom, acesso a recursos, tipo livros, estrutura de acesso à Internet e computador, coisas que deem conta de realizar as atividades que a gente está propondo, e isso não vai na mesma velocidade. (GF1)

A reformulação da infraestrutura colaborou para a melhoria das condições de assistência, ensino e pesquisa, visto que o projeto da RIS/GHC possibilitou a substituição de equipamentos obsoletos por inovações, aquisição de livros e periódicos multiprofissionais e reforma e ampliação de espaços. Contudo, a demanda crescente e permanente por tecnologia atualizada e por mais trabalhadores se contrapõe a uma defasagem no ritmo de respostas institucionais necessárias para assegurar um pertencimento leve e agradável dos preceptores ao encontro entre ensino e assistência.

Há uma tendência de ampliação de vagas para residentes, o que depende, entre outras coisas, da presença de profissionais para preceptoria em número suficiente e que atendam aos critérios para exercê-la. Muitos funcionários foram contratados e outros realocados em função do Programa, para responder às necessidades de ensino. Além disso, o GHC atende à demanda acadêmica por estágios de nível técnico e superior, sendo que esses estudantes também circulam

nos espaços ocupados pela RIS, entre outros. Com isso, os mesmos profissionais respondem, direta ou indiretamente, pela relação de ensino com pessoas de diferentes níveis e áreas de formação.

Limitações como essas e de outras ordens refletem o andar da instituição como um todo, como lembrou um participante com a concordância do restante do grupo:

Os problemas que a gente tem com a Residência são os problemas do serviço. A Residência expõe, dá visibilidade, cutuca de alguma maneira. (GF2)

Uma compilação das dificuldades enfrentadas pelos preceptores e dos recursos procurados, de acordo com seu relato, é apresentada no Quadro 18 no próximo item.

### *A busca de recursos para a superação das dificuldades*

Todos os que sentiam alguma limitação na atuação como preceptores informaram que buscaram algum recurso para superá-las. Uma das muitas indicações de solução para as limitações identificadas foi a busca de apoio da equipe e do núcleo profissional:

A inserção como preceptoria é uma combinação prévia com colegas do meu setor, a minha unidade de saúde, pois disto despendemos tempo de estar fora da unidade para atividades da Residência, e há a combinação da cobertura das colegas nestas situações etc. (PI-18)

No dizer de outra preceptora, a própria atuação na função já constitui um exercício para superação de obstáculos, confirmando o aprendizado em serviço:

Sempre busquei uma solução para lidar com estas questões da minha área de ênfase. Uma delas foi me candidatando para a preceptoria, pensando em me implicar mais nesse processo e tentar ajudar nesta construção. Outra questão são as trocas entre os colegas preceptores e a coordenação da RIS, que nos dá um suporte importante. Outro recurso é tentando organizar o processo de trabalho dentro da ênfase e “limpando” os ruídos... Acho que o meu maior motivador é acreditar que a mudança é possível. (PI-2)

Uma participante expressou a iniciativa de reorganizar seu tempo de trabalho para conciliar todas as tarefas pelas quais é responsável, visto que a insuficiência de carga horária para atuar em todas as instâncias pertinentes é uma preocupação relevante que poderia ser superada com apoio da equipe e mudanças institucionais:

Tentei compatibilizar as várias demandas trazidas pela assistência, preceptoria, participação comunitária e educação permanente através da distribuição da carga horária. (PI-11)

Outra pessoa, com pouco tempo de experiência na preceptoria, declarou que se dedica individualmente a aprender sobre o funcionamento do Programa, demonstrando um compromisso pessoal para superar seu despreparo:

Iniciei como preceptora há poucos meses, e há muitos fluxos e normas para aprender. Dentro do possível, tenho lido a legislação e o PPP e outros textos. (PI-32)

A implementação da RIS vem melhorando as condições de trabalho e de assistência aos usuários, mas ainda há muito por fazer, como por exemplo, equacionar a distribuição da carga horária, garantindo a possibilidade de dedicação ao que for considerado necessário, conquistar um reconhecimento do Programa junto a todos os colegas e gestores, e melhorar a valorização mediante uma melhor remuneração.

As dificuldades identificadas e os recursos mencionados pelos participantes estavam relacionados a três âmbitos: o institucional, que extrapola a possibilidade de solução individual ou via equipe; o interprofissional, que remete à equipe e aos serviços para identificação e busca de soluções; e o individual, que enfatiza as iniciativas pessoais no contexto institucional e interpessoal. O Quadro 18 sistematiza esta abordagem com os exemplos de recursos buscados.

De maneira geral, a relação entre as dificuldades identificadas e os recursos procurados demonstrou coerência nas propostas, proatividade nas iniciativas e viabilidade nos recursos.



Quadro 18: Limitações identificadas e exemplos de recursos buscados pelos preceptores no âmbito institucional, interprofissional e individual.

Âmbito	Limitações identificadas	Recursos buscados
Institucional	• Espaço físico	• Busca de espaço físico informal para desenvolver atividades de ensino
	• Estrutura pedagógica	• Liberação para pós-graduação e ofertas na própria instituição
	• Carga horária	• Negociação para a adequação de horário
	• Remuneração específica	• Reforço da importância da RIS junto aos gestores de unidades e serviços do GHC
	• Simultaneidade de atividades	• Defesa da contratação de mais funcionários
Interprofissional	• Desconhecimento do programa por gestores e colegas	• Incentivo à participação nos seminários de campo e núcleo
	• Excesso e simultaneidade de tarefas	• Reorganização de horários
	• Manutenção do envolvimento com outras ações e da produtividade no âmbito dos serviços	• Sensibilização de colegas de diversos serviços
Individual	• Despreparo para preceptoria	• Exercício da função como trabalho-formação
	• Dificuldade de mediação entre o ideal e o possível	• Invenção de possíveis
	• Dificuldade para conciliar as tarefas com a carga horária	• Uso de banco de horas
	• Conhecimento insuficiente sobre o programa	• Estudo individual
	• Dificuldade para trabalhar com equipe	• Esforço continuado de convencimento

### *As características para ser preceptor/a*

Refletindo sobre as qualidades necessárias para ser preceptor/a, o perfil desejável incluiu a abertura para o novo como elemento importante para um profissional de saúde que está permanentemente em contato com demandas que são explícitas e outras que esperam por identificação, tanto por parte dos residentes, como dos pacientes e usuários. Assim, estar propício a ser afetado e oferecer

espaço para uma reação de ressonância mútua enriquece a relação de ensino em saúde. O trecho que segue exemplifica essa possibilidade:

Uma característica, talvez, que a gente possa atribuir ao preceptor é daquele que se expõe. Se eu convido alguém de outra categoria para acompanhar como eu recebo os pacientes, bom, eu estou me expondo. Mas se eu não me expuser, como é que eu vou explicar teoricamente como é que se explica? Tu podes demonstrar como é que funciona alguma coisa na enfermagem, na medicina, como é que se faz determinado procedimento odontológico, mas têm coisas que não tem como mostrar num ato, e é praticar. (GF2)

Essa contribuição pode ser traduzida no acompanhamento terapêutico que é feito em conjunto, sob supervisão, quando residentes observam o que o preceptor e outros profissionais desenvolvem. Muitas vezes, explicações teóricas não são suficientes para ensinar a riqueza das possibilidades de encaminhamento das ações realizadas. Presenciá-las e, em seguida, discuti-las, tem um significado distinto de estudar fora do ambiente de ensino em serviço, para depois aplicar o que se aprendeu. O perfil do preceptor foi referido pelos grupos focais com relação a sua interface com os residentes, tendo como parâmetro programas conhecidos que foram trazidos para a discussão.

O diálogo transcrito a seguir constituiu um dos muitos momentos de troca proporcionados pelo grupo focal. Dois participantes compararam o papel que os preceptores desempenham em outro programa de Residência Multiprofissional, no qual não atuam junto às equipes de assistência, e os possíveis efeitos que isso teria sobre a relação de ensino em serviço:

Converso muito com uma colega que é preceptora em outra instituição. Na Residência lá é diferente. Nós somos preceptores e somos colegas de trabalho. O que eu brigo é, às vezes, nós estarmos atendendo, fazendo acolhimento do mesmo paciente, discutindo ele numa reunião de equipe, planejando uma oficina juntos e daqui a pouco estou dando supervisão para ti, dando aula no seminário de campo. Então, essas relações ficam difíceis às vezes. Com ela, não acontece isso, porque ela tem todo esse distanciamento de não estar no serviço.

(...) Eu achava que era impossível estar junto ali [com residentes]. A coisa de não estar no mesmo ambiente, no serviço, compartilhando essas situações... Já é difícil quando a gente está lá!

(...) Eu acho que são nomes até diferentes, eu não sei se é dado como supervisão, porque tem o de campo e tem esse teórico que fica... que não está no serviço, e que não trabalha e que é um, como um estágio, que tem o da universidade e o do lugar... É fica nesse distanciamento. (GF2)

Conforme pode ser observado, os participantes compararam a RIS de outras instituições com base em informações oriundas de colegas que lá atuam. Foi

indicado que, na RIS, os preceptores são colegas de trabalho dos demais integrantes das equipes, atendendo a demandas clínico-terapêuticas e outras necessidades dos pacientes ou usuários, ao mesmo tempo em que ensinam em serviço e participam do desempenho institucional como um todo.

Em outros programas, há preceptorias que se dão apenas no âmbito da docência. Chama a atenção que, de acordo com o referido, um preceptor que atue exclusivamente no ensino seja denominado como teórico, além da ressalva de que essa pessoa não trabalharia, o que remete à lacuna entre pensar e fazer, teoria e prática, ensinar e atender. Nesse sentido, pode-se observar certa rigidez na concepção de trabalho, delimitando uma fronteira entre o prescrito e o realizado no âmbito do ensino em serviço em saúde ao sugerir que quem não atende ou clínica não estaria trabalhando ao desempenhar a função de docência ou orientação.

Houve também uma comparação entre vantagens e desvantagens da organização do programa de outra instituição:

(...) tem um pessoal que saiu da Saúde Mental dali e foi para a outra instituição. (...) Vários preceptores são professores de lá. Têm algumas vantagens, mas tem muita desvantagem nesse sentido. (...) Eles são doutores, alguns pós-doutores, alguns já trabalharam, por exemplo, em CAPS, justamente onde eles estão, mas isso faz muito tempo. Eles não estão ali no cotidiano, eles não têm ideia de que situações de tensão que hoje, agora, estão acontecendo e ainda mais, as que estão acontecendo naqueles locais onde eles estão e quais são as situações que têm ali. (GF1)

Os modelos de Residência, ao que parece, não são iguais entre si, o que poderia reduzir o potencial de comparação ou extrapolação dos dados, mas também referem a diversidade de subnomeclaturas que a preceptoria pode ter. Por exemplo: preceptor-docente em aulas teóricas, preceptor-tutor em atividades teórico-práticas, preceptor em atividades práticas e ainda o orientador (referido neste texto) como preceptor no cotidiano. Em muitos programas, não há distinção, ou ela é mais demarcada que no GHC entre preceptor e orientador de serviço, e ainda ocorre a figura do tutor sem distinção ou identificação com a figura do preceptor no GHC. As noções de campo e núcleo para o setor da saúde, para a área de ênfase e para as profissões são bastante móveis entre e no interior dos vários programas<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> A mobilidade entre as noções de campo e núcleo se refere à mobilidade entre práticas generalistas e especializadas, entre práticas clínico-centradas e intersetoriais. Por exemplo, saúde é campo, e saúde mental é núcleo; saúde mental é campo, e psicologia é núcleo; a psicologia é campo, e a

O fato de vários preceptores exercerem a docência em nível universitário confere um aporte pedagógico a sua experiência acadêmica. Entretanto, isso não garante um domínio pleno das situações que se apresentam em uma relação de ensino em serviço em saúde, pois a realidade com a qual se defrontam pode ser mais rica em intercorrências do que a sua formação e a atuação acadêmica prescreveriam. Por outro lado, no caso da RIS/GHC, observam-se dificuldades dos preceptores que declararam não ter tido acesso a conteúdos e/ou experiência de docência (Quadro 9) e que, agora, devem ensinar e pesquisar nesse contexto.

A reflexão sobre alguém ser preceptor sem ser trabalhador da equipe em si ou do serviço, mesmo com experiência acadêmica formal, embasou elaborações a respeito de um perfil desejável para exercer a preceptoria, tendo como um dos pilares o destemor à exposição e ao questionamento:

É como uma professora de natação teórica. Acho que é bem isso da característica pessoal, da coragem de estar preparado para receber e se expor com seu trabalho, com a sua forma de fazer, mas também de receber perguntas que talvez não se saiba responder. (GF2)

A exposição às dúvidas trazidas pelos residentes é uma experiência inerente à convivência com eles que, na maioria das vezes, são recém egressos das universidades, o que lhes conferiria acesso a conhecimento inovador recentemente adquirido. Porém, esse fato também lhes confere uma condição de inexperiência no contato com a realidade de vida e saúde da população, mesmo que tenham sido estagiários em muitos momentos. Com isso, o desconforto dos preceptores em não saber responder a dúvidas não deveria ser preponderante em relação à segurança para manejar situações de questionamento, próprias desse processo de formação.

A multiplicidade de papéis em ensino, assistência e gestão das relações interpessoais ficou evidente nas discussões, pois, muitas vezes, as equipes recebem residentes e estagiários, por exemplo, que devem ser supervisionados simultaneamente:

O trabalho como preceptor é uma coisa que, se não tivesse residentes, mas tendo estagiários, faz parte do trabalho como um todo. A atenção, a formação e a gestão [fazem parte] de discussões em alguns momentos no serviço. A gente tem os preceptores de cada núcleo, que têm a Residência na unidade, mas um de nós tem aquela incumbência também mais burocrática, que você é o preceptor então, que está atento a todos os residentes. Mas, de repente, tem um preceptor que é mais

---

psicologia em atenção primária é núcleo de especialidade. A psicologia é profissão, e o conhecimento psicológico está na base de qualquer relação terapêutica na saúde.

enfático, que é aquele que é buscado pelo grupo de residentes de cada unidade para resolver algum problema. Teve algumas turmas de residentes que eles viam em mim esse papel porque eu não era o preceptor de campo, hoje eles não veem em mim esse papel. Para a turma atual, é uma outra colega. Então, eu acho que essa figura também do preceptor de campo não é por decreto. (GF2)

Com isso, o uso intensivo do tempo e de habilidades múltiplas dos preceptores se faz presente no cotidiano, podendo resultar em sofrimento no trabalho, mas também em busca de soluções para superá-lo.

### *5.7 As proposições dos participantes*

Alguns participantes individuais aproveitaram a oportunidade para fazer comentários espontâneos a respeito do tema da pesquisa, enquanto os grupos focais foram provocados a também avaliarem o encontro, o que resultou em contribuições que constituem este tópico.

Reconhecendo que o Programa é um todo complexo que conta com diferentes elementos que ainda não interagem plenamente entre si, os preceptores expressaram a necessidade de conhecerem o que é desenvolvido por outras ênfases. Isto se deve ao fato de que os residentes têm acesso a essa vivência em momentos de reflexão teórica em que todos participam – os seminários integrados sob responsabilidade da GEP:

Até porque a gente faz parte de um programa único. Então, com tantas facetas diferentes, não só as ênfases diferentes, mas sujeitos diferentes dentro desse processo todo, acho que enriquece. (GF1)

Porque a gente convive nos seminários lá da GEP, eu tenho participado de oficinas temáticas com os residentes de todas as ênfases, e eu conversei e eu disse para mim que é um mundo à parte. Eu sei o que é o Serviço de Saúde Comunitária, eu entendo mais ou menos o que se passa, mas eu não vivencio isso. Eu não passei um dia lá transitando nesse espaço. Eu acho que os residentes, eles têm que trocar entre as ênfases isso e os preceptores também, porque senão fica muito virtual. Eles têm vivências, eles têm experiências, e a gente não. Então, como é que a gente vai compartilhar se a gente também não tem essa troca? (GF2)

Da mesma forma, foi expressa uma insuficiência de conhecimento acerca de experiências de ensino que possam ser incorporadas ou, no mínimo, avaliadas em relação a sua maior ou menor pertinência a cada área de ênfase do Programa:

Tenho uma necessidade de conhecer a vivência dos outros preceptores. Eu não perguntei como é que é a questão da supervisão para não desvirtuar aqui, mas me interessa muito ouvir como é que é a experiência. (GF2)

Uma das proposições dos grupos foi a programação de encontros formais entre os preceptores e outros envolvidos com a RIS para intercâmbio de experiência, esclarecimento de papéis e compartilhamento de responsabilidades, com base em outras oportunidades em que foram feitas diferentes reflexões:

Acho que talvez seria uma sugestão de ter um espaço, um fórum de preceptores poder mesmo trocar ideias, que muitas vezes a gente não sabe como os outros colegas estão trabalhando nos diferentes serviços. E como a gente vem construindo isso, não é um papel dado. Se a gente pudesse que a instituição promovesse isso em alguns momentos de discutir mesmo, qual é o nosso papel. O que a gente está fazendo aqui? Como tu entendes? Como o outro colega que não está tão implicado te entende? Se esse grupo de profissionais pudesse estar junto em alguns momentos seria interessante. Está faltando acontecer... Tem que dar uma cutucada... Volta e meia a gente sente isso. Muitas vezes, a gente se reúne para alguns momentos que acaba que não saem estas falas aqui, saem outras. Quando a gente montou o projeto político pedagógico foi muito desafiador construir uma coisa que fosse consensuada pelas ênfases, sendo tão diferentes os olhares e tal... (GF1)

Outra contribuição foi a ideia de que haja um rodízio entre os preceptores e os orientadores, tanto para reconhecimento formal do exercício da preceptoria mediante pagamento de uma FG, como para a representação em instâncias deliberativas do Programa:

Tem uma ideia de que a preceptoria, essa oficial, digamos, para FG e tal, circule também. Já sinaliza um pouco isso, que não tem só uma pessoa de referência. Até para que não se cristalize essa referência, às vezes, essa circulação é natural, mas, às vezes, não. Eu acho que é bem interessante a ideia de circular porque, quando tu és preceptor, tu sentes na pele. Então, é importante que todo mundo passe por isso, para depois lembrar: "Quando eu era preceptor, eu sei o que tu estás passando". Que é a mesma coisa de tu fazer parte do Colegiado de Coordenação. Então, esse rodízio, porque também tu não ganhas mais nada para isso, mas faz parte de todo o pacote. (GF2)

Essas seriam iniciativas que diluiriam o peso da responsabilidade entre todos os que potencialmente podem vir a exercer a preceptoria e as tarefas decorrentes, como planejamento e tomada de decisão, no caso de coordenação de ênfase com assento no Colegiado de Coordenação do Programa, por exemplo.

Alguns fatores foram destacados, tais como a necessidade de ampliação e fortalecimento do corpo funcional para atender a nova proposta, que se reflete nos paradoxos que a realidade de atenção à saúde e ensino da saúde, assim como o próprio avanço da RIS, imprimem ao trabalho: um ritmo acelerado de demandas por mais renovação, como é ilustrado a seguir:

A contratação de pessoal – com esse número de pessoas, acrescentando mais as atividades de ensino e que a gente se deu conta de que podia fazer de uma forma responsável e tal, precisa mais gente. Se faz concurso, mas leva um tempo. Eu acho, então, que tem essa dualidade, esse paradoxo. Ao mesmo tempo em que é meio devagar, na Saúde da Família entraram muitas pessoas, muitas pessoas com Residência, que qualificaram muito tudo isso, que fizeram, modificaram, vêm transformando e vêm acrescentando. Só que talvez isso seja ainda num ritmo muito aquém da velocidade que a gente vive o cotidiano de necessidades, ou de algumas coisas que a gente pensa que sejam mínimas para a formação. (GF1)

A referência ao preceptor que realizou a Residência, assim como os processos seletivos que valorizam ter cursado a Residência, como passou a acontecer no GHC, como já foi referido, ajudam na eleição e indicação de um perfil ao trabalhador na instituição-escola na saúde. Na medicina, isto já é realidade há mais de 30 anos.

A constituição da RIS ativou processos de reconfiguração institucional, como por exemplo, renovação de infraestrutura, aquisição de insumos e equipamentos e contratação de pessoal, além de provocar práticas de relações interprofissionais que se geraram ou fortaleceram. Essas mudanças foram caracterizadas, em geral, como positivas, mas também foram identificadas dificuldades, desencontros e resistências de diversas ordens.

Uma participante avaliou que a oportunidade de responder ao roteiro individual foi positiva para que refletisse sobre sua participação na construção do Programa:

Que bom responder a este material, pois é um momento importante de reflexão...  
(PI-2)

## *6 Descoberta de Trilhas*

Nas vozes dos preceptores/as, encontro as palavras de autores/as do campo do trabalho, da saúde e da educação com os quais posso dialogar. A “massa” de dados recolhida levou a constatações parciais que podem constituir as conclusões a respeito do contexto estudado, mas não passam de “trilhas”. O produto principal da investigação foi a visibilidade. A preceptoria em Residências integradas e/ou Multiprofissionais, agora, está aí, com riqueza de detalhes. É possível falar de seus fazeres e afazeres, sua aflição e seus encargos institucionais. A docência na instituição-escola na saúde ganhou corpo, ficou palpável; dela se pode falar segundo seus protagonistas.

O encadeamento das informações e a proximidade com a realidade onde os/as preceptores/as atuam aportou-nos o “intervalo”: da forma Residência Médica ao informe como Residência em Área Profissional da Saúde. Essa tese é o intervalo (trabalho imaterial) tornado visível: informe de dados. Com base nos objetivos e nos dados, podemos tecer “trilhas informadas”. Essa é a tarefa que se segue.

### *6.1 Aspectos que incentivam ou afastam os profissionais da preceptoria*

O envolvimento ampliado com os afazeres profissionais, superando os limites tecnicamente previstos (prescritos) para se implicar em um processo de trabalho que inclui atenção, ensino e construção institucional, lembra o que Cecílio (2007) e seus debatedores (CAMPOS, 2007b; CECCIM, 2007; BARROS DE BARROS, 2007) ressaltaram sobre o trabalho em saúde. Cecílio (2007, p. 350) coloca em discussão um trabalhador que seja crítico, mas capturado por conceitos externos que foram automatizados; seu contraponto seria um trabalhador interrogante de si mesmo, que movimentaria conceitos preexistentes e que contribuiria para um movimento de construção de autonomia sua e daqueles com quem interage, promovendo um “encontro de autonomias”.



Assumindo o debate, Campos (2007a) informa que o trabalho em ato (como o de preceptoria, acrescento eu) está apoiado em trabalho prévio, submetido a normas, sem que prescindam da prescrição. Barros de Barros (2007) indica não ser possível ignorar a existência = e até a necessidade = da prescrição no trabalho como forma de organização, mas não para fins de congelá-lo; trata-se de conferir uma característica de ampliada à gestão no trabalho.

Ceccim (2007) afirma que a ampliação da capacidade de compreensão de si mesmos e do contexto em que atuam, bem como da capacidade de ação no dia a dia, pode ser proporcionada quando os trabalhadores da saúde podem interrogar seu fazer no trabalho, tomá-lo em autoanálise e educação permanente. Mesmo que tenham em conta as normas corporativas que os circundam, os preceptores da RIS incluem a novidade ao (se) pensarem sobre si e o trabalho com ensino em serviço na saúde, o que inclui a presença dos usuários, a quem também atendem, com suas singularidades.

Tampouco o desaparecimento do desgaste no desenvolvimento de qualquer atividade laboral, mas sua reconquista em algum grau de autonomia e de autogestão.

Aproxima-se do questionamento dos preceptores ao atuarem junto a colegas e residentes mais e menos preparados para experienciar uma Residência Multiprofissional francamente voltada aos interesses do SUS<sup>17</sup>. Muitas vezes, a resposta a isso constitui um esforço de convencimento do outro, mas também de si mesmo, ao perceber o (des)compasso entre necessidades identificadas, o andar da instituição para responder a elas, a tarefa do ensinar e a tarefa do assistir com qualidade.

Certo grau de sofrimento pode ser observado quando os participantes mencionam as dificuldades em se desligarem de funções anteriormente assumidas para se dedicarem à preceptoria, talvez por insegurança em saírem de uma zona de domínio, a organização e a prestação do cuidado ao paciente ou usuário dos serviços, para adentrarem ao campo das interrogações, o ensino em serviço na

---

<sup>17</sup> A respeito desta convergência ou divergência em relação aos princípios do SUS, na época da implementação da RIS/GHC, alguns trabalhadores manifestaram sua estranheza ao se darem conta de que os serviços ambulatoriais e hospitalares onde atuavam também estavam "submetidos" ao SUS, mesmo sabendo que estavam vinculados a uma instituição pública de atenção à saúde. Em seu modo de ver, apenas os serviços de atenção primária à saúde, no GHC, seriam "do SUS".

saúde. Indubitavelmente, todos foram estudantes e muitos continuam a sê-lo; além disso, vários foram e/ou são docentes em diferentes níveis de ensino formal e muitos estão se preparando para tal. Contudo, o exercício da troca de conhecimentos e de experiência profissional – em ato e em equipe – é novo, mesmo que o ambiente onde esse intercâmbio ocorra já possua alguma tradição.

A introdução da docência desestabiliza a assistência, interroga o trabalho, convoca níveis de responsabilização superiores. Há um afastamento radical da “forma” Residência Médica que nega o estatuto de um “treinamento em serviço sob supervisão”, uma vez que grupos e rodas multiprofissionais proliferam no serviço entre os próprios residentes, residentes e preceptores, residentes e orientadores, entre preceptores, preceptores e orientadores e entre orientadores. Vozes e perguntas reverberam pelo ambiente da aprendizagem em serviço. Some-se o estímulo ao envolvimento com as instâncias de controle social e o profundo conhecimento dos princípios e das diretrizes do SUS. Por fim, agrega-se que as especialidades para as quais forma a “nova” Residência são relativas ao trabalho, não ao especialismo corporativista.

A abertura à reinvenção trazida por esta nova conjuntura de trabalho em saúde pode significar um rompimento com o caráter sofrido do trabalho, dado que proporciona a recriação de si como sujeito de seu fazer e de seu pensar. Benevides de Barros e Barros de Barros (2007) apontam que as escolhas feitas no mundo do trabalho respondem por buscas de superação do que a prescrição da tarefa e do cargo limita. Essas autoras, reconhecendo a contribuição de Yves Schwartz, identificam que cada limitação superada origina novos regramentos que sucessivamente vão sendo ultrapassados para serem reconfigurados adiante. Um aprender no trabalho o transforma. Essa “transformação” pode ser reconhecida, admitida ou ativada, isto é, saber de seus efeitos, tomar seus efeitos no cotidiano para reorganizar as estratégias de gestão do trabalho ou tomá-la como estratégia de trabalho vivo, com “atualização” em ato.

Uma possibilidade de escape do sentimento de sofrimento para adentrar em uma esfera de protagonismo que traga “saúde” ao trabalho é a gestão do próprio fazer, como aponta Santos-Filho (2007). Ainda que também apresente interfaces de sobrecarga, a autogestão proporciona ao trabalhador uma voz ativa que permite estabelecer vínculos consigo e com os outros.

Mesmo tendo mencionado diversas limitações para uma atuação satisfatória como preceptores, também foi identificado um conjunto de ações resolutivas, bem como um significativo aporte de dimensões que contribuem para seu prazer no trabalho de preceptor. Agregando as informações apresentadas nos Quadros 17 e 18, é possível observar que critérios de satisfação como a disponibilidade para estar junto aos residentes de forma continuada (na dimensão afetiva) pode contribuir para a busca de espaço físico fora das dependências do GHC, uma demanda a ser feita em nível institucional<sup>18</sup>.

De forma semelhante, um critério da dimensão educativa como a abertura para trocas entre diferentes pode potencializar a sensibilização de colegas ainda resistentes à convivência com ensino em serviço, alocada no âmbito de recursos interprofissionais. Outra relação que pode ser feita é entre uma categoria da dimensão criativa, como o desejo de romper paradigmas, com a invenção de possíveis na esfera individual. Se pudéssemos representar multidimensionalmente todas estas correlações, o resultado provavelmente seria semelhante a uma “mandala”, seguindo a proposição de Ceccim e Ferla (2006).

Seria uma contraposição a cruzamentos rígidos e obstáculos intangíveis mediante uma articulação de linhas flexíveis formando interfaces que vão se apresentando sucessivamente, conforme a posição de quem olha/cria/ensina, jogo e arte de dobrar e desdobrar, de compor e recompor, de mirar e refazer, de desenhar e operar. É curioso pensar que, na tradição budista, a mandala é intrincadamente criada em areia colorida para, logo em seguida, ser soprada ao vento, simbolizando a tênue natureza da obra e sua recriação iminente.

Não houve queixa de que as atividades dos preceptores fossem rotineiras; pelo contrário, foi expressa variabilidade ao longo da jornada como o padrão. Contudo, a constante necessidade de improvisação, em virtude da insuficiência de recursos físicos e tecnológicos, além de pessoal em número necessário, como foi o caso da participante que incluiu em sua jornada típica de trabalho a substituição de

---

<sup>18</sup> Uma discussão recente, fora do contexto desta pesquisa, a respeito da busca e ocupação de espaços além dos oferecidos pelo GHC (que são insuficientes para abrigar todas as atividades de ensino desenvolvidas atualmente) para realizar supervisão ou reuniões do currículo integrado em pequenos grupos, gerou comentários variados. Alguns preceptores declararam que realizam supervisão em uma cafeteria nas redondezas, outros atuam na casa de algum residente, outros ocupam o salão de um condomínio, etc. Embora nenhum participante da pesquisa tenha manifestado descontentamento com essa situação, o desconforto é expresso em outros espaços da RIS.

colegas ausentes, demanda um envolvimento psíquico permanente, resultando em uma grande carga de trabalho realizado diferente do prescrito.

É interessante observar que nenhum participante, mesmo que tenha expressado dificuldade, insatisfação ou sofrimento, manifestou desejo de abandonar a preceptoria, havendo alguns que se mantêm na função há muito tempo. Talvez os que não aceitaram o convite para participar da pesquisa tivessem algo a dizer nesse sentido, mas somente outra investigação poderia responder a esse questionamento. É certo que os informantes não expressaram opiniões individualistas ou apressadas nos termos em que essa pesquisa se deu.

Todos os informantes atuam na mesma instituição e me conheciam, bem como a meu lugar institucional. Com isso, quero lembrar que sabiam de meu lugar de técnico superior junto à GEP e poderiam ter-se expressado por queixas, acumulando argumentos em favor da introdução de “benefícios” no trabalho docente ou redução de encargos por sobrecarga. Não foi o que aconteceu. Vi arquitetarem as mais diversas soluções de problemas no cotidiano: criativas, singulares e ousadas até. É possível que, depois de receber meu primeiro convite, tenham conversado entre si, planejado em conjunto uma ou outra resposta ou as registrado por escrito depois de conversarem. É claro que o convite à roda do grupo focal gerou outras redes de conversa antes de sua ocorrência e no interior da mesma. Nenhuma informação, por certo, foi simples “dado”, mas conversa, rede de conversa, “informe”, intervalo.

## *6.2 A interação dos preceptores nas equipes e com os residentes*

O trabalho em equipe, um dos pilares da RIS e, certamente, dos demais programas de Residência Multiprofissional em Saúde, constitui um *locus* de constante (re)criação do trabalho, ao agregar uma multiplicidade de profissões e áreas de ênfase/especialidade no Programa estudado. Esta realidade, no entanto, não corresponde à totalidade dos projetos selecionados para se candidatarem ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, pois, como pode ser observado no Anexo B, alguns são

constituídos por um único núcleo profissional<sup>19</sup>. A incidência da nomenclatura “Integrada” no programa de Residência em Área Profissional não parece gratuita ou fortuita. É a intenção institucional, “bancada” por seus preceptores de (re)construir um ambiente de trabalho em saúde em ruptura com a forma fragmentada. A nomenclatura “integrada” como o oposto de “fragmentada” não precisa anunciar o que combate, mas anuncia o que afirma. Diferente dessa noção, a nomenclatura do Ministério da Educação opta por “multiprofissional” e “em área profissional”, ou seja, mantém ativa a noção de corporação profissional, sob a qual o especialismo corporativista sobrevive.

Na RIS/GHC, as equipes – e, conseqüentemente, os preceptores/as – mantêm um vínculo institucional e funcional continuado por um tempo razoável (alguns são funcionários da instituição há um quarto de século, outros exercem a preceptoría desde sua implementação). Em outros contextos, como o que foi investigado por Rossoni (2010), a multiplicidade de vínculos empregatícios dos que convivem nas equipes prejudica a convivência pela mobilidade interinstitucional e fragilidade da relação funcional. Isto denota a importância de estabelecer algum grau de vinculação continuada entre os profissionais das equipes, a fim de proporcionar um sentimento de pertinência a estes, que seja indutora de aprendizagem mútua e de trabalho em parceria.

Scherer e Pires (2009) observaram, em um estudo junto a equipes da Estratégia de Saúde da Família, que a atitude interdisciplinar é um desafio e depende de iniciativas individuais para renormalizar as normas antecedentes frente a necessidades não antecipadas. Isto foi confirmado pelos preceptores da RIS, ao evidenciarem a dificuldade de diálogo com alguns colegas de equipe, quando estes se viam frente a questões que estavam além do corpo de conhecimento que adquiriram ao longo da formação acadêmica.

Em artigo elaborado por Scherer, Pires e Schwartz (2009, p. 723), a afirmativa de que “o coletivo prescrito se distingue do coletivo real” traz à lembrança as

---

<sup>19</sup> Segundo a lista indicada: Programa de Residência em Enfermagem Oncológica e programas de Residência em Área Profissional da Saúde: Odontologia, Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família e Fisioterapia na Saúde Coletiva. O documento do Ministério da Educação que informa sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde não aborda o número de núcleos profissionais a partir do qual o programa se caracteriza (Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/esclarecimentos\\_residmultiprof.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/esclarecimentos_residmultiprof.pdf)> Acesso em: 3 mar. 2011).

equipes e os serviços onde a RIS se desenvolve e as relações que vão se estabelecendo entre todos os protagonistas. Também se implementam alternativas para manterem o trabalho e se manterem trabalhando em resposta aos limites identificados. O aprendizado do coletivo e da equipe constitui novidade ao ser e ao fazer profissional. É a qualidade do trabalho que está em cena, não a qualidade dos procedimentos (habilidades profissionais específicas). No dizer de Ceccim (2004, p. 271), isso é “trabalho protegido”:

Como lugar de experimentação, experiência, apropriação e de transformações, e, sendo o território de responsabilização pela terapêutica, a equipe deve ser cenário de proteção e não de ameaças, invenção do trabalho protegido e não reposição de rivalidades corporativas. Em lugar do caráter restritivo do trabalho entre múltiplos profissionais, o desafio do trabalho protegido pela equipe multiprofissional.

Ousando compor com o autor, eu agregaria “aberto” à expressão “trabalho protegido”: “trabalho protegido em aberto”, quem sabe? Proteção ao adoecimento e abertura à saúde, ao novo, ao inusitado.

Retomando os depoimentos obtidos, as equipes são compostas por profissionais formados uniprofissionalmente que devem atuar de forma multiprofissional tanto entre colegas, como entre si e os residentes com seus diferentes cursos de origem. Isto por si só já constitui uma superação do prescrito em termos de formação acadêmica. Entretanto, o trabalho prescrito no contexto institucional – em equipe – também deve ser reengendrado para acolher e superar as dificuldades encontradas na convivência cotidiana e produzir cuidado ao paciente e algum grau de satisfação ao trabalhador, sendo que o borramento das fronteiras entre as profissões pode contribuir para tal.

O trabalho em equipe, mesmo que já esteja contemplado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação na área da saúde<sup>20</sup>, deveria ir além da formação para liderança, administração e gerenciamento, objetivando a vivência do trabalho em todas suas dimensões potencialmente problematizadoras. Dessa forma, o futuro profissional poderia se sentir capacitado a atuar não só interdisciplinarmente, mas também, possivelmente, em interprofissionalidade. Assim, a demanda por uma formação para o trabalho em equipe ultrapassaria a fronteira da

---

<sup>20</sup> A atuação em equipe consta das DCN para cursos de graduação na área da saúde no Artigo 4º, parágrafos 4 e 5, e em um parágrafo único.

prescrição nas relações entre profissões, resultando em uma atenção ampliada à saúde.

O fato de preceptores da RIS na ênfase em Saúde da Família e Comunidade e da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade terem proposto o Currículo Integrado permite avançar no questionamento se o currículo formal responde à formação em serviço em equipe ou se não consegue romper com uma segmentação do pensamento organizado. Na visão de Medeiros (2011), o Currículo Integrado, embasado na metodologia da aprendizagem baseada em problemas, está alicerçado em uma fuga do ensino centralizado pelo docente para uma aprendizagem centrada nos residentes e viabilizada por facilitadores. Proposições criativas, incluindo a ocupação de espaços além dos disponibilizados pelo GHC<sup>21</sup>, fazem parte das atividades desenvolvidas conjuntamente por facilitadores e por residentes de todos os núcleos profissionais atuantes na ênfase, constituindo uma oportunidade de convivência, em situação de ensino, com residentes médicos. Já houve proposições de incluir a modalidade de ensino do Currículo Integrado nas outras ênfases da RIS/GHC, mas a proposta não se concretizou.

Escutando os residentes de uma das ênfases da RIS/GHC no início da implementação do programa, Ferreira (2007) indica que a integração interdisciplinar e intersetorial não é de fácil alcance, pois depende da disposição individual, sendo indispensável a flexibilização para o estabelecimento de diálogos nas equipes e nos serviços. A aprendizagem interprofissional mediante um currículo que integrasse os conteúdos e as práticas das distintas profissões envolvidas ao longo dos diversos cursos de graduação na saúde seria um dos indicativos desta tese para uma futura investigação.

Sabidamente não seria um feito simples, pois, como Freeth et al. (2005) informaram, os desafios incluem aspectos singulares a cada profissão e sua tradição, como as habilidades consideradas exclusivas e presentes na própria regulamentação profissional. Um possível alcance de autonomia ultrapassa os limites prescritos para focar um trabalho colaborativo, recreativo e desenhado em

---

<sup>21</sup> No esforço de garantir um espaço adequado para pequenos grupos (PGs) compostos por 9 ou 10 residentes (correspondendo a duas unidades de saúde do SFC), além de um facilitador/a, alguns PGs do Currículo Integrado se reúnem semanalmente no domicílio de algum/a residente. Em minha experiência como facilitadora, isto confere uma aproximação singular com a realidade de vida dos residentes, pois se assemelha, guardadas as devidas proporções, à experiência do trabalho em comunidade com suas visitas domiciliares (VDs).

cada equipe, cada local, com cada grupo social sob atenção. A saúde despreendeu-se da noção de “trabalho médico” para a noção de trabalho em saúde. Entretanto, tanto mais presos à noção de Recursos Humanos, mais presos à noção de uma distribuição de trabalhadores por profissão e postos de trabalho, quando precisaríamos de cuidadores em equipe, ocupados com uma instituição que precisa responder às necessidades de seus usuários com integralidade, equidade e participação.

### *6.3 O trabalho imaterial no contexto da RIS*

A busca por elementos que caracterizassem o trabalho imaterial no contexto da preceptoria evidenciou diferentes relações entre tempo e a atividade laboral em si como dimensões interdependentes, mas não necessariamente sincronizadas, como se vê a seguir.

#### *Os tempos do trabalho*

Embora o tempo não seja apreensível pelos cinco sentidos do ser humano, como indicou Elias (1998), Whitrow (1993) apontou a possibilidade de um “sentido do tempo” como uma sensação do passar do tempo que dependeria da consciência da duração de algum evento.

Em relação à pesquisa concluída, o tempo como uma dimensão mensurável mediante seu registro no calendário em anos (tempo de vínculo institucional), meses (de experiência) e dias (para cumprir determinado prazo) e no relógio (como hora-aula e hora-extra, por exemplo) impõe-se como uma das medidas do trabalho, mas não é suficiente para lhe dar sentido. Sua dimensão não-mensurável, caracterizada pela “pré”-ocupação, pela preparação para o trabalho, pela apreensão do que está por vir e pela inquietude pelo que não foi cumprido, ocupa esferas importantes de quem exerce cotidianamente o ensino em serviço, especialmente na saúde.

A simultaneidade de tarefas, a (im)possibilidade de compartimentalizar o tempo de dedicação ao ensino “em serviço”, o conflito de estar com liberação para cursar pós-graduação sem conseguir diminuir proporcionalmente a diversidade de tarefas a fazer, a incompatibilidade da carga horária entre colegas de equipe e



destes com os residentes são situações cotidianas. Contudo, nenhum participante expressou desejo de desistir, mesmo que temporariamente, da preceptoria; ao contrário, houve inúmeras manifestações de vontade de continuar atuando e contribuindo para a qualificação da RIS. Essa atitude de proatividade indicou que o tempo pode “ser” sentido e “ter” sentido para quem o vive – mais ainda para quem o vive em ato como trabalho vivo, lembrando Merhy (2002). O depoimento recuperado a seguir exemplifica como o tornar-se autora de seu próprio esforço confere uma aquisição e uma atribuição de sentido ao trabalho e à vida:

(...) Mas quando tu sentes que o sofrimento que tu estás tendo agora é o sofrimento decorrente das escolhas, a consciência do que tu fizeres o que continuas fazendo (...), eu acho que está bem. (GF2)

Zarifian (2002) define dois tempos simultâneos cujo peso é distinto – o tempo “de” trabalho e o tempo “do” trabalho. O primeiro caracteriza um tempo “especializado”, quantificado, dominante no modo de vida presente e imposto de fora sobre o trabalho. O segundo denota um tempo-devir, pleno de transformações qualitativas, com penetração do trabalho no tempo. Este pode devolver ao trabalho um sentido de apropriação recíproca entre quem o promove e quem é destinatário de seu efeito. É possível que os preceptores estejam vivenciando o desequilíbrio entre as duas dimensões – tempo “de” trabalho e “do” trabalho – e que estejam buscando um reequilíbrio que lhes seja mais favorável, rompendo o limite imposto pelo contrato regido pelo calendário e pelo relógio. Uma iniciativa como a registrada no grupo focal exemplifica esta situação:

(...) como eu estava entrando em férias e eu não ia poder participar de algumas discussões, eu disse: “então, vou me fazer presente com um email” e aí mandei. (GF1)

Outra preocupação a acrescentar seria a assincronia em relação ao ritmo da instituição, algo que os preceptores identificaram como *time*, tempo na língua inglesa. Essa assincronia atesta a mobilidade, mobilidade nas pessoas, as mobilidades na instituição. Os preceptores são agentes vivos na instituição, um lugar bastante distinto do sindicato; o sindicato que corta movimentos da instituição como um estar de certa maneira, passando a estar de outra. Para os preceptores, é relevante o próprio movimento; é nesse “estar” que podem interferir. É como

escolher o “entre”, o “intervalo”, o “informe” – espaço de autogestão, dos graus de autonomia.

O tempo “de” trabalho dos preceptores é registrado em um relógio-ponto que acumula as horas trabalhadas conforme o contrato de cada um. O excedente não pode ser remunerado, por determinação institucional, e vai sendo somado em um banco de horas, sendo que o conjunto de horas-extra deve ser descontado em folga dentro de um período de tempo determinado. De acordo com Cardoso (2009, p. 161), “no caso da hora extra, a troca se dá entre mais tempo de trabalho por maior remuneração; já com o banco de horas, a troca é entre mais tempo de trabalho, em um momento, por mais tempo de não trabalho, em outro”.

No caso dos preceptores, o acúmulo de horas excedentes, muitas vezes, supera o limite de tempo definido para seu gozo como folga, levando a diversos artifícios. Neste caso, o desejo e a necessidade de continuar em atividade ultrapassam o limite do razoável e podem capturar o tempo livre. O aumento do tempo de trabalho “informal”, como indica a autora (CARDOSO, 2009, p. 173), é uma pista a seguir para investigar o custo deste vínculo às expensas de uma conexão profissional além dos limites admissíveis como trabalho.

O tempo “do” trabalho é vivenciado com intensidade desde a seleção dos candidatos a residente até os esforços de convencimento de colegas resistentes a sua presença nos serviços. A preocupação com o “meu / teu” residente para que seja encarado como “nosso” e a inquietude em relação à resistência de colegas e equipes de acolher os residentes são balanceadas pela inventividade das estratégias postas em prática para superar os limites que se apresentam. Esta “relação direta entre o sentimento que os trabalhadores têm do trabalho e do tempo de trabalho” (CARDOSO, 2009, p. 182) fica evidente no caso dos preceptores em uma instituição-escola na saúde.

A dedicação à preceptoria fora do trabalho prescrito é evidente nos relatos que incluem deslocamentos múltiplos ao longo da jornada, seja para atender a demandas organizacionais ou administrativas, seja para se manter em qualificação. O fato de os preceptores estarem aprendendo em serviço, se expondo e buscando respostas em conjunto com os residentes indica uma disponibilidade para procurar soluções além do que está prescrito e formalmente oferecido; a procura de espaço físico para reuniões fora do ambiente institucional e o recebimento de boas-vindas

como trabalhadora recém-chegada que assume a preceptoria por parte de quem seria sua residente exemplificam isso. Resgatando o grupo focal realizado, relembro o depoimento:

(...) quem me acolheu foi a residente. (...) Ela que me acolheu, era a [profissional] que tava no lugar. (GF2)

### *O trabalho imaterial no ensino em serviço na saúde*

A literatura relacionada ao trabalho imaterial no Brasil tem abordado, entre outros aspectos, o trabalho industrial (CARDOSO, 2009, 2010); o trabalho bancário (GRISCI, 2008); o trabalho jornalístico (GRISCI; RODRIGUES, 2007); os efeitos das tecnologias de informação e comunicação sobre os trabalhadores (GRISCI; BESSI, 2006); o trabalho da enfermagem (WEBER; GRISCI, 2010, 2011); e a vigilância em saúde do trabalhador (SANTORUM, 2006).

O modo de trabalhar na contemporaneidade se viabiliza mediante o uso de “próteses tecnológicas acopladas ao corpo” (GRISCI; BESSI, 2006, p. 36) e de “instrumentos nômades” (CARDOSO, 2009, p. 173). Telefone celular, *palmtops*, computadores portáteis, *smartphones*, todos servem para manter o trabalhador conectado o tempo todo, ocupando seu tempo livre e constituindo o tempo “do” trabalho. Aparentemente, estes equipamentos eletrônicos poderiam liberar o funcionário do trabalho entre quatro paredes, mas também o fazem se manter em estado de alerta por muito tempo após o horário contratado. Os preceptores também mencionaram sua preocupação com a criação de atividades e relações intra e extra-ambiente profissional para viabilizar a preceptoria e, frequentemente, são encontrados em situações de trabalho, conectados via rede sem fios por dispositivos de comunicação portáteis, após o registro da saída no relógio-ponto<sup>22</sup>.

Considerando o trabalho bancário, Grisci (2008, p. 18) informa que “a flexibilidade, a adaptabilidade, a participação, requalificação crescente, a autonomia para pequenas decisões e a afetividade nos relacionamentos” se contrapõem ao “excesso de exposição, à falta de privacidade, a disponibilidade total diante das

---

<sup>22</sup> É interessante observar as reclamações dos preceptores a respeito da lentidão do sistema de informática e da escassez de pontos de acesso *wireless* no GHC, visto que a maioria dos equipamentos ainda precisa de conexão por cabo para funcionar e o sistema já está sobrecarregado. É possível, então, perguntar-se: afinal, acessar informações mais rapidamente significa trabalhar mais ou menos? Acessá-las em todo e qualquer lugar significa trabalhar melhor?

demandas sempre mutáveis”, entre outros aspectos. Essa constatação também se aplica aos preceptores na medida em que afirmaram estar em disponibilidade o tempo todo. Da mesma forma, a hipersolicitação, característica do trabalho contemporâneo, como lembram Weber e Grisci (2010), parece necessitar de uma “jornada de 40 horas”, como disse uma das preceptoras, referindo-se à exiguidade de seu contrato de 30 horas semanais para cumprir tudo o que pensa ser exigido pela função:

(...) A jornada deve garantir espaço para estudo, orientação de trabalhos, pesquisa, assistência, grupos e trabalho comunitário. (...) É preciso garantir espaço suficiente para esta construção, sem que a demanda atropela o processo. (PI-6)

A autogestão, outro aspecto indicativo do trabalho imaterial, pode ser encontrada na fala dos preceptores em consonância com o que Weber e Grisci (2011) encontraram em termos de conhecimento, criatividade e iniciativa dos trabalhadores, ilustrada pela intervenção em situações imprevistas. Ademais, a sensação de ter que estar em mais de um lugar, físico e simbólico, ao mesmo tempo os coloca em situação de permanente tensão para escolher uma ou outra função – pensar ou fazer, atender ou ensinar – dificultando a existência de um “ou”, isto é, colocando-se um “e” em uma soma de funções que criaria outras possibilidades de viver e trabalhar. Esta busca inventiva por porosidades nas relações formais também caracterizaria o trabalho na contemporaneidade, acompanhando a produção de Weber e Grisci (2010).

É possível reconhecer que os preceptores transitam entre territórios sem limites definidos, configurados como interfaces entre ensino/atendimento/desenvolvimento institucional, existindo um movimento de constante desterritorialização e reterritorialização ao se depararem com situações inusitadas ou problemas cuja solução já deveria ter sido contemplada, por exemplo. Neste sentido, mais aspectos indicativos do trabalho imaterial também estão presentes, como se vê em um contexto da indústria da comunicação investigado por Frezza, Grisci e Kessler (2009).

### *Os possíveis como potência*

A reflexão a respeito do que é “possível” fazer em um contexto de movimentação entre fronteiras que não sejam encaradas como impenetráveis, mas sim porosas, flexíveis, borráveis, atribui a este “possível” um caráter de potência,

não mais de limite. A indissociabilidade entre os elementos que interagem no ensino em equipe em serviço na saúde é semelhante ao que vigora nas interfaces entre profissões, atribuições e saberes diversos nesse campo. A “multifunção” dos preceptores pode ser causa de fadiga, mas também parece lhes abrir linhas de transgressão dos limites institucionais contratados, possibilitando a conquista de outros elementos que tragam mais sentido ao seu trabalho, ganhos de autonomia e relativa posse da instituição aos seus desejos de movimento.

Aproximando-se do que os preceptores identificaram como resposta insuficiente ou lenta do GHC às demandas concorrentes à implementação e ao crescimento da RIS, Santorum (2006, p. 157) indica que um respaldo institucional insuficiente ou frágil convoca os trabalhadores a utilizarem diversos modos de enfrentamento da situação, pois “(...) põe à prova os personagens, desafiando-os a encontrar *possíveis*, apesar dela. A tornar a situação *vivível*” [grifos da autora]. Transformar uma situação difícil em algo que possa ser vivido na condição de protagonista remete ao encontro no grupo focal:

(...) Era o lugar de estar convivendo com o ensino e não perder o ensino. (...) Certamente, é um lugar que, se tem que ter sofrimento, pode ter, mas é um lugar que as pessoas ocupam com prazer, sabe? Eu acho que é um lugar de desafio. Acho que, nesse momento, pensando no nosso serviço, é um lugar de movimento. (GF1)

Lembrando do que Pasini (2010) aponta, os preceptores e outros protagonistas da RIS inventam e se inventam no exercício da docência em serviço na saúde, visto que as demandas e as soluções vão sendo engendradas ao longo das interações e da jornada.

Uma contribuição à formação de preceptores seria evidenciar que essa condição de possibilidade como potência para romper limites prescritos pode contribuir para a observação de que ser preceptor implica ser um trabalhador real e imaterial, não prescrito, inventivo.

## *6.4 Contribuições para o trabalho em uma instituição-escola na saúde*

Os participantes são coautores da etapa central desta investigação e, devido a isso, suas contribuições são também lembradas neste capítulo. A expressão de suas vivências, as alusões à arte, a clareza com que manifestaram suas insuficiências e suas vitórias, tudo isto veio acompanhado de proposições pertinentes e viáveis.

A proposição de participação em encontros que agreguem componentes de todas as ênfases, o que propiciaria um intercâmbio de conhecimento e experiência semelhante ao que os residentes vivenciam nos seminários integrados, indica um desejo de se apropriar do todo para o qual contribuem com uma parte. Muito possivelmente isso também resultaria em um sentimento de corresponsabilidade e poderia ampliar o grau de compreensão das dimensões que a RIS pode alcançar em relação a pacientes, usuários dos serviços, trabalhadores e gestores, levando-se em conta que a interdisciplinaridade, menos ainda a interprofissionalidade, não é plenamente vivenciada no SUS.

A sugestão do rodízio da função de preceptoria, devidamente acompanhada do recebimento da respectiva bolsa de preceptoria e de uma reorganização da carga de trabalho em assistência, pode representar uma oportunidade de ampliação da visão das responsabilidades inerentes à função. Entretanto, considerando-se a formação e a experiência necessárias para o atendimento das demandas institucionais e educativas, o tempo de atuação como preceptor/a constitui um fator gerador de segurança que deve ser levado em conta ao ser pensada a renovação do quadro. A dificuldade de identificar quem ainda era preceptor, mediante consulta à lista junto à GEP/GHC, mencionada no Capítulo 4, é um exemplo tanto do dinamismo como da instabilidade da composição do grupo. Considerando-se o investimento recentemente feito para oferecer a Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, por exemplo – que tanto preceptores participantes como não-participantes da pesquisa cursaram –, é importante observar que vários não estão mais exercendo a função.

Com base no material indicativo da distribuição da carga horária de trabalho

dos preceptores, pude detectar a média de 23,5% (de 14 a 33%) da carga horária de trabalho passando a ser ocupada pelo ensino quando do exercício da preceptoria. Com base na roda de conversa de um dos grupos focais, tive a indicação de que 30% da carga horária de trabalho passa a ser ocupada pelo ensino quando do exercício da preceptoria:

(...) Sei lá, 30%, mas não é muito claro, nem pra gente e tampouco para os demais, para a equipe toda que está, assim, perdendo o nosso trabalho [na assistência].  
(GF1)

O dado numérico da média quantitativa não se afasta muito do dado numérico da sensação narrada, quanto ao impacto da absorção da carga horária da assistência pela introdução da docência. Parece necessário admitir que a docência reduz horas da assistência e das ações do âmbito organizativo e institucional que precisam ser repostas para não gerar sobrecarga aos trabalhadores. Mesmo que os usuários não sejam prejudicados por desassistência, posto que os residentes participam dos atendimentos, dever-se-ia prever, com base no presente estudo, um dimensionamento de pessoal suficiente para a reposição de algo em torno de 25% da carga horária “roubada” do trabalho na instituição de saúde pela introdução da docência. Os 25% referem-se a um número operacional, tendo em vista a média simples de 26,75% quando se considera a oscilação entre os 23,5% de uma “síntese provisória” e os 30% de uma “sensação espontânea”.

Retomando o objetivo geral da investigação implementada, pude observar que os elementos que interagem no ensino em equipe em serviço na saúde são indissociáveis, embora nem sempre plenamente percebidos no cotidiano do trabalho. Um possível aporte do que foi evidenciado em minha interação com os participantes e com a literatura seria a promoção de um encontro entre as necessidades identificadas e as oportunidades de vivenciar o ensino neste contexto e em outros.

Outro subsídio ao campo da saúde nas interfaces com a educação e o trabalho seria a discussão acerca do processo de trabalho, pois o formato vigente não deixa claro o que é esperado dos preceptores nem dos colegas não-preceptores ao conviverem com residentes e suas necessidades educativas. Com isso, espero que o desencontro entre o real e o possível – preocupação trazida como dificuldade em alguns depoimentos – seja resignificado como um encontro entre potência e criação, não como limite.

Ao longo dos contatos com os participantes e da revisão dos editais aos processos seletivos de trabalhadores e de residentes no GHC, pude detectar que trabalhadores se tornam preceptores sem formação e sem experiência docente, mas também sem experiência de um dia terem sido residentes. A primeira vez que um edital de processo seletivo público no GHC incluiu a Residência em Área Profissional da Saúde na candidatura a cargos de nível superior de profissões da saúde e da educação foi em 2007. A existência da RIS no GHC passou a ser motivo de inclusão de tal critério em seus processos seletivos, verificando-se um melhor preparo do trabalhador nas funções docentes com residentes, uma vez ter sido residente, especialmente na mesma instituição. Ter sido residente pontua questões ao ser preceptor, qualificando o trabalho assistencial, organizacional, docente e de desenvolvimento institucional.

Considero que o objetivo geral da tese – identificar em que medida o trabalho em saúde em um contexto de formação inclui ações e reflexões voltadas ao exercício da docência e do desenvolvimento institucional aliado ao cuidado em saúde – ficou próximo de ser alcançado. A principal novidade é que esse encontro é constitutivo de desenvolvimento institucional e de participação na construção organizacional cotidiana: (re)construção institucional.



## 7 Seguindo em Frente...

“Começa a aventura do Doutorado...”. Este pensamento marcou o dia de minha matrícula para o primeiro semestre como estudante regular do Doutorado em Educação e perpassou minha vivência no curso. Um ano antes, tinha adquirido meu bilhete “sem reserva de assento” ao ser aceita no Programa de Educação Continuada oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, e os “trechos intermediários” foram consolidando minha vontade de seguir a “estrada principal”.

Muitos encontros estão assinalados no diário desta viagem. Alguns se deram no âmbito do estudo, com a (re)leitura de autores clássicos e o achado de novas produções. Uma descoberta muito recente e absolutamente casual foi a obra de Rafal Olbinski, artista surrealista nascido em 1945 na Polônia e radicado nos Estados Unidos da América. O impacto da coincidência de seus trabalhos com algumas referências trazidas pelos participantes foi a motivação para aproveitar sua produção para ilustração da tese. Outros encontros se deram no plano pessoal, nas trocas de afeto, angústias e descobertas; outros, ainda, se deram na esfera profissional ao ser desafiada a enfrentar obstáculos que se revelaram instigantes. A descoberta do conceito de trabalho imaterial foi o disparador de questões que foram se colocando com uma potência cada vez maior a respeito do caráter do trabalho em saúde, do “meu” trabalho. Este já não era “só” atendimento, pois ensinar agora tinha um lugar e um nome em meu pensar ao fazer saúde.

A busca de mais respostas para as muitas verdades que fui percebendo em minha vivência profissional levou ao encontro de conceitos como aprendizagem, conhecimento, trabalho imaterial, atividade, labor, concretude, tempo produtivo, tempo residual, entre outros. Tudo isto passou a fazer parte de minha bagagem de mão, embora já fossem meus apetrechos de viagem sem que eu soubesse nomeá-los. Então, o encontro com colegas buscando orientação para suas monografias; com residentes de várias profissões para produzirmos, em conjunto, uma alquimia a partir de suas interrogações; e, especialmente, com colegas preceptores enriquecidos pela dúvida e pela surpresa decorrentes do exercício desta nova

função, desencadeou o processo de partida em busca de prováveis explicações sobre os rumos possíveis dos aspectos da vida relacionados ao trabalho.

Alguns desencontros permearam a etapa intermediária deste percurso e fizeram com que eu me visse diferente, encarando uma outra etapa de minha experiência, uma outra condição de saúde, um outro ciclo da vida. Minha mãe foi se afastando em uma névoa de des-memória, até que se fez a própria memória.

O reencontro se deu comigo mesma. Sem dúvida, este é um texto de uma “dentista tradutora”: habituada a trabalhar por tarefa, pressionada a manter o ritmo, organizada para dividir o tempo e o espaço em frações pré-definidas, preocupada com a exatidão e o detalhe, seguindo normas pré-estabelecidas e sujeita ao registro de produtividade. Também é o texto de “uma” dentista “intérprete” (no sentido trazido por Steiner em 2005), aprendendo a reconhecer que o fazer se dá pensando, a atuar refletindo, a observar duvidando; que vem tentando fazer com que sujeitos de pesquisa se sintam participantes deste processo e deem voz ao próprio pensar, e que pesquisadores deixem de objetificá-los; que se desacomoda ao incluir mais uma ou outra orientação de pesquisa em tópicos instigantes perscrutados sob olhares diversos; que viaja no tempo e no espaço tentando aproveitar todo o tempo / o tempo todo para ver mais, ir além do dito e expresso, rumo ao intuído e ao sentido. Em um texto publicado em 2010 – “*Onde está a dentista?*” – ilustro um trecho dessa busca por um sentido ampliado do fazer saúde na interseção com o campo da educação.

A voz dos participantes me acompanhou durante o processo de redação e reflexão sobre as contribuições que fizeram enquanto, ao mesmo tempo, o silêncio dos que não participaram me fez pensar no muito que teriam a compartilhar. Da mesma forma, anotações de aulas com professores marcantes e leituras antigas e recentes reagruparam-se ao meu redor, e o conjunto de autoras e autores e participantes foi se transformando em mapas com destinos que confluíam em direção a um destino provisório.

A possibilidade de experienciar a pesquisa na condição de orientanda, não de orientadora, foi inovadora e confirmou uma certeza da generosidade dos participantes e de seu acolhimento à minha necessidade de interação por razões acadêmicas. Ademais, me fez vivenciar a relação de busca e proposição de respostas em diálogo com meu orientador.

O desafio que aqui se faz no papel é desaprender o que me foi ensinado e ousar avançar além dos limites aprendidos para esboroar as fronteiras, traduzindo e interpretando regimes de verdade, as prescrições e as certezas em linguagens possíveis e por inventar. Seguindo em frente, concluo esta etapa da caminhada ousando atualizar uma referência a Deleuze (1992), autor com quem me encontrei na interseção com pessoas importantes nas minhas andanças em busca de respostas. Produzir “um pouco de possível” em meio ao “sufoco” da sobrecarga de trabalho, das expectativas evidentes e por descobrir e das necessidades sentidas e (mal) percebidas ao longo da formação e do trabalho em saúde pode se tornar realidade e transformar o viver de profissionais de saúde, reverberando em todos os cenários e atores a sua – e a minha – volta.

## *8 Guias da Viagem*

ABREU, Wilson Correia de. Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In: CANÁRIO, Rui (Org.). **Formação e Situações de Trabalho**. Porto: Porto, 2003. p. 147-168.

ALMEIDA, Márcio (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina, PR: Rede Unida, 2003.

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ANGNES, Décio Ignácio; BELLINI, Maria Isabel Barros (Orgs.). **Perfil Profissional e a Formação em Saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARENDDT, Hannah. **Entre o Passado e o Futuro**. Tradução de Mauro W. Barbosa. São Paulo: Perspectiva, 2009.

BALDISSEROTTO, Julio et alii. A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC. **Momento e Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 46-50, 2003.

BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth. A vida, como ela é? **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 153-166, 2003.

BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth. Trabalhar: usar de si – sair de si. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 355-357, maio/ago. 2007.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (Orgs.). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: Editora Ijuí, 2007. Cap. 2, p. 62-71.

BATISTA, Nildo Alves. **Professor de Medicina**. São Paulo: Loyola, 1998.

BATISTA, Nildo Alves. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, 2005.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena; ABDALLA, Ively Guimarães (Orgs.). **Ensino em Saúde**. São Paulo: Arte & Ciência, 2006.

BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; BATISTA, Nildo Alves. **Docência em Saúde**. São Paulo: SENAC, 2004.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. **Trabalho e Identidade em Tempos Sombrios: insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.

BENTZ, Rosa María Borrell. **La Educación Médica de Postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa**. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor ou mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

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. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 20 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto da RIS/GHC, 2003**. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2003.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria nº 109/04, de 31 de março de 2004**. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.704, de 17 de agosto de 2004**. Publicada no Diário Oficial da União de 18 de agosto de 2004. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. 2004b.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.718/2004**. Publicada no Diário Oficial da União de 3 de maio de 2004. 2004c.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=23&id=122&Itemid=594](http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=23&id=122&Itemid=594)> Acesso em: 20 ago. 2008. 2005a.

BRASIL. **Medida Provisória nº 238/2005**. Publicada no Diário Oficial da União de 2 de fevereiro de 2005. 2005b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.092, de 21 de outubro de 2005**. Inclui na Portaria Interministerial nº 1.704/MEC/MS os Hospitais Cristo Redentor e Hospital Fêmina – RS como Hospitais de Ensino. 2005c.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005**. Publicada no Diário Oficial da União de 4 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. 2005d.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria nº 037/07**. 2007a. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 698, de 19 de julho de 2007**. Publicada no Diário Oficial da União de 20 de julho de 2007. Nomeia e define a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2007b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007**. Publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2007c.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 593, de 15 de maio de 2008**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. 2008a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008**. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. 2008b.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC**. 2009a. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/risprojeto.pdf>> Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.498, de 6 de julho de 2009**. Prorroga até o mês de outubro de 2009 o prazo fixado para validade da Certificação como Hospital de Ensino. Publicada no Diário Oficial da União nº 127 de 6 de julho de 2009. 2009b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde**. 2010a. Disponível em:

<[http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=919&Itemid=595](http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com_content&task=view&id=919&Itemid=595)> Acesso em: 20 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica n. 27).

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010**. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. 2010c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm) Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. ESCOLA GHC – Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde**. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/cursoinformacaocientifica.htm>> Acesso em: 30 jan. 2011.

BRITO, Jussara Cruz de. Verbetes “Trabalho prescrito” e “Trabalho real”. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 282 e 288.

BRITTEN, Nicky. Entrevistas qualitativas. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 24-31.

BUSNELLO, Ellis D'Arrigo et al. **Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária**: documento de trabalho. Porto Alegre, 1975. (Impresso).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (Orgs.). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: Editora Ijuí, 2007a. p. 11-15.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “Interrogativo”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 352-354, maio/ago. 2007b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CANGUILHEM, Georges. **Lo Normal y lo Patológico**. Tradução de Ricardo Potschart. 7. ed. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 1986.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. **Tempos de Trabalho, Tempos de Não-trabalho**: disputas em torno da jornada do trabalhador. São Paulo: Annablume, 2009.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. Os trabalhadores e suas vivências cotidianas: dos tempos de trabalho e de não-trabalho. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 101-117, 2010.

CARIA, Telmo Humberto. Trajetória, papel e reflexividade profissionais: análise comparada e contextual do trabalho técnico-intelectual. In: CARIA, Telmo Humberto et al. (Orgs.). **Saber Profissional**: análise social das profissões em trabalho técnico-intelectual (ASPTI). Coimbra: Almedina, 2005. p. 43-91.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abusos de substâncias. In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Compiladores). **Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica**: métodos, análisis y ética. Universidad de Guadalajara/Servicio Basco de Salud/Universidad Autónoma de San Luís Potosí/Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002. p. 71-88.

CATTANI, Antonio David (Org.). **Trabalho e Tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis, RJ: Vozes/Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 345-351, maio/ago. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos no SUS. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 373-413.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005a.



CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos da saúde” leia-se “Coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005b. p. 163-182.

CECCIM, Ricardo Burg. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde!” O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 358-61, maio/ago. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2003. p. 211-226.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CLOT, Yves. **A Função Psicológica do Trabalho**. Tradução de Adail Sobral. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Maria Helena de Andréa. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 101-113.

COLARES, Luciléia Granhen Tavares; FREITAS, Carlos Machado de. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3011-3020, dez. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decreto nº 80.281**, de 05 de setembro de 1977.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.627/2001**. Publicada no Diário Oficial da União de 16 de novembro de 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Câmara Federal aprova projeto de lei que prevê carga horária de 30 horas para assistentes sociais**. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/noticias\\_res.php?id=6](http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=6)> Acesso em: 30 jan. 2011.

D'ESPINEY, Luísa. Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, Rui (Org.). **Formação e Situações de Trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003. p. 169-188.

DAL ROSSO, Sadi. A teoria do tempo do trabalho. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 295-320, 1996.

DAL ROSSO, Sadi. Flextempo: flexibilização da jornada à brasileira. In: FERREIRA, Mário César; DAL ROSSO, Sadi (Orgs.). **A Regulação Social do Trabalho**. Brasília, DF: Paralelo 15, 2003. p. 71-92.

DAL ROSSO, Sadi. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 65-91, 2006.

DALLEGRAVE, Daniela. **No Olho do Furacão, na Ilha da Fantasia**: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DAVINI, Cristina. **Las Residencias del Equipo de Salud**. Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaria de Salud, UBA, Instituto Gino Germani, 2003. p. 23-27.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DIERCKS, Margarita Silva et al. O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Orgs.). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 173-189.

ELIAS, Norbert. **Sobre o Tempo**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Froes. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 105-114, 2005.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Agentes Comunitários de Saúde**: discurso e prática em saúde bucal coletiva. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FAJARDO, Ananyr Porto. Onde está a dentista? In: MANO, Maria Amélia Medeiros; PRADO, Ernande Valentin do (Orgs.). **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde**: a realidade e a utopia. São Carlos, SP: EDUFSCAR, 2010. p. 129-145.

FAJARDO, Ananyr Porto; PASINI, Vera Lúcia; SCHMIDT, Maria Helena; et alii. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Orgs.). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 115-126.

FALK, João Werner. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da Medicina Geral Comunitária. In: LEITE, Denise (Org.). **Pedagogia Universitária**: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1999. p. 159-180.

FARIAS, Élon Romeu; STEIN, Airton Tetelbom; HOFFMANN, José Ernesto. Os egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2004.

FENDLER, Lynn. What is it impossible to think? A genealogy of the educated subject. In: POPKEWITZ, Thomas S.; BRENNAN, Marie (Eds.). **Foucault's Challenge**: discourse, knowledge, and power in education. New York: Teachers Collage Press, 1998. p. 39-63.

FERREIRA, Silvia Regina. **Residência Integrada em Saúde**: uma modalidade de ensino em serviço. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, PR, v. 10, n. 3, p. 21-26, 2003.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira de. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Escrita acadêmica: arte de assinar o que se lê. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Orgs.). **Caminhos Investigativos III**: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 117-140.

FONSECA, Tânia Maria Galli; ENGELMAN, Selda; GIACOMEL, Angélica Elisa. A emergência da economia imaterial e as mutações subjetivas contemporâneas. In: MERLO, Álvaro Roberto C. (Org). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. Cap. 1, p. 23-42.

FORTUNATI, Leopoldina. Immaterial labor and its machinization. **Ephemera: theory and politics in organization**, London, v. 7, n. 1, p. 139-157, 2007.

FOUCAULT, Michel. Disciplina. In: FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Tradução de Ligia M. Ponde Vassallo. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. p. 125-204.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Tradução de Vera Porto Carrero e Antônio Carlos Maia. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez. 2007.

FREETH, Della et al. **Effective Interprofessional Education: development, delivery, and evaluation**. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

FREZZA, Marcia; GRISCI, Carmem Ligia Iochins; KESSLER, Cristiano Keller. Tempo e espaço na contemporaneidade: uma análise a partir de uma revista popular de negócios. **RAC: Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 487-503, jul./ago. 2009.

FUNDATEC. (2004). **Edital de Abertura 01/2004**. Processo Seletivo Público 02/2004 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2004. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-4451.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. (2005). **Edital de Abertura 01/2005**. Processo Seletivo Público 01/2005. – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2006. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-212.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2011.

FUNDATEC. (2005). **Edital de Abertura 02/2005**. Processo Seletivo Público 02/2005 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2006. Disponível em:

<<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-30.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. (2006). **Edital de Abertura 01/2006**. Processo Seletivo Público 01/2006 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2007. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-48.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. (2007). **Edital de Abertura 01/2007**. Processo Seletivo Público 01/2007 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2008. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-75.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2011.

FUNDATEC. (2008). **Edital de Abertura 01/2008**. Processo Seletivo Público 01/2008 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2009. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-92.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. (2009). **Edital de Abertura 01/2009**. Processo Seletivo Público 04/2009 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2010. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-109.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

GORZ, André. **Metamorfoses do Trabalho**: crítica da razão econômica. Tradução de Ana Montoia. São Paulo: Annablume, 2003.

GORZ, André. **O Imaterial**: conhecimento, valor e capital. Tradução de Celso Azzan Jr. São Paulo: Annablume, 2005.

GREENHALGH, Trisha. **How to Read a Paper**: the basics of evidence-based medicine. 4. ed. Wiley-Blackwell / BMJ Books, 2010.

GRISCI, Carmem Ligia loschis. Trabalho imaterial, controle rizomático e subjetividade no novo paradigma tecnológico. **RAE: Revista de Administração de Empresas-eletrônica**, v. 7, n. 1, Art. 4, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www16.fgv.br/rae/redirect.cfm?ID=4200>> Acesso em: 3 mar. 2011.

GRISCI, Carmem Ligia loschis; BESSI, Vânia Gisele. Trabalho imaterial e resistência na contemporaneidade. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 35-47, jan./jun. 2006.

GRISCI, Carmem Ligia loschis; RODRIGUES, Paulo Henrique. Trabalho imaterial e sofrimento psíquico: o pós-fordismo no jornalismo industrial. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 48-56, 2007.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Plano de Desenvolvimento Institucional**. 2010a. Impresso.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Relatoria do Processo de Avaliação dos Campos na Ênfase da Saúde da Família e Comunidade**. 2010b. Impresso.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. Tradução de Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2004.

HARVEY, David. **Condição Pós-moderna**. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 19. ed. São Paulo: Loyola, 2010.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução de Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KAMPER, Dietmar. **O Trabalho Como Vida**. Tradução de Peter Naumann e Norval Baitello Junior. São Paulo: Annablume, 1997.

KITZINGER, Jenny. Grupos focais. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LARROSA, Jorge. O ensaio e a escrita acadêmica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 101-115, 2003.

LAZZARATO, Maurizio. Para uma definição do conceito de “Bio-política”. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 5-6, Maio/Dez. 1998.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho Imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Tradução de Mônica Jesus. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LOUREIRO, Armando. O trabalho e o saber dos profissionais-técnicos de educação de adultos em contexto associativo. In: CARIA, Telmo Humberto et al. (Orgs.). **Saber Profissional**: análise social das profissões em trabalho técnico-intelectual (ASPTI). Coimbra: Almedina, 2005. Cap. 5, p. 170-195.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde: um bem público. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, n. 48, p. 54-57, 1995.

MACHADO, Maria Helena; WERMELINGER, Mônica; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira; TEIXEIRA, Márcia; OLIVEIRA, Eliana dos Santos de. **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.

MASETTO, Marcos Tarciso (Org.). **Docência na Universidade**. Campinas, SP: Papirus, 1998.

MASETTO, Marcos Tarciso. **Competência Pedagógica do Professor Universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MATTOS, Ruy de Alencar. **De Recursos a Seres Humanos**. Brasília, DF: Editora Livre, 1992.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. **Residência Integrada em Cenas: a torção no discurso universitário para a formação do profissional em saúde**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MELLO, Eliana Dable de; SOUSA, Edson André Luiz de. A experiência como intervalo para novas visibilidades. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 17-28, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, Dagmar Elisabeth; CECCIM, Ricardo Burg (Coord.). **Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde**. 2008. Projeto (Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*). Programa de Pós-Graduação em Educação e Departamento de Ensino e Currículo – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008, 102f. (Processo UFRGS nº 23078.039199/08-43).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS, José Luis Bolzan de. **A Subjetividade do Tempo: uma perspectiva transdisciplinar do direito e da democracia**. Porto Alegre: Livraria do Advogado / Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc, 1998.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares; NATIONS, Marilyn Kay. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza, Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 58-67, 2004.

NARVAI, Paulo Capel. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, Danielle do Valle (Org.). **Novos Rumos da Saúde Bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ, ANS, UNESCO, 2005. p. 28-42.

NATIONS, Marilyn K. et al. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 800-808, 2008.

OLIVEIRA, Marilda Siriani de. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**, Londrina, PR, v. 10, n. 2, p. 37-39, 2003.

PASINI, Vera Lucia. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PIRES, Marília Freitas de Campos. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 2, n. 2, p. 173-182, 1998.

RAMOS, Marise Nogueira. Desafios da formação profissional em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, PR, v. 10, n. 3, p. 44-46, 2003.

RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero; LIMA, Valeria Vernaschi. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**, Londrina, PR, v. 10, n. 2, p. 47-52, 2003.

RIFKIN, Jeremy. **A Era do Acesso**. Tradução de Maria Lucia G. L. Rosa. São Paulo: Makron Books, 2004.

ROSSONI, Eloá. **Formação Multiprofissional em Serviço na Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ROSSONI, Eloá; LAMPERT, Jadete. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-98, 2004.

RUSCHEL, Sérgio Pacheco; BUSNELLO, Ellis D'Arrigo; QUEVEDO, Hélio. Realizações e dificuldades para o atendimento comunitário da desnutrição. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 67-69, 1979.

RUSCHEL, Sérgio Pacheco et al. **Programa de Treinamento em Saúde Comunitária: aspectos gerais**. Porto Alegre, 1975. (Impresso).

SANTORUM, Katia Maria Teixeira. **Pelas Fendas do Trabalho Vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em saúde do trabalhador**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.



SANTOS, Heloísa Helena. Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 1, p. 14-27, fev./jul. 1997.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (Orgs.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. Cap. 3, p. 74-96.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 721-725, 2009.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e valor. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, out. 1996.

SCHWARTZ, Yves. Introdução II. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Orgs.). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói, RJ: EDUFF, 2007. p. 21-22.

SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

SILVEIRA, Cássio. **O Significado da Prática Profissional e do Ensino em uma Unidade Básica de Saúde**: um estudo de cultura organizacional no Centro de Saúde-Escola Barra Funda. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SIMONI, Ana Carolina Rios. **A Formação dos Profissionais de Saúde nas Equipes Multiprofissionais**: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUSA, Edson Luiz André de. Os olhos da memória. **Psicologia Clínica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 53-60, 2002.

SOUZA, Alicia Navarro de. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001.

SPAGNUOLO, Regina Stella; GUERRINI, Ivan Amaral. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p 191-194, 2005.

STEINER, George. **Lições dos Mestres**. Tradução de Maria Alice Máximo. Rio de Janeiro: Record, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha Azucena. Idéias e significações que permeiam as práticas de saúde: a perspectiva sobre o atual sistema de atendimento. In: BORGES, Livia de Oliveira (Org.). **Os Profissionais de Saúde e seu Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 109-140.

VEYNE, Paul Marie. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, Paul Marie. **Como se Escreve a História: Foucault Revoluciona a História**. Tradução de Alda Baltar Maria Auxiliadora Kneipp. 4. ed. rev. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 237-285.

WEBER, Lílian; GRISCI, Carmem Ligia lochins. **Subjetividade e Trabalho Imaterial em Serviços de Saúde**: um olhar sobre o cotidiano de auxiliares de enfermagem. Disponível em: <<http://www.icesi.edu.co/ret/documentos/Ponencias%20pdf/311.pdf>> Acesso em: 3 mar. 2011.

WEBER, Lílian; GRISCI, Carmem Ligia lochins. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 54-70, mar. 2010.

WHITROW, Gerald James. **O Tempo na História**: concepções de tempo da pré-história aos nossos dias. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ZARIFIAN, Philippe. O tempo do trabalho: o tempo-devir frente ao tempo especializado. Tradução de Pablo Rubén Mariconda. **Tempo Social**: Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 1-18, out. 2002.

## Anexo A – Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, 2008

ESTADO	INSTITUIÇÃO E/OU PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
AL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal)
BA	Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) – Saúde Mental
	Universidade do Estado da Bahia – UNEB
	ISC/UFBA – Residência em Medicina Social
CE	Prefeitura Municipal de Fortaleza
	Prefeitura Municipal de Sobral
MA	Universidade Federal do Maranhão
MG	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior do Norte de Minas (Fadenor) – Montes Claros
	Hospital Municipal Odilon Behrens
PE	Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (Imip)
	Universidade Federal de Pernambuco
	Universidade Estadual de Pernambuco
PR	Sociedade Evangélica de Curitiba
	Universidade Estadual de Londrina (UEL)
	Universidade Federal do Paraná (UFPR)
RJ	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
	Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Feso) – Teresópolis
RO	Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesco)
RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva
	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Residência Multiprofissional em Saúde (Premus)
	Grupo Hospitalar Conceição – Residência Integrada em Saúde
	Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Cardiologia
	Residência Integrada em Saúde / Escola de Saúde Pública do RS
SC	Universidade Regional de Blumenau (FURB)
	Universidade Federal de Santa Catarina (Ufsc)
	Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac) – Lages
SE	Aracajú
SP	Faculdade de Medicina de Marília (Famema) – Marília
	Hospital Mário Gatti
	Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu
	Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)
TO	Santa Marcelina
	Secretaria de Saúde de Tocantins – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

**Anexo B – Projetos Selecionados para o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, 2010**

	INSTITUIÇÃO	PARCEIRA	NOME DO PROGRAMA
1	Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Cuiabá/ Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá	Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
2	Centro de Ciências da Saúde/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
3	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Betim	Secretaria Municipal de Saúde de Betim	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
4	Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	Secretaria Municipal de Saúde de Marília / Secretaria Estadual de Saúde - DRS IX	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família
5	Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP	Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
6	Faculdade Santa Marcelina - FASM	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
7	Fundação Antonio Prudente - Hospital AC Camargo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Residência Multiprofissional em Reabilitação, Diagnóstico e Tratamento de Câncer Bucal
8	Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos	Secretaria Municipal de Saúde de Barretos	Residência em Enfermagem Oncológica
9	Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
10	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Secretaria Estadual da Saúde	Residência em Área Profissional da Saúde - Odontologia
11	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	Residência Multiprofissional com ênfase na Atenção Básica à Saúde
12	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
13	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP - Centrinho de Bauru	Secretaria Municipal de Bauru	Residência Multiprofissional em Síndromes e Anomalias Crâniofaciais
14	Hospital do Câncer de Mato Grosso/Associação Matogrossense de Combate ao Câncer	Secretaria Municipal de Saúde	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
15	Hospital Escola São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da

	Janeiro		Família e Comunidade
16	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	Residência Multiprofissional em Saúde
17	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
18	Hospital Municipal Odilon Behrens	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Criança
19	Hospital Municipal Odilon Behrens	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Residência Multiprofissional com ênfase em Urgência e Trauma
20	Hospital Regional Dom Moura de Garanhuns	Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns	Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde
21	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
22	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC	Fundo Municipal de Saúde	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
23	Hospital Universitário Onofre Lopes/Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
24	Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará - UFC	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
25	Hospital Universitário da Faculdade de Odontologia da USP	Secretaria Estadual de São Paulo	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
26	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Recife	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
27	Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ	Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Residência Multiprofissional da Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doente
28	Instituto Nacional do Câncer - INCA		Residência Multiprofissional em Oncologia
29	Liga Paranaense de Combate ao Câncer/ Erasto Gaertner	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná	Residência Multiprofissional em Cancerologia
30	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
31	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde de Recife	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
32	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	Escola de Saúde da Família	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
33	Universidade de Pernambuco - UPE	Secretaria Municipal de Saúde de Recife	Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família
34	Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc	Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma	Residência Multiprofissional em Saúde da Família

35	Universidade Estadual da Bahia - UNEB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB/SMS Salvador	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
36	Universidade Estadual de Maringá - UEM	Secretaria Municipal de Maringá	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
37	Universidade Estadual do Ceará - UECE	Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
38	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
39	Universidade Federal da Bahia - Hospital Ana Nery	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo	Residência Multiprofissional em Cardiologia
40	Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL	Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
41	Universidade Federal de Goiás - UFG	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
42	Universidade Federal de Juiz de Fora - Hospital Universitário da UFJF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
43	Universidade Federal de Juiz de Fora - Hospital Universitário da UFJF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
44	Universidade Federal de Pernambuco - Hospital João Murilo	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
45	Universidade Federal de Pernambuco - Hospital João Murilo	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
46	Universidade Federal de Rio Grande - FURG	Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
47	Universidade Federal de Rondônia - UNIR	SES Rondônia e SMS Porto Velho	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
48	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
49	Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria	Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
50	Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR	Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
51	Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ	Secretaria Municipal de Divinópolis	Residência em Área Profissional da Saúde - Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família
52	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	Secretaria Municipal de Saúde de Santos	Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde
53	Universidade Federal do Ceará - Hospital	Secretaria Estadual de	Residência Integrada Multiprofissional em Atenção

	Universitário Walter Cantídio	Saúde do Ceará	Hospitalar à Saúde
54	Universidade Federal do Paraná - UFPR	Secretaria Municipal de Saúde de Colombo	Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família
55	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	SMS Novo Hamburgo e SMS Porto Alegre	Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva
56	Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco - UNIVASF	Secretaria Municipal de Saúde	Residência em Área Profissional da Saúde - Enfermagem em Urgência
57	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM	Secretaria Municipal de Saúde de Gouveia, de Datas e de São Gonçalo do Rio Preto	Residência em Área Profissional da Saúde - Fisioterapia na Saúde Coletiva
58	Universidade Regional do Noroeste do Estado do RGS - UNIJUI/RS	Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - FUMSSAR	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
59	Universidade Tiradentes - Unit	Secretaria Municipal de Saúde	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva

### Anexo C – Programas de Residência Multiprofissional no Rio Grande do Sul, 2010

Instituição	Denominação / Ênfases	Áreas profissionais
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul ESP/RS	Residência Integrada em Saúde da ESP/RS 1) Atenção básica em saúde coletiva 2) Dermatologia sanitária 3) Pneumologia sanitária 4) Saúde mental coletiva	Educação artística Educação física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço social Terapia ocupacional
Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC) 1) Atenção ao paciente crítico 2) Oncologia e hematologia 3) Saúde da família e comunidade 4) Saúde mental	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço social Terapia ocupacional
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	Educação Física Enfermagem Farmácia Nutrição Psicologia Serviço Social
Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia	Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia (RISC)	Enfermagem Fisioterapia Nutrição Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) 1) Apoio diagnóstico e terapêutico 2) Saúde da criança e do adolescente 3) Saúde do idoso 4) Urgência 5) Saúde bucal – atenção especializada em saúde – cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial 6) Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Educação física Enfermagem, Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social
Universidade Federal de Pelotas (Ufpel)	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na área de Oncologia	Enfermagem Nutrição Odontologia Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS) 1) Gestão e Políticas de Saúde 2) Atenção Básica em Saúde da Família 3) Atenção em Rede Hospitalar	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço social Terapia ocupacional
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Enfermagem Educação Física Psicologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva	Educação artística Educação física Enfermagem Pedagogia Psicologia Serviço social Terapia ocupacional
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR)	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Enfermagem Educação Física Farmácia Nutrição Psicologia Odontologia Serviço Social



## Apêndices

### Apêndice A – Convite para Participação Individual (Mensagem Eletrônica)

Prezado/a colega preceptor/a \_\_\_\_\_(nome da pessoa):

Esta mensagem individual e personalizada foi enviada para seu endereço eletrônico que está disponível para mensagens relacionadas ao exercício da preceptoría na RIS/GHC. Convido-o/a a participar da pesquisa intitulada “Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde”, desenvolvida por mim sob orientação do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo é conhecer como os preceptores que atuam na RIS/GHC vivenciam a experiência de docência, pesquisa e atenção em um contexto de ensino em serviço em equipe de saúde.

Esta pesquisa prevê duas modalidades de participação. Uma, individual, ao ler, preencher e devolver os arquivos anexados a esta mensagem. Na segunda etapa, será realizado um grupo focal para o qual você poderá ser sorteado/a ou poderá ser intencionalmente convidado/a, caso seja o/a único/a representante de determinada categoria profissional e/ou área de ênfase.

Por favor, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo TCLE) e, caso aceite seus termos, responda às questões no arquivo ROTEIRO INDIVIDUAL, devolvendo a mensagem com os dois anexos para este endereço eletrônico. Sinta-se à vontade para responder às perguntas que desejar, utilizando o espaço que achar necessário. Se achar conveniente imprimir o material para responder à mão, faça-o e depois entregue impresso em dia e local a combinar com a pesquisadora. O tempo previsto para ler e responder ao conteúdo dos dois arquivos é de 30 minutos.

Caso concorde em participar, ambos os anexos devem ser devolvidos dentro de 15 dias a partir do envio da mensagem, caracterizando, desta forma, a aceitação ao convite e a confiança na proteção do sigilo das informações prestadas. Uma semana depois do envio desta mensagem, será enviado um lembrete personalizado reforçando o convite à participação e o prazo para devolução das respostas, caso não tenha se manifestado.

Muito obrigada por sua colaboração!

Atenciosamente,

Ananyr Porto Fajardo

GEP/GHC

## **Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participação Individual**

Prezada/o colega:

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa “Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde”, de autoria de Ananyr Porto Fajardo, doutoranda em Educação pela Faculdade de Educação da UFRGS, e orientada pelo Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Esta investigação é parte da tese de doutorado que está em processo de desenvolvimento.

O objetivo geral desta investigação é identificar em que medida o trabalho em saúde em um contexto de ensino e pesquisa pode e deve ultrapassar as fronteiras previstas nas habilitações profissionais específicas, de maneira a incluir ações e reflexões voltadas ao exercício da docência e da investigação aliadas ao cuidado em saúde.

Especificamente, esta pesquisa almeja:

- a) Identificar aspectos facilitadores e limitadores que incentivariam e desestimulariam os profissionais para atuarem como preceptores junto às equipes multiprofissionais nas interfaces entre ensino, atenção e pesquisa em saúde na modalidade de Residência Multiprofissional;
- b) Conhecer os aspectos que explicitam a presença de trabalho imaterial neste contexto;
- c) Delinear os conceitos de multi e interprofissionalidade trazidos pelos preceptores participantes da investigação;
- d) Contribuir para um possível aprendizado no fazer saúde no contemporâneo ensinando de maneira problematizadora.

Esta pesquisa prevê duas etapas de participação. Uma é individual, ao ler este Termo, ao responder e devolver por correio eletrônico o roteiro no arquivo identificado como ROTEIRO INDIVIDUAL, cujo tempo previsto para preenchimento é de 30 minutos. Na segunda etapa, será realizado um grupo focal para o qual você poderá ser sorteado/a ou poderá ser intencionalmente convidado/a, caso seja o/a único/a representante de determinada categoria profissional e/ou área de ênfase. Sua duração prevista é de duas horas, e serão oferecidas duas opções de data e horário, tentando garantir a representatividade por profissão e área de ênfase.

Caso concorde em participar, o arquivo ROTEIRO INDIVIDUAL deve ser respondido e devolvido por correio eletrônico dentro de 15 dias a partir do envio desta mensagem, caracterizando assim a aceitação ao convite e a confiança na proteção do sigilo das informações prestadas. Uma semana depois do envio desta mensagem, será enviado um lembrete personalizado, reforçando o convite à participação e o prazo para devolução das respostas, caso ainda não tenha se manifestado.

Não existem riscos nem desconfortos previstos em relação à sua participação, nem tampouco existem custos nem ganhos resultantes de sua contribuição. Você tem liberdade de abandonar a

pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si, e o sigilo e a privacidade de sua participação serão preservados.

Você receberá respostas a eventuais dúvidas que tiver a respeito da pesquisa. Ao final do estudo, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados e as conclusões da investigação aos participantes e demais pessoas e/ou instituições interessadas, preservando eticamente a identidade de qualquer sujeito da investigação.

Caso tenha dúvidas ou questões, você pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (51)3357.2095, pelo e-mail [aportofajardo@gmail.com](mailto:aportofajardo@gmail.com) ou no endereço Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – bloco H – Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

Eu, \_\_\_\_\_ (PREENCHA SEU NOME COMPLETO), recebi informações sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e desistir de participar, se assim desejar.

A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão tratados de forma confidencial, garantindo sigilo e privacidade às informações recebidas de minha parte. Terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Caso tenha qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com o Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição, pelo telefone (51)3357.2407, ou no endereço Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – bloco H – Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

Declaro que retive cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

Assinatura da/o participante

Nome da/o participante: \_\_\_\_\_

Data de envio da mensagem: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: Ananyr Porto Fajardo

## Apêndice C – Roteiro Individual – Arquivo Eletrônico

### 1) Identificação

Idade: \_\_\_\_\_ anos completos

Sexo: ( ) Fem ( ) Masc

Raça / etnia / cor:

Profissão:

### 2) Área de ênfase da RIS/GHC em que atua:

( ) Atenção ao Paciente Crítico

( ) Saúde da Família e Comunidade

( ) Oncologia e Hematologia

( ) Saúde Mental

### 3) Curso(s) de graduação (informe todos que tiver concluído e os que estiverem em andamento):

Concluído(s): \_\_\_\_\_

Em andamento: \_\_\_\_\_

### 4) Maior nível de pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado) (informe a ênfase ou área de todos que tiver concluído e os que estiverem em andamento):

Concluído(s): \_\_\_\_\_

Em andamento: \_\_\_\_\_

### 5) O currículo do seu(s) curso(s) de graduação incluía conteúdos relacionados à docência?

( ) Não ( ) Sim

### 6) Exerce ou já exerceu docência ou é/foi pesquisador/a em algum outro espaço profissional relacionado ao campo da saúde?

( ) Não ( ) Sim

Em caso positivo, indique o nível de ensino da instituição onde atua/ou como docente e/ou pesquisador/a:

( ) Ensino Técnico ( ) Ensino Superior ( ) Pós-Graduação

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ ano(s) ou \_\_\_\_\_ mês(es)

7) Tempo de trabalho no GHC: \_\_\_\_\_ ano(s) ou \_\_\_\_\_ meses

8) Tempo de preceptoría na RIS/GHC: \_\_\_\_\_ ano(s) ou \_\_\_\_\_ mês(es)

9) Carga horária contratual: \_\_\_\_\_ horas semanais

10) Carga de trabalho dedicada à função de preceptoría:

---

---

11) Atividades que desenvolve como preceptor/a:

---

---

---

12) Sente dificuldade ou limitação para exercer a preceptoria?

( ) Não ( ) Sim

13) Em caso positivo, poderia explicitar os motivos para sua resposta?

---

---

---

---

14) Em caso positivo, já buscou algum recurso para superar a dificuldade ou limitação mencionada?

( ) Não ( ) Sim

15) Em caso positivo, poderia indicar que recurso para superação utilizou?

---

---

16) Você trabalha em equipe?

( ) Não ( ) Sim

17) Poderia descrever uma jornada de trabalho que considere típica do seu cotidiano profissional?

---

---

---

---

18) Você acha que exerce uma boa preceptoria? Por quê?

---

---

---

---

## **Apêndice D – Convite para o Grupo Focal (Mensagem Eletrônica)**

Prezada/o (nome da pessoa),

Estou organizando a segunda e última etapa da coleta de dados para minha pesquisa de Doutorado em Educação intitulada “Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde”. Constará de um grupo focal (grupo de discussão sobre o tema Preceptoría), reunindo os preceptores da RIS/GHC (os que responderam ao questionário individual e os que não o fizeram).

Por isso, convido você para participar de um encontro, que terá a duração prevista de 90 minutos e será gravado em áudio, sendo o material produzido posteriormente transcrito. As informações serão abordadas como produção coletiva, não havendo identificação individual dos participantes do grupo.

Existem duas possibilidades de horário para a realização do grupo:

Sábado, 27/11/10, das 9h às 10h30min

3ª feira, 30/11/10, das 19h às 20h30min

Por favor, responda a esta mensagem, indicando a data em que poderá participar. Nos dois casos, a reunião será realizada no endereço:

Rua Honório Silveira Dias, 1825, salão do condomínio – Bairro São João, Porto Alegre

Mais uma vez agradeço pela atenção e pela disponibilidade!

Aguardo breve retorno.

Abraço,

Ananyr Porto Fajardo

## **Apêndice E – Questões Orientadoras para o Grupo Focal**

- Como é o trabalho da preceptoria?
- Ser preceptor/a é uma escolha?
- Como a preceptoria é vivenciada pelos preceptores?

## Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal

Prezada/o colega:

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa “Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde”, de autoria de Ananyr Porto Fajardo, doutoranda em Educação pela Faculdade de Educação da UFRGS, e orientada pelo Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Esta investigação é parte da tese de doutorado que está em processo de desenvolvimento.

O objetivo geral desta investigação é identificar em que medida o trabalho em saúde em um contexto de ensino e pesquisa pode e deve ultrapassar as fronteiras previstas nas habilitações profissionais específicas, de maneira a incluir ações e reflexões voltadas ao exercício da docência e da investigação aliadas ao cuidado em saúde.

Esta pesquisa prevê duas etapas de participação. Uma anterior a esta, quando recebeu por correio eletrônico um roteiro semi-estruturado. Agora sua participação dar-se-á em um grupo focal com a duração prevista de 90 minutos, contando com a presença de uma auxiliar de pesquisa capacitada. O local da reunião objetiva facilitar a livre expressão dos participantes e preservar o sigilo e a privacidade das manifestações, que serão gravadas em áudio, transcritas e analisadas como produção grupal, sem identificação individual dos participantes do grupo.

Não existem riscos nem desconfortos previstos em relação à sua participação, nem tampouco existem custos nem ganhos resultantes de sua contribuição. Você tem liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si, e o sigilo e a privacidade de sua participação serão preservados.

Você receberá respostas a eventuais dúvidas que tiver a respeito da pesquisa. Ao final do estudo, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados e as conclusões da investigação aos participantes e demais pessoas e/ou instituições interessadas, preservando eticamente a identidade de qualquer sujeito da investigação.

Caso tenha outras dúvidas ou questões, você pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (51)3357.2095, pelo e-mail [aportofajardo@gmail.com](mailto:aportofajardo@gmail.com) ou no endereço Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – bloco H – Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

Eu, \_\_\_\_\_, recebi informações sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e desistir de participar, se assim desejar.

A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão tratados de forma confidencial, garantindo sigilo e privacidade às informações recebidas de minha parte. Terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Caso tenha qualquer dúvida ética, poderei entrar em contato com o Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição, pelo telefone (51)3357.2407, ou no endereço Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – bloco H – Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

Declaro que retive cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Participante  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora  
Nome: Ananyr Porto Fajardo  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_