



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

O TRABALHO DA PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Raquel Bernardo da Silva

Rio de Janeiro
2022

Raquel Bernardo da Silva

O TRABALHO DA PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estudo das práticas de cuidado e da formação profissional de saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Valéria Ferreira Romano

Rio de Janeiro

2022

Ficha Catalográfica

Silva, Raquel Bernardo da

O trabalho da preceptoria na formação dos residentes do programa de residência em enfermagem de saúde da família em uma unidade de saúde na zona Oeste do Rio de Janeiro. / Raquel Bernardo da Silva. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, 2022.

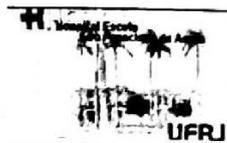
ix, 95 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Programa de pós-graduação em Atenção Primária à Saúde, 2022.

Referências: f. 80-87.

1. Preceptoria. 2. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 3. Avaliação em Enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. - Tese. I. Romano, Valéria Ferreira. II. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Programa de pós-graduação em Atenção Primária à Saúde. V. Título.

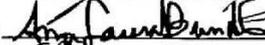


ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

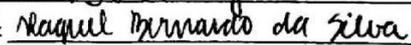
Às 9:00hs do dia 08 de julho de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde. A dissertação com o título: "O trabalho da Preceptoria na formação dos residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Saúde da Família em uma unidade da Zona Oeste", foi apresentada pela(o) candidata(o): **Raquel Bernardo da Silva**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 119008121(SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "art° 1°", () item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (X) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **VALERIA FERREIRA ROMANO** (presidente); **ANA LAURA BRANDÃO** (1° examinador); **ELAINE FRANCO DOS SANTOS** (2° examinador), em sessão REMOTA, () PARCIAL (X) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (X) APROVADO () NÃO APROVADO à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): 

1° Examinador(a): 

2° Examinador(a): 

Aluno(a)/Examinado(a): 

Com gratidão, dedico este estudo à minha família, que é a minha fortaleza, onde encontro força diariamente para continuar. Meus pais, pois sem eles nada seria possível. Meu marido, pelo apoio incondicional oferecido em todos os aspectos. Minha filha, o amor da minha vida, pela sua compreensão com as minhas horas de ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela conquista; sem a fé eu nada seria.

Destaco a mulher mais importante da minha vida, Maria Regina, minha mãe, enfermeira doutoranda aos seus 69 anos, demonstrando que para conhecimento não há idade. Obrigada! Além de ser meu apoio, meu incentivo, meu orgulho, cuidou de mim nas horas mais difíceis.

À minha família, pelo apoio; à minha filha, por entender minha ausência em alguns momentos. Sem vocês não seria possível

À minha querida orientadora, Valéria Romano, obrigada, por acreditar em mim, por me inspirar, incentivar, me guiar e me apresentar aos caminhos metodológicos; pela sua dedicação, que por vezes deixou de lado seu momento de descanso, por todo aprendizado, com todo esse seu jeito especial de ser, animada e incentivadora.

A todos que, direta ou indiretamente, participaram do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, exprimo a minha gratidão!

RESUMO

Esta pesquisa apresenta os sentidos que a preceptoria de Enfermagem do Programa de Residência em Enfermagem de Saúde da Família e Comunidade (PREFC) do município do Rio de Janeiro atribui a seu trabalho de formação de residentes. Compreender a percepção da preceptoria de Enfermagem sobre o trabalho que desenvolve e identificar suas expectativas futuras contribui para a visibilidade e diferentes interpretações sobre seu fazer. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que foram realizadas entrevistas com preceptoras do PREFC, tendo como referencial a Entrevista Compreensiva, de Jean-Claude Kaufmann, por seu potencial de trabalhar os sentidos não para descobrir algo novo, mas para possibilitar diferentes interpretações ou releituras, em uma visão dialética de construção da realidade. Concluiu-se que há um sofrimento implícito em seus discursos, mesclando certa uniformidade quanto à percepção sobre a precarização do trabalho, instabilidade financeira, insegurança; e uma esperança de melhorias, especialmente quando abordam o processo de construção da formação da preceptoria, quando evocam sentimentos de valorização e pertencimento.

Palavras-chave: Preceptoria. Formação profissional em saúde. Avaliação em Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This research presents the meanings that the Nursing Preceptorship of the Family and Community Health Nursing Residency Program (PREFC) in the city of Rio de Janeiro attributes to its work of training residents. Understanding the Nursing preceptorship's perception of the work it develops and identifying its future expectations contributes to the visibility and different interpretations of its work. This is a qualitative research, in which interviews were carried out with PREFC preceptors, having as a reference the Comprehensive Interview, by Jean-Claude Kaufmann, due to its potential to work the senses not to discover something new, but to enable different interpretations or re-readings, in a dialectical view of the construction of reality. It concludes that there is an implicit suffering in their speeches, mixing a certain uniformity regarding the perception about the precariousness of work, financial instability, insecurity; and a hope for improvements, especially when they address the process of building the formation of preceptorship, when they evoke feelings of appreciation and belonging.

Keywords: Preceptorship. Professional Training in Health. Nursing Assessment. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AB	Atenção Básica
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAP	Coordenação de Área Programática
CNRMS	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREMU	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DICA	Divisão de Informação Controle e Avaliação
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFRJ	Instituto Federal do Rio de Janeiro
NUPENSC	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva
OSS	Organização Social de Saúde
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRESF	Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade
PP	Projeto Pedagógico
RE	Residência em Enfermagem
RMS	Residência em Medicina
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	PRECEPTORIA	22
3.2	RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	26
3.3	ORIGEM DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	28
3.4	CUIDADO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	31
4	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	CENÁRIO	40
4.2	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES, COLETA DE DADOS, ANÁLISE E ÉTICA EM PESQUISA	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	PRECARIZAÇÃO NO TRABALHO X ESPERANÇA	50
5.2	INSTABILIDADE FINANCEIRA X INSTABILIDADE DO CONTRATO DE TRABALHO	56
5.3	O TRABALHO NA PRECEPTORIA E O SENTIDO DE SER PRECEPTORA	59
5.4	PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA FORMAÇÃO DE PRECEPTOR	62
5.5	VALORIZAÇÃO E PERTENCIMENTO A PRECEPTORIA	66
5.6	A MUDANÇA DE COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE	69
5.7	O SOFRIMENTO IMPLÍCITO	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	88

1 INTRODUÇÃO

Ingressei na Universidade no ano de 2000, e a escolha do curso de graduação em Enfermagem se deveu a uma referência familiar. Durante os anos de formação, percebi que não me identificava com as práticas hospitalares; refleti muito e questionei como seria ser enfermeira e não apreciar as práticas e rotinas hospitalares.

Nos dois últimos anos da faculdade, iniciaram-se os estágios. O de Atenção Básica foi em um Centro Municipal de Saúde (CMS), onde os enfermeiros eram divididos por linhas de cuidado, como: enfermeiro de Saúde da Criança, de Saúde da Mulher, de Hipertensão e Diabetes, e Tuberculose e Hanseníase. Nesse estágio, cada dia eu observava um enfermeiro e sua atuação, e imaginava como seria a prática na Estratégia Saúde da Família.

Em 2003, o estágio de Atenção Básica em Saúde, foi em modelo de Unidade Básica tradicional, este ano já havia iniciado no Rio de Janeiro a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde em Programa Saúde da Família, e havia incentivos à implantação das Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade e baixo índice de desenvolvimento humano (IDH).

Incentivada por uma referência familiar, além de uma empatia pessoal pela saúde pública, iniciei a leitura sobre atuação do enfermeiro de Família e Comunidade. A literatura já descrevia a atuação: em todos os ciclos de vida, de forma integral aos indivíduos, suas famílias e a comunidade, a realização de consultas de enfermagem com prescrições baseadas nos protocolos da Atenção Básica, o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações dos agentes comunitários de saúde e especificamente a realização de visitas domiciliares, possibilitando a gestão do cuidado na atenção domiciliar. Houve uma identificação pessoal com esta especialidade, ocorrida a partir do conhecimento e da reflexão sobre suas atribuições e competências.

Em 2004, me formei em bacharel em Enfermagem, e meu primeiro emprego, no mesmo ano, foi em um CMS. Fui contratada por uma cooperativa com a função de enfermeira em Saúde da Criança. Nessa época, a consulta de Enfermagem era agendada por linha de cuidado; existiam outras enfermeiras e cada uma estava envolvida no atendimento a uma linha de cuidado, modelo de atenção à saúde que conheci durante o estágio curricular da faculdade.

O trabalho era organizado por escalas de acolhimento/classificação de risco, turnos de atendimento nas linhas de cuidado, grupos educativos e educação em saúde nas escolas. Nos turnos de acolhimento/classificação de risco, o usuário era encaminhado ao atendimento médico no mesmo dia ou era agendado; as agendas dos profissionais estavam ali disponíveis, inclusive as dos enfermeiros.

Os grupos educativos aconteciam semanalmente; cada enfermeiro sistematizava com profissionais de distintas áreas (psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e dentistas) e juntos articulavam as atividades educativas, compartilhando os saberes. Assim, sem perceber, já fazíamos uma espécie de matriciamento, com grande troca de conhecimentos de distintas áreas.

As escolas eram prioridades, por isso eram realizadas atividades mensais, ou de acordo com a necessidade, de forma regular e transdisciplinar.

Durante minha prática assistencial no CMS, percebi a necessidade de ampliar minha atuação, podia ser uma profissional mais completa tecnicamente (atuando integralmente) e realizada profissionalmente, trabalhando na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Universidade me apresentou somente a teoria da ESF, pois em 2003 as Diretrizes Curriculares abordavam a parte prática da Atenção Básica, em CMSs no modelo tradicional, e a Estratégia Saúde da Família estava se iniciando como política de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro; as equipes estavam começando com profissionais ainda sem a prática no serviço e sem especialização. Seria um desafio atuar como enfermeira da Atenção Básica, mas já vislumbrava uma oportunidade.

Inserido na equipe de Saúde da Família, o enfermeiro desempenha atividades de natureza educativa, assistencial e administrativa, contribuindo de forma significativa para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população.

Almejava a Estratégia Saúde da Família como meu campo de trabalho, e já idealizava uma maior resolutividade em um trabalho em equipe multiprofissional, com território delimitado, com a possibilidade de agregar diferentes saberes, além da identificação pessoal com a profissão.

Seis meses na prática como enfermeira na Atenção Básica em Saúde, e as inscrições foram abertas para seleção de currículos de enfermeiros para atuar na Estratégia em Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contratava

através de uma Organização Social, me inscrevi e aguardei. Uma semana após a entrega do currículo, em um dia de trabalho no CMS recebi a ligação com o agendamento da entrevista. Muito feliz com a oportunidade, iniciei estudos para dar embasamento teórico e me preparar para o momento da entrevista. Iniciei com a leitura sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e demais leituras sobre a prática do Programa de Saúde da Família no Nordeste, a região que iniciou a expansão das equipes de Saúde da Família.

No dia e horário agendado eu estava lá, confiante e segura, porém muito ansiosa. Lá estavam seis profissionais realizando perguntas sobre a atuação do enfermeiro, e meu interesse pelo cargo, respondi a todos, agradei a oportunidade e me despedi. Fui informada pelos entrevistadores que seria feito contato por telefone sobre a seleção da entrevista realizada.

Quinze dias após a entrevista e avaliação curricular, recebi a ligação da SMS informando minha aprovação, para dar início à nova atividade que tanto eu almejava, de enfermeira da Estratégia em Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, na Área Programática 5.2.

No dia e horário agendado, fui recebida pela coordenação da AP 5.2, e informada de que iniciaria minhas atividades em uma Unidade Básica de Saúde com equipes de Saúde da Família, bem animada com o novo trabalho, dia seguinte iniciei minhas atividades em 5 de março de 2005. Os primeiros meses foram bem difíceis, muitos treinamentos, senhas, sistemas diferentes, e-mails e tudo novo de uma só vez, me esforcei bastante estudando os protocolos da Atenção Básica. Quanto às dúvidas, perguntava a uma colega enfermeira mais experiente que trabalhava em uma das equipes. Observei o trabalho que ela desenvolvia, e sem perceber fui preceptorada por ela, que tinha muitos anos na profissão e estava ali há um ano atuando na mesma Unidade e, portanto, conhecia bem o território de atuação e manejava os protocolos de Atenção Básica em sua prática profissional.

Nessa unidade de saúde, existiam alunos de graduação de Enfermagem que eram acompanhados por uma preceptora. Eles eram divididos para todos os enfermeiros do dia, e sempre um dos acadêmicos acompanhava minha rotina. Ao receber esses alunos, eu realizava o melhor atendimento que podia e cada vez estudava mais, buscando ampliar minhas condutas e orientações, pois sempre surgiam questionamentos sobre minha prática e muitas vezes eu precisava rever e/ou pesquisar. Fui percebendo que aprendia muito a cada dia, fui me envolvendo e me

identificando com a capacitação em serviço, com o desafio de refletir sobre minhas práticas, e com o lidar com o processo ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro na Atenção Primária em Saúde.

Devido a esta reflexão, iniciei uma Especialização Multiprofissional em Saúde da Família no ano de 2006, um desejo pessoal ao perceber a necessidade no decorrer da minha trajetória, pois aprendi as atividades de um enfermeiro da Família, praticando, estudando e realizando capacitações oferecidas pela área programática, mas ainda não tinha a especialização.

Após um ano de atuação na unidade de saúde da AP 5.2, no ano de 2007 solicitei transferência para área programática AP 5.1, local mais próximo de minha residência, que acrescentou qualidade de vida em meus dias, além de o tempo ter sido crucial para realização de outras atividades.

A Unidade de Saúde da AP 5.1 estava localizada em um território de extrema violência urbana, e por esse motivo após alguns meses trabalhando lá, os atendimentos foram interrompidos e quatro equipes de Saúde da Família foram transferidas para um CMS; duas equipes, dentre as quais aquela em que eu estava inserida, os enfermeiros aguardaram realocação. Nessa fase substituí um enfermeiro em licença médica, e outro enfermeiro por motivo de férias atuou junto aos profissionais da Coordenação de Área Programática (CAP) em algumas capacitações como facilitadora, participei da realização de turmas de introdutório, que eram aulas inaugurais de qualificação de profissionais recém-chegados na Estratégia de Saúde da Família, até que surgisse uma vaga de enfermeiro.

Em 2008, assumi uma Equipe de Saúde da Família, devido à licença médica de uma enfermeira, e permaneci até seu retorno em 2009.

Em setembro de 2008, terminei a Especialização em Saúde da Família e Comunidade. Foi importante ter essa titulação, pois me sentia mais capacitada para desempenhar as atividades diárias. Cabe destacar que o processo de formação foi importante devido à troca com outros colegas sobre diferentes realidades de territórios, sob olhar multiprofissional, e também a visão gerencial, que é importante ao profissional que atua na ESF.

Em 2009, fixei-me em uma unidade com perfil da população menos vulnerável. Por falar em perfis de territórios, a diversidade de níveis socioeconômicos que encontrei em meu percurso profissional é interessante, pois as necessidades divergem e, conseqüentemente, as ações, gerando um cardápio de situações vividas.

Na unidade de saúde em que trabalhava, já existiam duas preceptoras de acadêmicos de Enfermagem. Participei de atividades desenvolvidas por esses acadêmicos e suas preceptoras, e eles participaram das minhas atividades como enfermeira. A junção do ensino com o serviço, ali na prática, me motivava a criar eventos, atividades que incluíssem os acadêmicos. Esse contato trazia uma reflexão sobre a minha prática, me ofertava um encontro com o mundo acadêmico diariamente, me mantinha motivada e em busca de fontes confiáveis de informação. O resultado era que gerava aprendizado mútuo e fortalecia a assistência de qualidade ao paciente.

A Universidade resolveu ampliar o campo de estágio nessa unidade, então em 29 de novembro de 2010, na mesma AP 5.1, fui indicada pela gerente técnica para receber alunos da graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi então quando iniciei minha primeira experiência oficial como preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde UFRJ).

O PET-Saúde foi instituído em 2008 através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, com o objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade articuladas à educação permanente (BRASIL, 2008).

A interação ativa dos acadêmicos, com os preceptores e professores dos cursos de graduação em saúde, os profissionais dos serviços e a população, a favor da produção de práticas e cuidados voltados para a real necessidade daquela população local, integrando a orientação teórica com a prática.

Estava completamente realizada naquele momento, feliz com a nova atividade, mas também com sentimento de enorme responsabilidade, afinal essa nova fase exigia novas competências, entre elas a competência pedagógica e de estar contribuindo com um ambiente democrático para a reflexão crítica da prática, que me trazia parceiros de aprendizagem, motivadores, aliados e incentivadores dos estudos.

A nova atividade agregou muitos conhecimentos, ampliou minha visão e meus saberes, me ofertou, como preceptora, a participação de grupos de pesquisa, reuniões do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFRJ (NUPENSC), conferências, seminários, encontros acadêmicos de pesquisa em Enfermagem, ciclos de debates, congressos, oficinas, alguns eventos pela Universidade, outros elaborados pelos próprios acadêmicos e alguns eventos externos.

No ano de 2011, recebi o convite da CAP para atuar na gerência de uma Clínica da Família; estava em um ótimo momento profissional. Pensando na ampliação do meu olhar profissional e na aquisição de novas habilidades, iniciei minhas atividades como gerente técnica de uma Clínica da Família. Essa experiência me fez desenvolver muitas habilidades importantes para a prática profissional, como: a visão ampliada da epidemiologia, o compromisso com um serviço de saúde que satisfaça a necessidade da população, a construção de redes, a parte de recursos humanos, administração de serviços terceirizados e sobretudo a prática da gestão compartilhada. Habilidades que me trouxeram a realidade sobre a organização do processo de trabalho de uma Unidade de Saúde, ampliando o olhar do processo de trabalho de uma equipe de saúde.

Em 2011, como gerente técnica desta Clínica da Família, tive o privilégio de receber residentes de Medicina de Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, experiência única e incrível, que contribuiu para a promoção de um ambiente favorável ao processo de ensino-aprendizagem, além de ofertar a oportunidade de um crescimento técnico e pessoal.

No cargo por dois anos, percebi que me sentia mais produtiva estando na assistência. Assistir integralmente indivíduos e famílias, realizando cuidados diretos de enfermagem, realizar as consultas de enfermagem, prescrever e transcrever medicações permitidas pelos protocolos, realizar diagnósticos do território, capacitação dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, gerenciar o cuidado e promover grupos de educação em saúde, isso é o que gosto de fazer.

Então, ao retornar da licença-maternidade em 2013, solicitei à coordenação da AP, meu retorno à assistência, solicitação que foi acolhida e assim retornei a um CMS dessa área programática.

No Centro Municipal de Saúde da CAP 5.1, integrei uma equipe de saúde da família. A gestão do CMS me indicou ao cargo de preceptora de residentes de Enfermagem em Obstetrícia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Esses residentes acompanhavam o serviço em consultas de saúde da mulher, puericultura, pé natal e realizavam grupos educativos. Permaneciam um semestre na unidade, na proporção de uma residente para cada equipe de Saúde da Família. As residentes conseguiam criar vínculo com pacientes e com a própria equipe, eram bem ativas nos grupos educativos e sempre traziam novidades, tudo que eu sempre apreciei, a

proatividade do aluno, que é importante para o serviço, para o usuário da unidade de saúde e na relação preceptor e residentes.

Tudo acontecendo muito rápido, seguindo um momento de crescimento da APS no Município do Rio de Janeiro, acontecia o fortalecimento e protagonismo da Medicina da Família e Comunidade, com a expansão das Clínicas da Família em todo o município; o Programa Mais Médicos no Brasil, com ampliação do acesso à APS, a conversão de modelos da atenção básica para um padrão internacional de APS; a integração da Saúde da Família com a prestação de serviços clínicos, de saúde coletiva e da vigilância em saúde (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Este foi o momento de fortalecimento da reforma da APS no Rio de Janeiro, com a ampliação das residências, fortalecendo a integração entre trabalho e ensino.

Em 16 de outubro de 2014, fui indicada pela gerente técnica desse mesmo CMS para ser preceptora dos alunos de Graduação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ). Foi um desafio trabalhar com alunos de diferentes formações, e o objetivo era a oportunização de um grupo de saúde na unidade básica, com o tema “Crianças e adolescentes em situação de risco: perspectivas de futuro”.

Nossa expectativa, através do grupo educativo, era devolver à comunidade a esperança de jovens protagonistas de um futuro mais justo. Houve participações em eventos científicos nessa instituição de ensino, e em um destes eventos a IV Jornada de Iniciação Científica do IFRJ, o trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde recebeu Menção Honrosa.

O grupo de educação em saúde era muito potente, robusto, e exigia muita dedicação dos alunos graduandos e preceptor. Era preciso ter muita criatividade; o público adolescente, em particular, exige novidades, e a cada encontro o desafio era afetar com criatividade esses jovens, incluindo novos conceitos e novos hábitos. Era gratificante perceber que aqueles adolescentes estavam aderindo e participando dessa construção a cada encontro.

Eram instigantes a participação e o estreitamento entre preceptor, academia e alunos nessa atividade de preceptoria de acadêmicos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do IFRJ. Tive a oportunidade de participar de projetos de pesquisa como pesquisadora do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), recebendo incentivo financeiro (bolsa) e implementando o projeto na unidade de saúde.

O CNPq é o responsável pelo fomento às pesquisas científicas e tecnológicas brasileiras e pela formação de pesquisadores. Sua atuação é essencial para o desenvolvimento nacional e o reconhecimento das instituições de pesquisa e dos pesquisadores brasileiros pela comunidade científica internacional. É subordinado ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e sua trajetória está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento científico brasileiro (BRASIL, 2009).

Todas as experiências vividas que me conduziram a ser preceptora me fizeram perceber o quanto é prazeroso trabalhar, agir e pensar, ressignificar cada conduta e orientação. Esses encontros entre academia, preceptoria e serviços, são ferramentas de muito aprendizado.

A partir desta reflexão, em 2017 realizei processo seletivo com prova e entrevista para o Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família (PRESF), pois estava em busca de novos conhecimentos e novas experiências na prática de preceptor. Fui aprovada na seleção para ser preceptora do PRESF na mesma área programática que estava inserida, a AP 5.1.

Ser preceptora do PRESF era gratificante, por ser um programa que capacita, investe e avalia o preceptor, desafia o preceptor a ministrar aulas, trazendo novas habilidades, além de participar e incentivar seu desenvolvimento profissional.

No trabalho da preceptoria são 42 preceptores do PRESF, dentre os quais ocorre a divisão em grupos de trabalho com temáticas distintas. Cada preceptor seleciona o grupo com a temática de seu interesse. Os encontros dos grupos de trabalho ocorrem mensalmente, com a finalidade de produção de aulas, revisões de protocolos, produções científicas, oficinas de capacitação de preceptores para preceptores ou preceptores para residentes, agregando conhecimentos, verificando as necessidades que facilitam a prática no serviço e abastecendo o residente e preceptor de opções para desenvolver na prática diária.

O desafio é constante, já que o preceptor se arrisca em novas competências e habilidades, além do desafio de contribuir com um cenário na prática de construção de conhecimentos.

Ser preceptora do PRESF é sentir-se importante e responsável por participar de um processo de conhecimento mútuo, atualização e trocas de saberes com todos: profissionais, academia, alunos e usuários. É ser profissional que domina a prática e aprimora sempre os aspectos educacionais relacionados à prática, identificando as oportunidades de aprendizagem e as condições de desenvolvimento técnico e ético

nos cenários reais de prática profissional. Ser preceptora é refletir a todo momento sua prática, e se sentir como parte da formação moral, ética e técnica daquele residente.

A capacitação para o exercício específico das atividades de preceptoria ocorria ao longo do tempo, na minha prática, através de trocas com preceptoras mais experientes, oficinas e encontros dos grupos de trabalho. Tal função, tão importante na formação de futuros profissionais, foi sendo esclarecida no decorrer das atividades. Este fato motivou-me, também, a buscar aprimoramento ingressando no Curso de Mestrado.

Ingressei no mestrado profissional em Atenção Primária em Saúde (APS), provocada pelo desafio de escolher um tema para pesquisar, e várias temáticas foram surgindo. No entanto, a inquietação mais latente foi analisar os sentidos do trabalho na preceptoria na formação dos residentes do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família, em uma unidade de saúde na AP 5.1 no Município do Rio de Janeiro, compreender a percepção das preceptoras sobre o trabalho que desenvolvem e identificar as expectativas futuras dos preceptores sobre o trabalho na preceptoria.

Assim, esta pesquisa visa analisar os sentidos do trabalho na preceptoria, compreender a percepção das preceptoras sobre o trabalho que desenvolvem e identificar as expectativas futuras sobre seu trabalho na preceptoria do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade.

A preceptoria tem importância fundamental no processo de ensino e aprendizagem, tendo em vista que possibilita o contato do estudante com a prática no SUS, de modo que as atividades educacionais possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção. Uma equipe com preceptora é a equipe de saúde da unidade docente-assistencial responsável por organizar, acompanhar e supervisionar as atividades dos estudantes nas dependências das unidades da Secretaria Municipal de Saúde ou em outros locais onde as atividades relacionadas à instituição sejam realizadas, tais como: escolas, creches, unidades da gestão, ruas das comunidades, entre outros (LONGHY *et al.*, 2014).

Grande é a importância do preceptor como educador, possibilitando, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos. Assume papel do docente-clínico, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos

educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios. O residente aprende de diversas formas e a residência, além do ensino de um corpo de conhecimentos e de habilidades, compreendendo ainda a aquisição de atributos relacionais, posturas e atitudes que definem o profissionalismo.

A capacitação profissional em serviço propiciado pela Residência em Saúde da Família permite, portanto, uma vivência prática e a oportunidade de fundamentar teoricamente essa prática (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004).

A residência a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico (NASCIMENTO; QUEVEDO, 2008, p. 48).

O estreitamento de relações entre a academia e os serviços de saúde é um desafio constante e muito necessário para viabilizar o processo de ensino-aprendizagem. Essa parceria introduz a preceptoria com maior propriedade na Atenção Primária de Saúde, onde o estreitamento na relação entre preceptor e residente é um importante instrumento para a descoberta do trabalho coletivo, na premissa de valorizar o que o residente traz enquanto conhecimento. Barreto ainda defende que esta relação precisa ser horizontal, aquela em que “o preceptor não é e nem pretende ser a voz da verdade” (BARRETO *et al.*, 2011, p. 580).

O preceptor assume vários papéis, inclusive com diferentes denominações: orientador, tutor, supervisor e mentor. No entanto, há convergência no entendimento de que entre suas atribuições estão planejar, guiar, estimular o raciocínio e a postura ativa, analisar o desempenho, aconselhar o crescimento profissional, observar e avaliar o residente executando suas atividades, além de atuar na sua formação moral (LONGHY *et al.*, 2014). De qualquer maneira, sabe-se que o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores são fortemente influenciados pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais. As vivências, concepções, ideias sobre saúde, histórias de vida, os valores, princípios políticos e culturais, entre outros, vão moldando indivíduos que exercem o cuidado em saúde de diferentes modos. Estabelece-se, assim, uma disputa entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Santos (2008) traz inspiração para a dimensão e subjetividade desta pesquisa, pois sendo um autor construtivista, valoriza o conhecimento cotidiano da vida, das

ciências sociais e da natureza, o dizer e o fazer na prática. Ele defende que, sendo a ação humana subjetiva, o comportamento humano não pode ser explicado com base em suas características exteriores e objetivas, pois o mesmo ato pode corresponder a sentidos de ações diferentes. Ou seja, essas preceptoras são frutos de suas experiências, e pesquisar o sentido que elas dão ao seu trabalho pode revelar questões profissionais, de vida particular, de política, de pedagogia que podem nos fazer compreender a cultura institucional em que estão inseridas.

O trabalho como preceptora do PREFC na AP 5.1 da cidade do Rio de Janeiro sempre foi para mim algo gratificante, ofertando a oportunidade de trocas de experiências e conhecimentos, facilitando a prática no serviço e abastecendo o lugar do preceptor como um espaço de opções para desenvolver novas competências e habilidades em sua prática profissional. Por isso, perguntamos: qual o sentido que preceptores atribuem ao seu trabalho, na formação de residentes, atuando no Programa Residência Estratégia Saúde da Família e Comunidade, em unidades de saúde da AP 5.1?

Ao perguntar sobre os sentidos de algo, buscamos retirar este algo do ocultamento e vê-lo tal como se apresenta. O sentido não se encerra em uma mesma expressão ou fato; dá-se em uma situação, isto é, em um espaço e tempo, em um determinado contexto ou época (SILVA; ESPOSITO, 2011). Sentido, palavra tomada aqui como “consciência de”, consciência do modo como as coisas são vistas e compreendidas pelo ser humano. Sentido é abertura, possibilidade. Um pressuposto para o exercício da liberdade (SILVA; ESPOSITO, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os sentidos do trabalho da preceptoria na formação dos residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Saúde da Família e Comunidade (PREFC), em unidades de saúde na Área Programática 5.1 no Município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a percepção da preceptoria sobre o trabalho que desenvolve.
- Identificar as expectativas futuras sobre o trabalho na preceptoria.
- Relacionar a compreensão sobre a percepção do trabalho na preceptoria com suas expectativas futuras.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PRECEPTORIA

No Brasil, o processo de preceptoria se desenvolve na modalidade de supervisão docente-assistencial em área específica dirigida por profissionais de saúde graduados com, no mínimo, três anos de experiência em especialidade. Assim, os preceptores devem atuar como mediadores na inserção nos territórios, criando ambiente didático-metodológico que potencialize o processo de aprendizagem. Devem estimular a investigação e o cuidado das necessidades específicas referentes à atenção à saúde (BRASIL, 2005).

No Brasil, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, ficou ainda mais evidente a dissociação entre as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e a preparação de profissionais para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, para viabilizar a ESF, a atenção especializada deve estar disponível e ser pautada pelos princípios da integralidade e do uso racional de recursos. Toda essa articulação de ações de saúde demanda a revisão de processos de educação na saúde, incluindo a educação permanente das equipes.

Observa-se na Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS 02/2012) uma definição de docentes que os identifica como “profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP [Projeto Pedagógico]” (BRASIL, 2012, p. 24), atribuindo, ainda, tarefas relacionadas a pesquisa, elaboração de projetos e orientação e avaliação de trabalhos de conclusão do programa (Art. 10). Esta mesma norma define a função do tutor, que é similar ao supervisor de estágio e atua na orientação acadêmica dos preceptores, bem como a de preceptor, que é descrita quanto a sua natureza e às atividades principais.

Destacamos que o preceptor se caracteriza por supervisão direta das atividades práticas, realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercido por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Dentre as competências de atividades práticas, o preceptor exerce a função de orientador de referência para o(s) residente(s) e acompanha com suporte dos tutores o desenvolvimento do plano de

atividades teórico-práticas e práticas do residente, além de orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es), a confecção de escalas de plantões, férias, devendo observar as diretrizes do Projeto Pedagógico (PP), facilitando a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde e, usuários (indivíduos, família e grupos).

Quanto à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS, os preceptores devem participar das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção, de elaboração de relatórios e desenvolvimento de atividades práticas, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico (PP) do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário.

O preceptor, junto aos tutores, participa do processo avaliativo bimestral dos residentes, orienta e participa dos trabalhos de conclusão da residência, conforme o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

São competências do preceptor, conforme descritas no artigo 14 da Resolução nº 2 da Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS):

I. exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; II. orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP; III. elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução; IV. facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; V. participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS; VI. identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário; VIII. participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão; IX. proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; X. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (BRASIL, 2012b, p. 25).

O ensino em serviço vem permeando as iniciativas que discutem a formação dos profissionais de saúde e o diálogo entre academia e serviços, uma vez que a inserção desses profissionais nos cenários de produção do cuidado é a garantia de

uma formação voltada à realidade dos serviços e às necessidades de saúde da comunidade, conforme contextos sociais (GIROTTI, 2016).

Preceptores que avaliam e refletem seu modo de ser preceptor e que, com autonomia, modificam sua prática, alteram seu ambiente de trabalho, ressignificam o seu fazer, influenciando futuros profissionais a agirem de forma semelhante, com responsabilidade e ética sobre suas ações (ROCHA; RIBEIRO, 2012).

A preceptoria, nesta concepção, parece ser um espaço privilegiado de discussão, construção de conhecimento e reflexão sobre o fazer cotidiano. Por isso, na medida em que se colocam em contato com as várias dimensões de sua prática profissional, mediadas pela presença do estudante e do professor, os preceptores podem se ver confrontados com seu próprio fazer, questionando-o, revisitando-o e refazendo-o. As tensões cotidianas que a própria preceptoria e o trabalho interprofissional produzem podem ser propulsoras da reflexão e recondução da prática, seja ela clínica ou pedagógica (LIMA; ROZENDO, 2015).

Em programas de residência, sabendo que é usual o preceptor ser um profissional experiente, com conhecimento técnico amplo e muitos anos de prática, apesar de terem importância a competência clínica e o tempo de prática para definir um bom profissional enfermeiro, essas condições não são suficientes para definir um bom professor ou um bom preceptor (IZECKSOHN *et al.*, 2017). Quanto mais bem preparado for o preceptor que recebe o estudante em prática, maior será a chance de alcançar os objetivos educacionais, bem como a mudança de perfil profissional desejado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para fortalecimento e aprimoramento do SUS.

Os saberes experienciais são enraizados em um ensino que se desenvolve no contexto de diversas interações e representam os condicionantes para a atuação do professor (TARDIF, 2014). Desta maneira, o preceptor lida com esses condicionantes, que são relacionados às situações reais no trabalho; e trabalhar com eles acaba por ser formador.

No entanto, sendo a educação uma troca, na concepção do ensino-aprendizagem, a maturidade e a autonomia dos residentes são importantes dimensões conquistadas aos poucos, nas quais o preceptor ocupa, supostamente, um lugar não simplesmente de influência direta, mas de convivência processual; um lugar de quem acompanha, testemunha o residente em todo o seu percurso. O residente está em um momento de formar opiniões, compreender sua organização para o

trabalho, sistematizar suas ações, lidar com conflitos e situações-problema, e o preceptor acompanha todo esse processo de autoconhecimento. Conforme nos conta Larrosa (2015), o processo educacional nos permite criar um interior sem móveis, criar pensamentos no vazio, sem móveis, sem marcas posicionais, em qualquer lugar. Uma aprendizagem que se faz a partir e com a experiência, uma pedagogia da experiência, uma pedagogia que Paulo Freire denomina de libertadora. Quando pensamos no processo ensino-aprendizagem no contexto da Enfermagem, conseguimos dimensionar o quanto este é um processo complexo e dinâmico que exige do preceptor um grande desafio.

A capacitação de preceptores significa, portanto, poder alcançar um olhar sobre a prática de uma educação que pode ser transformadora, se trabalhada com métodos pedagógicos diferenciados para que possam se integrar a essa pedagogia libertadora, tornando-os, assim, modificadores não somente de suas realidades, como deles próprios, aproximando o processo de aprendizagem por meio da participação ativa do residente junto ao preceptor, em que o diálogo constante e a reciprocidade do ensinar e aprender ocorram no processo de educar.

Fortalecer no preceptor a capacidade de incentivar o crescimento do residente é, portanto, tarefa fundamental, pois encorajar a capacidade crítica, a curiosidade e a criatividade do residente consistem numa prática educativa libertadora que pode influenciar a vivência de uma aprendizagem significativa, em que sujeitos protagonistas do saber ensinado agem igualmente, sendo estes educandos ou educadores (PEIXOTO, 2013). Mas os cenários de prática também são importantes porque são ambientes que compõem um senso de cidadania e consolidação do SUS. Nesse contexto, na busca pela valorização do preceptor e seu reconhecimento como docente, bem como em sua capacitação para o processo de ensino-aprendizagem, nos parece ser primordial o sucesso na formação de profissionais no SUS e para o SUS (SOARES *et al.*, 2013; SIMÕES; MAEDA, 2011; AFONSO; SILVEIRA, 2012).

Por tudo isto, investimentos permanentes no fortalecimento dos programas de residências, são essenciais para consolidar a reforma na APS não somente no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil e o desenvolvimento profissional para a docência é um dos gargalos, dentro deste processo. Investir na carreira de preceptor é, portanto, promover a sua longitudinalidade no seu local de trabalho e, em última instância, produzir efeitos positivos na qualificação e na sustentabilidade de uma APS em concordância com os princípios do SUS (IZECKSOHN *et al.*, 2017).

3.2 RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Os primeiros programas de residência como modalidade de ensino aprendizagem em serviço emergiram em 1940 e foram instituídos legalmente no Brasil para a área de Medicina em 1977. Seguiam padrões norte-americanos de formação de especialistas, hábeis tecnicamente em dada área de conhecimento hospitalar, e são considerados até hoje como padrão de excelência para especialização médica (BRASIL, 2010).

Os programas de Residência em Enfermagem (RE) surgiram seguindo o modelo da Residência Médica (RM) brasileira, sendo o primeiro criado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, filiado à então Legião Brasileira de Assistência, objetivando o aperfeiçoamento de enfermeiros na especialidade de Enfermagem Pediátrica (BARROS; MICHEL, 2000).

Na Enfermagem, a residência está organizada e legitimada com registro no Conselho de Classe, nos moldes de especialidade. As áreas de abrangência de especialidades ou residências em Enfermagem somam um total de 44, desde Enfermagem Aeroespacial até Enfermagem Offshore e Aluviária (COFEN, 2011).

A primeira experiência de Residência em Medicina Comunitária foi em 1976, fato atribuído à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em sua Unidade Sanitária São José do Murialdo. A proposta era formar profissionais em uma visão integrada de saúde, com vistas à configuração de um perfil humanista e crítico, com as competências para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade (GOMES *et al.*, 2020).

Em 1977, a Residência adquiriu caráter multiprofissional e ofereceu vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (FAJARDO; ROCHA; PASIN, 2010). Com vistas a suprir as demandas da Saúde da Família; em 2002, foram criados 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde. Experiências de RMSF, entretanto, autofinanciadas, são anteriores a esse período e já enfatizavam e demonstravam a potencialidade dessa modalidade de formação em serviço como estratégia para a qualificação profissional no contexto da ESF, a exemplo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral

e do Programa de Residência de Enfermagem e Medicina em Saúde da Família, da ESP/CE (2000-2006), entre outras (BRASIL, 2006b; GOMES *et al.*, 2020).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (FEUERWERKER, 1998).

Em um argumento de fácil compreensão, temos que a formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da Atenção Básica (AB) no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficia a AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde; como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS; bem como estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (PNAB, 2017).

A Residência de Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família, modalidade da Residência em área profissional, ao objetivar preparar profissionais conhecedores das prioridades e necessidades do SUS pautados nas responsabilidades da ESF, é referendada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017).

Se a residência é considerada uma modalidade de capacitação em serviço que permeia a aprendizagem pela prática cotidiana, por consequência ela se fundamenta em vivências com situações reais de trabalho, experiência em resolução de conflitos, relações interpessoais, habilidades específicas e aspectos éticos da profissão, de forma a oportunizar situações que o próprio processo de trabalho apresenta (MANHÃES *et al.*, 2018). A complexidade disto tudo está posta.

Em seguida, vamos ver como se iniciou o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família?

3.3 ORIGEM DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Devido à carência de profissionais especializados em Saúde da Família no mercado de trabalho e considerando a complexidade necessária para atuação do Enfermeiro na APS, no ano de 2015, no Município do Rio de Janeiro teve início o Programa de Residência em Enfermagem da Família (PRESF); em 2021, foi acrescentada a nomenclatura Comunidade (PREFC-RJ).

Reforçando a necessidade de profissionais qualificados na Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde criou o Decreto nº 3106, de 18 de outubro de 2016, estabelecendo critérios para ocupação dos cargos de enfermeiros de equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde. O artigo 1º define como requisito obrigatório para a atuação do enfermeiro na equipe de Saúde da Família ao menos título de especialista em Saúde da Família.

As instituições de ensino em Enfermagem têm o compromisso de formar profissionais capazes de exercer sua prática com cidadania em diferentes espaços coletivos, dispostos a compreender os desafios reais da sociedade e seu papel enquanto dispositivos de mudança, articulando conhecimentos teóricos e práticos (MANHÃES *et al.*, 2018), mas formar para o trabalho na Saúde da Família ainda é um desafio.

O PRESF se iniciou no primeiro semestre do ano de 2015 no município do Rio de Janeiro e é o maior programa de residência em Enfermagem em Saúde da Família no Brasil (AZEVEDO *et al.*, 2017).

O convênio com a UNIGRANRIO foi encerrado em 2018, formando três turmas (2015, 2016 e 2017). Contudo, o número de vagas para a especialidade não foi reduzido, mas remanejado para a UFRJ (SILVA, 2020). Permaneceram os convênios das duas Universidades: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com total de 60 vagas; assim, a primeira turma do PREFC se formou em março de 2017, com 48 enfermeiros de Família e Comunidade.

As parcerias com a UFRJ e UERJ foram mantidas e foi estabelecido um novo programa próprio da SMS/RJ como instituição executora e formadora. A distribuição das vagas passou a ser: SMS/RJ - 26; UERJ - 24; e UFRJ - 30, em unidades de saúde, ampliando para 80 o número de vagas no Programa de Residência em

Enfermagem da Família e Comunidade (PREFC), que desde 2021 passou a ter essa nomenclatura oficial em todos os convênios.

Tabela 1. Características dos Programas de Residência em Enfermagem em Saúde da Família, vinculados à SMS-RJ no período de 2015 a 2017

Características	Programas		
	UNIGRANRIO	UFRJ	UERJ
Ano de implementação	2015	2015	2015
Natureza da instituição conveniada	Privada	Pública	Pública
Número de vagas de R1	24	12	24
Percentual de ocupação das vagas	100	100	100
Número de egressos até 2019	61	29	62
Área Programática de lotação	3.1, 3.3, 4.0, 5.1	3.1	2.1, 2.2, 3.3
Gratificação de preceptoria	Sim	Sim	Sim
Complementação de bolsa-residente	Não	Não	Não

Fonte: SILVA, 2020.

O público-alvo para realização da residência são profissionais de nível superior graduados em Enfermagem, interessados em realizar a especialização na Estratégia Saúde da Família, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e serviços correlatos (Maternidades, Unidades de Urgências e Emergências) do Município do Rio de Janeiro. A duração é de 24 meses, com carga horária total de 5.760 horas, assim distribuída: 1.152 horas teóricas e 4.608 horas práticas. A modalidade do curso é em tempo integral, com dedicação exclusiva de 60 horas semanais.

Com a inserção do PREFC nas Unidades de Saúde, houve aumento da oferta de visitas domiciliares e do citopatológico às mulheres na idade-alvo; aumentaram a cobertura vacinal até dois anos de idade, a realização de grupos educativos, o início do Pré Natal no primeiro trimestre, com melhoria do processo de trabalho da unidade e do registro da enfermagem da unidade (PRESF/ PREFC, 2019).

Na Enfermagem, com a inserção do PREFC, houve estímulo à produção científica através dos trabalhos de conclusão de curso, ao ingresso dos preceptores em programas de Mestrado e Doutorado, seminário avaliativo anual envolvendo residentes, preceptores, universidades e parceiros da PREFC para ajustes finos dos objetivos e processos do programa e fortalecimento das Associações de Enfermagem: Associação Brasileira de Enfermagem da Família e Comunidade (ABEFACO) e

Associação Brasileira de Enfermagem do Rio de Janeiro (ABEN-RJ), com aproximação com a Escola Superior de Coimbra e ARS Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal.

Figura 1. Linha Histórica do PRESF



Fonte: Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade (PREFC, 2019).

Em 2015, quando se iniciou o Programa de Residência PRESF, atual PREFC, os profissionais atuaram na revisão dos protocolos de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, e o programa estava presente em cinco áreas programáticas; em 2016 foram criados os GTs (grupos de trabalho por linhas prioritárias), e foi realizado o Curso de aperfeiçoamento de Preceptores (CARPE).

Em 2017, ocorreram as avaliações dos preceptores que atuavam no programa de residência, o acordo de cooperação Rio x Lisboa, em que as coordenadoras do programa foram a Lisboa e ampliaram o contato de receptividade dos residentes para mais campo de realização de estágio optativo do PREFC com a Escola Superior de Coimbra e ARS Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal. No mesmo ano, foi realizado pelos residentes e preceptores um livro de crônicas, que eram narrativas vivenciadas por esses profissionais. Em 2017 o programa também foi ampliado para mais uma

área programática, com a presença da residência e adição do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) nos estágios.

Em 2018 foi instituído um caderno do preceptor, com todos os documentos utilizados no dia a dia do preceptor em um só objeto. Os grupos de trabalho iniciaram as fábricas de oficinas, ofertando ao preceptor e ao residente aprendizados sob diferentes olhares com uso de metodologias ativas. Foi incluído como campo de estágio o consultório na rua (CNAR), e a expansão do programa de residência para mais uma área programática, a 1.0

Em 2019, quando terminou minha experiência na preceptoria, o PREFC introduziu os cadernos dos residentes, contendo todos os documentos utilizados no dia a dia do residente. Ampliou seu cenário de prática para mais três áreas programáticas, foi feito um aplicativo do programa e a avaliação 360°, que era uma avaliação de todo o programa e todos que faziam parte dele. Muitos passos foram dados! Assim, os programas de formação de enfermeiros especialistas em Saúde da Família, na modalidade de Residência, desenvolvidos na cidade do Rio de Janeiro em parceria entre a SMS/RJ e as instituições de ensino, entre 2017 e 2019 tiveram 152 concluintes.

Pesquisa realizada por Silva (2020) localizou e enviou, por meio de endereço eletrônico, um questionário, aos quais 113 responderam, correspondendo a uma taxa de resposta de 74,3% (SILVA, 2020). Nessa pesquisa, a maioria dos egressos respondeu possuir um único vínculo empregatício (77%); a maioria estava trabalhando na APS (77,9%); a maioria em regime de trabalho regido pela CLT (63,7%), com um salário de 5 a 10 salários-mínimos (50,4%) (SILVA, 2020). A permanência dos egressos da Residência na APS parece ser hegemônica, atualizando a presença de profissionais qualificados no SUS.

3.4 CUIDADO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A criação do SUS impulsionou mudanças nos processos de formação profissional em saúde, movidos pela necessidade de ter profissionais com uma visão voltada para a integralidade do cuidado em saúde. A partir dessa necessidade, a inserção do residente nos serviços de saúde passa a ser mais valorizado, e o

preceptor tem papel fundamental na aproximação do residente com a consolidação da integração ensino-serviço (LONGHY *et al.*, 2014).

Gomes (2020), argumenta que as mudanças instituídas no Governo Lula, com a reestruturação do Ministério da Saúde e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, representaram um olhar diferenciado para a formação dos trabalhadores em saúde, como caminho prioritário para a mudança no modelo de atenção e gestão do SUS.

Em 2004, a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, Art. 1º, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Uma ação estratégica do SGTES/DEGES (Departamento de Gestão da Educação na Saúde) é a coordenação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A PNEPS compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Como estratégia, deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento. Constitui um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde que diga respeito aos seus usuários e valorize os atores sociais do trabalho (BRASIL, 2014).

À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É nesse tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos, considerando os conhecimentos prévios do trabalhador (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

As vivências, concepções, ideias sobre saúde, histórias de vida, os valores, princípios políticos e culturais, entre outros, vão moldando indivíduos que exercem o cuidado em saúde de diferentes modos. Assim, se estabelece uma disputa entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

O atual cenário da relação ensino-serviço também é atravessado por esse processo de “disputa”, o qual desencadeia uma gama de fatores que se expressa na dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde. Segundo Domingos (2012), para que o SUS ganhe a disputa já referida, não são suficientes capacitações que reformem o pensamento do trabalhador, mas, que trabalhadores da saúde se sintam protagonistas dos processos de mudanças, mais críticos, reflexivos, problematizadores do cotidiano, participando da produção de novas alternativas para se fazer saúde.

O fortalecimento da APS depende diretamente da formação de especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população. Essa premissa reforça a ideia de que, para ser resolutivo na APS, o profissional precisa ser treinado e capacitado para tal. Alunos da área da saúde precisam ter experiência na APS durante a formação, como forma de se chegar à compreensão de que cuidado em saúde é resultado de um sistema estruturado e depende muito mais da coordenação dos diversos níveis de atenção do que de condutas clínicas isoladas (IZECKSOHN *et al.*, 2017).

Apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento das diretrizes do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação desse sistema universal (ALMEIDA, 2007). Nesse sentido, foram criadas parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino para a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

A capacitação profissional em serviço propiciado pela Residência em Saúde da Família traz a vantagem de permitir uma vivência prática e a oportunidade de fundamentar teoricamente essa prática (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004); portanto, nunca é pouco reafirmar o quanto se faz necessário que o preceptor detenha uma prática pedagógica capaz de suscitar nesses enfermeiros residentes a ideiação criativa, nova e sensível do saber, em que o aprender está relacionado ao descobrimento, à curiosidade, à compreensão, à construção e à reconstrução do pensamento e do conhecimento (MANHÃES *et al.*, 2018).

A proposta da residência, juntamente com a preceptoria, torna imprescindível o desenvolvimento de uma produção de cuidado integrado ao ensino, com significativa base da produção do cuidado com educação permanente e pesquisa, já que um dos objetivos da residência é direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para

atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (GIL, 2005).

Por isso bell hooks (2017) nos diz que a pedagogia engajada não busca simplesmente fortalecer e capacitar os estudantes. Todo espaço de preceptoria em que for aplicado um modelo holístico de aprendizado será também um local de crescimento para o preceptor, que será fortalecido e capacitado por esse processo. Esse fortalecimento terá mais dificuldades em ocorrer se os preceptores se recusarem a se abrir, a correr riscos junto de seus estudantes.

bell hooks (2017) nos lembra, também, que professores que esperam que os estudantes partilhem narrativas confessionais, mas não estão dispostos a partilhar as suas, exercem o poder de maneira potencialmente arbitrária. Quando os preceptores levam apenas as narrativas de sua própria experiência para a discussão, sem escuta das narrativas dos estudantes, elimina-se a possibilidade de atuarem como indagadores sábios e silenciosos. É produtivo que o preceptor seja o primeiro a partilhar suas experiências, ligando as narrativas confessionais às discussões acadêmicas, para abordar de que modo a experiência pode iluminar e ampliar a compreensão, contribuindo para o aprendizado (hooks, 2017).

Lendo hooks, (2017), identifico como o espaço de preceptoria é um ambiente de possibilidades. Nesse campo, tem-se a oportunidade de trabalhar pela liberdade de estimular os preceptores e residentes a uma abertura da mente e do coração, permitindo encarar a realidade, mas, ao mesmo tempo cruzar fronteiras e transgredir. Isso é uma educação como prática da liberdade!

A educação como prática da liberdade não tem a ver somente com o conhecimento libertador, mas também com uma prática libertadora. O pressuposto inicial é de que todos podem agir com responsabilidade para criar um ambiente de aprendizado. O respeito à voz do estudante é fundamental, mas, principalmente respeitar o argumento deste estudante, liberta. Tem sido muito comum professores que se julgam liberais pensarem que é bom quando os estudantes falam, mas procedem de maneira a desvalorizar o que eles efetivamente dizem (hooks, 2017).

Trago Paulo Freire para nos inspirar:

Como professor devo saber que sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino. O exercício da curiosidade convoca à imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfeição do objeto ou do achado de sua razão de ser (FREIRE, 1996, p. 95).

Para hooks (2017), ensinar os alunos a “transgredir” as fronteiras raciais, sexuais e de classe, a fim de alcançar o dom da liberdade, é um dos objetivos mais importantes do professor. Freire (1996) diz que a prática preconceituosa de raça, de classe e de gênero ofende a substantividade do ser humano e nega radicalmente a democracia. Ambos descrevem o professor progressista, democrático e sua prática, não se resumindo somente a ser um reproduzidor de técnicas e ciência.

Pensar uma preceptoria a partir de uma prática pedagógica progressista e interseccional nos parece importante, e para isto o ato de ouvir é um grande aliado, a aceitação e o respeito às diferenças, a não discriminação de raça, classe e gênero, a disponibilidade ao diálogo, são fatores que ampliam o olhar e o conhecimento.

Paulo Freire (1996) reafirma a necessidade de os educadores criarem as condições para a construção do conhecimento pelos educandos como parte de um processo em que professor e estudante não se reduzam à condição de objeto um do outro, porque ensinar não é mesmo transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou construção. Segundo o autor, essa linha de raciocínio existe por sermos seres humanos e, dessa maneira, temos consciência de que somos inacabados, o que nos instiga a pesquisar, perceber criticamente e modificar o que está condicionado, mas não determinado. Passamos, então, a ser sujeitos, e não apenas objetos da nossa história.

Os espaços de preceptoria podem ser oportunidades de encontros solidários com interação autêntica e viva para troca de experiências e vivências, que trazem à tona o papel da Enfermagem para o mundo real na saúde, onde o saber se faz por meio da aprendizagem significativa mediada pelos saberes experienciais construídos diariamente. Os saberes experienciais são destacados como o “carro-chefe” porque resultam da própria atividade docente, e são vivenciados por situações no espaço da escola e pelas relações estabelecidas tanto com os estudantes quanto com os colegas de profissão (MANHÃES *et al.*, 2018).

O preceptor, uma vez inserido no ambiente formador, carrega suas experiências, e por isso Larrosa (2003) afirma que a experiência não é experimento e nem pragmatismo, e pode ser validada como experiência se puder estabelecer relações com o mundo exterior. Ou melhor, o que nos passa tem que fazer algum sentido a partir de nossos mundos interiores, mas sem deixar de estabelecer contato com o mundo à nossa volta. É dessa maneira, então, que vemos a experiência como

algo relacionado ao pensar e assim pode dar sentido ao que somos e, em contrapartida, que algo possa nos acontecer. Portanto, transformar a experiência em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: seu caráter formador (FREIRE, 1996).

A aprendizagem ativa, estimulada na preceptoria, valoriza situações-problema que favorecem o aprender a aprender, propõe reflexão sobre problemas cotidianos da profissão a fim de buscar o acontecido e buscar a solução ou a compreensão dos problemas (MANHÃES *et al.*, 2018). As próprias situações de trabalho instigam o preceptor a buscar outras fontes de conhecimento para resolvê-las, ou ao menos lidar com elas.

Paulo Freire, no livro *Pedagogia da autonomia* (1996), diz que o sujeito, ao passo que ensina, aprende. Ensinar e aprender são atos indissociáveis em que um inexistente sem o outro, e toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina. Por isto, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou construção. Este é um importante desafio para os preceptores.

É essencial que o preceptor tenha uma “disposição pedagógica” associada à sua prática com o residente de forma indissociável ao processo dialógico de ensino-aprendizagem, que se baseie na educação problematizadora e libertadora capaz de transpassar a mera transmissão de conteúdos e possibilitar caminhos de superação das dificuldades cotidianas e construção de soluções inovadoras (MANHÃES *et al.*, 2018). Mas, como o preceptor alcança este lugar? Como ele se vê dentro de seu processo de trabalho?

Na prática, o preceptor tem a possibilidade de desenvolver o ato da crítica cuidadosa sem a perspectiva de menosprezar o estudante. Assim, a relação pode se horizontalizar quando esse preceptor não é nem pretende ser a voz da verdade (BARRETO *et al.*, 2011). Por isso é fundamental a reflexão crítica sobre a prática.

É pensando criticamente a prática de ontem que se pode melhorar a próxima prática. Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante (FREIRE, 1996).

A convivência amorosa com seus estudantes e uma postura curiosa e aberta que os assume e, ao mesmo tempo, os provoca a se assumirem enquanto sujeitos

sócio-históricos do ato de conhecer, é o que se espera do preceptor de Enfermagem. Ele pode falar do respeito à dignidade e autonomia do seu educando, a partir de uma postura que pode construir um ambiente favorável à produção do conhecimento. A ideia é que o medo do professor e o mito que se cria em torno da sua pessoa vão sendo desvelados. É preciso aprender a ser coerente (FREIRE, 1996).

Há de se pensar na perspectiva da educação como prática de liberdade para capacitar um preceptor, pois levando em consideração seres dialógicos e uma educação libertadora para o residente de Enfermagem, é preciso construir um profissional nos mesmos moldes, para que possa compreender o que é, então, uma educação como prática de liberdade, o que é o “ser no mundo”, como ser dialógico e como pronunciar sua realidade de forma autêntica, reflexiva, criativa e curiosa (FREIRE, 1996).

Desejamos fazer eco às palavras de Freire e evocar que nossos preceptores possam construir criatividade, com "a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos" (FREIRE, 1996, p. 32).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta de método adotada neste estudo não segue o padrão clássico usualmente utilizado nas ciências naturais, ancorado fortemente no pensamento positivista, uma vez que os objetivos desta pesquisa são abordados a partir de interações sociais, cujas significações e intenções partiram das concepções dos próprios investigados, com base na nossa especificidade de sermos humanos. Deste modo, para amparar as questões empíricas colocadas por esta pesquisa, os fundamentos teóricos que deram suporte aos procedimentos metodológicos foram elaborados a partir da base teórica de alguns autores, como Santos (2008), que critica o monopólio do conhecimento científico social e defende o conhecimento científico social antipositivista. Na ciência pós-moderna, o senso comum aceita o que existe tal como existe; privilegia a ação que não produza rupturas significativas no real. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade (SANTOS, 2008).

Santos (2008) propõe olhar para o futuro, voltar-se para perguntas simples, que giram em torno do conhecimento científico e o senso comum, e afirma que o paradigma dominante desconfia de qualquer conhecimento vindo das sensações, reiterando que o comportamento humano não pode ser explicado ou descrito somente por observações, pois o mesmo ato pode corresponder a sentidos de ação muito diferentes.

Entre as características antipositivistas, Santos (2008) valoriza o conhecimento vulgar da natureza e das ciências sociais, que transpomos para nosso estudo sobre o trabalho da preceptoria na formação dos residentes do PREFC. A subjetividade produz características pessoais e histórias de vida que essas preceptoras trazem em sua história profissional pode corresponder a sentidos de ação muito diferentes.

Lasarsel (*apud* HAGUETTE, 1995) identifica as situações em que a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não facilmente articulados como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência etc. Diante do exposto, o assunto a ser pesquisado encontra-se na situação qualitativa para compreender o sentido que o preceptor atribui ao seu trabalho no PREFC.

Outro autor de referência, de suma importância para esta pesquisa, foi Jean-Claude Kaufmann (2013), um sociólogo francês contemporâneo que trabalha com a questão do cotidiano e da identidade na sociedade atual, onde a marca das escolhas

individuais e da diversidade dos comportamentos vem se estruturando. Kaufmann apresenta a Entrevista Compreensiva como um método etnológico de pesquisa qualitativa em que o relacionamento entre entrevistador e entrevistado encontra penetração nos processos existenciais e cognitivos de todos os envolvidos. Na Entrevista Compreensiva, há uma captura direta da construção social da realidade da pessoa que é entrevistada, mas sem excluir o envolvimento do pesquisador na própria entrevista. Ambos, entrevistado e entrevistador, refletem sobre si, falam de si e "A entrevista funciona, de fato, como uma câmara de eco da situação comum de fabricação da identidade" (KAUFMANN, 2013, p. 99).

Esta é também uma pesquisa exploratória, que tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto em que ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social onde ocorre (QUEIROZ, 1992). Segundo as concepções tradicionais, a pesquisa exploratória tem por finalidade o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e apuro das hipóteses, e segundo nova concepção, é realizada com a finalidade precípua de corrigir o viés do pesquisador e, assim, aumentar o grau de objetividade da própria pesquisa, tornando-a mais consentânea com a realidade (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Nesse sentido, a pesquisa exploratória leva o pesquisador, frequentemente, a descobrir enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para que, paulatinamente, seu próprio modo de pensar seja modificado. Isto significa que ele, progressivamente, vai ajustando suas percepções à percepção dos entrevistados (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

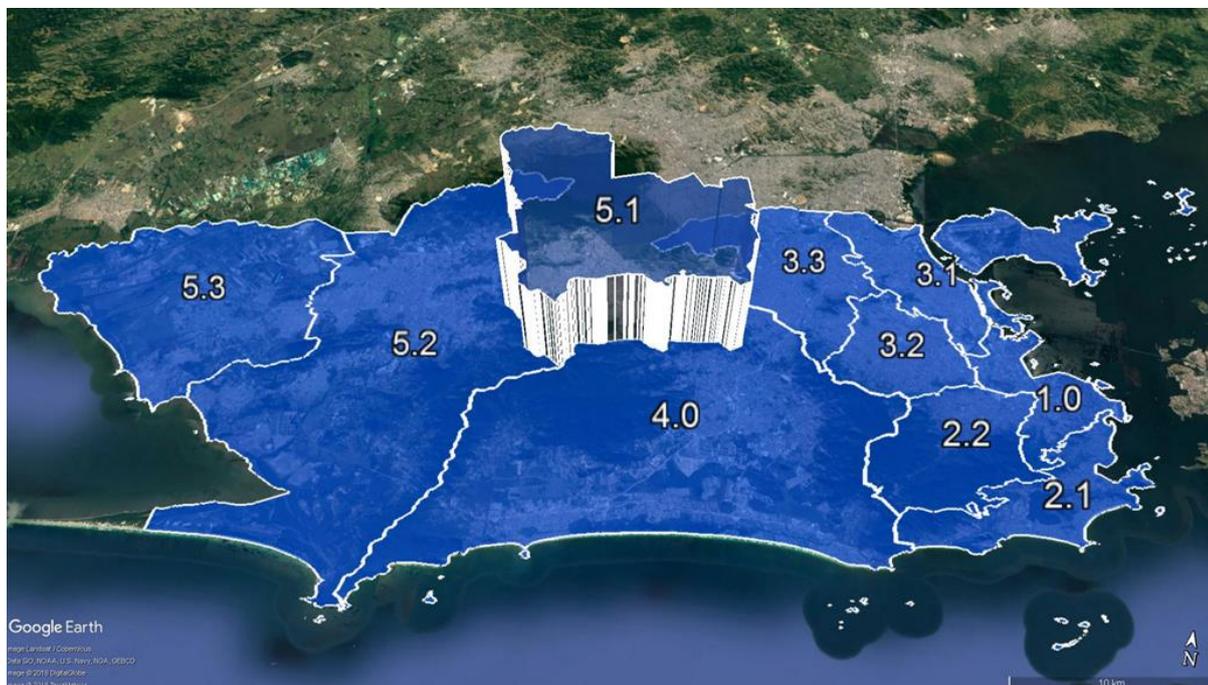
Pesquisa realizada em um contexto exclusivamente profissional torna desnecessário o uso do contexto popular, mas a pesquisa em questão valoriza as vivências, concepções, histórias de vida, os valores que cada indivíduo exerce, já que são fatores que interferem no processo de trabalho de diferentes modos.

4.1 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada na Clínica da Família Kelly Cristina de Sá Lacerda e Silva, que atende o bairro de Bangu e parte de Senador Camará, na Coordenação de Área Programática 5.1, zona oeste do Rio de Janeiro. Esta área programática tem a

população de 671.041, possui 127 equipes de Saúde da Família distribuídas em 27 unidades de APS, ofertando uma cobertura de 87,94% da área programática (DICA, 2021).

Figura 2. Localização das AP's no município do Rio de Janeiro



Fonte: Google Earth.

A clínica foi inaugurada no dia 08 de setembro de 2011, sendo coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro. É uma unidade tipo A, com 111.231 habitantes, segundo o Censo Demográfico 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), distribuídas numa área de 1.723,59 ha. Tem por vizinhança os bairros de Bangu e Santíssimo. O índice de desenvolvimento social (IDS) do bairro está na posição 139 (IBGE, 2000).

O bairro é dividido pela linha ferroviária do ramal de Santa Cruz, atualmente operado pela empresa Supervia. No lado esquerdo da linha ferroviária, no sentido para Santa Cruz, o bairro é cortado pela Avenida Santa Cruz, onde está localizada a favela do Sapo. Essa avenida faz a ligação entre os bairros de Realengo e Campo Grande.

O nome da Clínica da Família foi escolhido em homenagem a uma agente comunitária de saúde que durante suas atividades laborais, foi alvejada por arma de fogo e foi a óbito. A unidade tem estrutura de Clínica da Família, é localizada na AP 5.1, e tem a Residência de Enfermagem em Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. Possui sete Equipes de Saúde da Família, sendo quatro com preceptoria e residentes de enfermagem em saúde da família. Todas as equipes são envolvidas com os atendimentos à população da área de abrangência. Essa unidade conta ainda com a presença de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um educador físico, um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social.

A escolha do cenário se deu por ser um local com interfaces de ensino, assistência e pesquisa, onde a preceptoria em Enfermagem está solidificada, e, portanto, mais madura.

4.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES, COLETA DE DADOS, ANÁLISE E ÉTICA EM PESQUISA

A entrevista foi presencial e realizada individualmente, nos dias 21, 22 e 23 de setembro de 2021, com três preceptoras do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade. Foi feito um agendamento prévio via contato telefônico, com horário marcado para realização da leitura do TCLE e em seguida a entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada preceptora, a fim de não interferir e não causar prejuízo ao andamento do trabalho na clínica, obedecendo à Resolução CNS 580/18, artigos 6º, 7º e 8º. A pesquisa foi realizada na própria Clínica da Família de atuação das profissionais, em sala privativa, com duração aproximada de 1 h a 1h30min.

Durante as entrevistas, foram utilizados todos os cuidados sanitários, como distanciamento social, uso de máscara, sala ventilada e uso de álcool em gel a 70%.

A principal justificativa para que fossem incluídas como sujeitos de pesquisa, foi por serem profissionais que fizeram parte da minha trajetória profissional, em que construímos, em comum, compromisso e seriedade com o trabalho; além de seu tempo de atuação na preceptoria ser suficiente para que pudessem pensar sobre o processo de trabalho com propriedade.

O critério de inclusão foi ter pelo menos quatro anos de trabalho como preceptoras, chancelado por suas vivências e participação na formação de duas

turmas de residência. Sendo profissionais mais experientes, puderam oferecer com maior riqueza de detalhes suas narrativas sobre o trabalho desenvolvido na formação dos residentes, acrescido ao fato de que elas participaram da qualificação da assistência de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro.

O critério de exclusão foi: preceptores de férias, licença e os que não aceitaram participar da pesquisa, ou não cumpriram com os critérios de inclusão expostos acima.

A Entrevista Compreensiva é ao mesmo tempo ferramenta para coleta de dados e pressuposto de análise, por ser capaz de fornecer a compreensão da multiplicidade de olhares e possibilitar uma leitura da realidade em uma abordagem em que continuamente os sujeitos investigados são questionados, evocados para se perceberem como esses sujeitos que interpretam a sua realidade tanto do ponto de vista pessoal como social (ANGELO; MENDES, 2015).

Na Entrevista Compreensiva, os sentidos surgem da interação do sujeito com o outro, que age, interage, reflete, age novamente, alimentando e retroalimentando sua existência, modificando esses sentidos através desses processos (ANGELO; MENDES, 2015).

Durante a análise dos sentidos que atribuem ao seu trabalho, pelos relatos das preceptoras, foi possível perceber as diferentes relações entre estes sentidos dentro de suas ações na realidade. Sobre o conceito de sentidos, Haguette nos lembra que:

[...] concebe a sociedade como uma entidade composta de indivíduos e grupos em interação [...], tendo como base o compartilhar de sentidos sob a forma de compreensões e expectativas comuns. [...] A vida em grupo representa um processo de formação, sustentação e transformação de objetos, cujos sentidos se modificam através da interação [...]. O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para eles (HAGUETTE, 2000, p. 57-58).

Foi desafiador conduzir a Entrevista Compreensiva, especialmente porque ela exige, além da já mencionada abertura ao saber do outro, a construção de uma relação empática, o que demanda, inclusive, uma capacidade de envolvimento e de sedução (outro termo bastante heterodoxo) da parte do entrevistador. Tais habilidades necessitam de uma entrega progressiva, por meio da qual, de pouco em pouco, ele começa a construir e a reconstruir, por meio de palavras, suas experiências, opiniões, preconceitos, valores. Em suma: sua vida. Tudo isso pode ser desencadeado pelo simples fato de o informante perceber, na suposta desimportância de seu existir, uma

grandeza que interessa àquele que o questiona, que o instiga a enfrentar, por meio da memória e da oralidade, seus medos, dores e alegrias (OLIVEIRA, 2015).

A entrevista configura um momento de troca que, segundo Kaufmann (2013), deve primar pelo equilíbrio, de forma que os papéis de entrevistador e entrevistado sejam fortes e contrastados. O pesquisador deve conduzir a entrevista objetivando que o entrevistado se sinta em um papel central no momento da entrevista (KAUFMANN, 2013).

Foi utilizado um roteiro que funcionou apenas como instrumento-guia para ouvir os sujeitos acerca do que importava pesquisar, mostrando-se suficientemente flexível para, na sua aplicação, ativar um diálogo mais rico do que a simples resposta a questões. Tal movimento presume, por parte do entrevistador, uma atitude de permanente atenção e abertura à perspectiva e narrativa do entrevistado, no seu conteúdo e sequência, bem como de flexibilidade e habilidade em responder adequadamente, sob a forma de pergunta, aos tópicos que emergem no decorrer da entrevista. Por vezes, um tópico que é inicialmente presumido como supérfluo, ou ao qual sequer se dá relevância, manifesta-se central a desenvolver com determinado entrevistado.

Durante a entrevista, foram consideradas as afirmações de natureza subjetivas que estão sempre imersas em situações que devem ser levadas em conta: o estado emocional do entrevistado, suas opiniões, suas atitudes e seus valores, e confrontadas ou complementadas com comportamentos passados e expressões não verbais igualmente. A constatação de afirmações conflitantes não levou o pesquisador a considerar o depoimento inválido, vez que estas mesmas contradições levam a importantes descobertas. As pessoas nem sempre exibem um comportamento racional em suas atividades diárias (HAGUETTE, 1997).

O direcionamento da ação investigativa deve levar para a percepção do universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro, para compreender as atitudes, os comportamentos, os sistemas de ideias, de valores, de símbolos, de mitos. Compreender por empatia significa perceber e entender a existencialidade interna do sujeito (BARBIER, 1998, 2007). Tornou-se elementar, portanto, uma aceitação incondicional do outro, sem julgar, medir, comparar ou interpretar.

O ouvir é um momento potencial orientador das interpretações. Sobre este aspecto, Barbier (2007, p. 97) explica que “[...] proposições interpretativas poderão ser feitas com prudência”. Ao pesquisador, ao interpretar os significados sugeridos à

fala do outro (que se encontra impregnada de subjetividades, segundo suas vivências e conhecimentos), cabe à consciência do que está fazendo e permitir ter como fio condutor a intencionalidade da pesquisa, comprometendo-se de forma ética e política com a práxis científica. Assim, o desafio aqui proposto ao pesquisador foi a tarefa de compreender o outro, respeitando seu contexto, e não sobre nossas interpretações.

Ao pesquisador cabe o direito de discordar; entretanto, o mais importante é exercer a capacidade de respeitar a opinião diversa da sua e o pensamento contrário ao seu. Requer, desse modo, considerar a escuta sensível no que diz respeito à impossibilidade de ignorar a relevância e a influência que tem o contexto social na constituição humana. Ela pede a compreensão do sujeito como um ser completo e complexo, requerendo um tratamento holístico que implica uma relação de totalidade com o outro. Assim, compreender o outro implica conhecer os elementos que fazem parte do contexto do sujeito.

Nesse processo de escuta, mesmo a atenção estando voltada para a palavra, cabe ao pesquisador atentar que nem sempre as palavras transmitem toda a mensagem; é importante buscar no silêncio o que não foi pronunciado oralmente. A esse respeito, segundo Barbier (2007, p. 141):

É indispensável lembrar que o homem permanecerá, para sempre, um ser dividido entre o silêncio e a palavra, e que somente a escuta do pesquisador poderá penetrar e captar os significados do não dito. A pessoa que se dispõe a escutar não basta que tenha ouvidos, é necessário que ela realmente silencie sua alma. Silencie para perceber aquilo que não foi dito com palavras, mas que talvez tenha sido expresso em gestos, ou de outra forma.

Em coletânea de textos de Mills (2009), mostra-se como a vida acadêmica e o trabalho intelectual se entrelaçam num *continuum*, no qual o cientista social vai se aperfeiçoando no seu “ofício” de artesão intelectual.

“O artesão intelectual é aquele que sabe dominar e personalizar os instrumentos que são o método e a teoria, num projeto concreto de pesquisa” (KAUFMANN, 2013, p. 33). A ideia é que o pesquisador deve saber usar sua experiência de vida em suas construções intelectuais. Compreendemos que este artesanato realiza-se dentro de cada um, a partir das influências das experiências.

Geertz (1997) explica que pensar o mundo do ponto de vista do outro é uma questão epistemológica que remete ao fato de que ideias e realidades representadas estão natural e indissolúvelmente unidas. O comportamento do indivíduo é relacionado dialeticamente com a sociedade, de forma que o pesquisador deverá

explicar o “bordejar dialético” contínuo entre o menor detalhe (o local) e a mais global das estruturas globais. Tal fato necessita do trabalho do pesquisador como um artesanato intelectual.

A análise do material das entrevistas realizadas apresentou uma narrativa, um discurso que foi determinado pela formação discursiva, em que “as palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam. Elas ‘tiram’ seu sentido dessas posições, isto é, em relação às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem” (ORLANDI, 2009). Recortar, na perspectiva de Orlandi (1983, p. 14), é uma operação de estabelecimento de unidades discursivas. Estas são compreendidas como “[...] fragmentos correlacionados de linguagem-e-situação. Assim, um recorte é um fragmento da situação discursiva”. A autora salienta ainda que a ideia de recorte não deve remeter à de informação, mas à de polissemia. Logo, o que recortamos e veio a se constituir como *corpus* discursivo desta pesquisa não tem uma finalidade comprobatória em termos de conteúdo informacional, e sim de inscrição em redes de sentidos.

No tecer do seu trabalho interpretativo, como lembra Assolini (2008), não separamos temporalmente a reflexão teórica da análise de dados. Assim, compreendemos e interpretamos os processos discursivos das preceptoras pesquisadas, e sua relação com a memória de um dizer (interdiscurso). Para tanto, unimos análise e teoria, de tal modo que, ao mesmo tempo em que interpretamos as marcas formais dentro do seu contexto sócio-histórico, realizamos movimentos de checagem da teoria, ajustando a interpretação desses fatos.

A interpretação das entrevistas foi “um gesto”, ou seja, um ato no nível simbólico. A interpretação foi o vestígio do possível. O gesto de interpretação foi assumido como um gesto simbólico que deu sentido à significação, porque não há sentido sem interpretação e deverá sempre existir uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na interpretação, é importante lembrar que o analista é um intérprete, que faz uma leitura também discursiva influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças, suas experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na Entrevista Compreensiva, não é necessário analisar tudo o que aparece na entrevista, pois se trata de uma análise vertical, e não horizontal. O importante é captar

a marca de sentidos e relacioná-la ao contexto sócio-histórico e aos sentidos que esta autora, como pesquisadora, enfermeira e ex-preceptora do PREFC, pode dar. Deste modo, realizamos várias leituras do texto que fizemos com que, enquanto pesquisadora, nos aproximasse das marcas de sentido implícitas e explícitas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis UFRJ, localizado na Cidade Nova, Rio de Janeiro, e também pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o número 4992825, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as cláusulas éticas foram respeitadas, no que tange ao anonimato dos sujeitos, que são apresentados no estudo por letra “P”, de preceptora, seguido do número ordinal correspondente à ordem de realização das entrevistas (por exemplo: P-1; P-2).

As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, quanto à liberdade de participação, da autorização para divulgação dos dados em publicações científicas.

A participação foi voluntária, isto é, a qualquer momento a participante poderia recusar-se a participar ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não traria nenhum prejuízo em relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os dados. Os direitos de pedir informações adicionais sobre o projeto, de não responder a qualquer questão, e/ou até mesmo a interromper definitivamente a entrevista, foram comunicados ao entrevistado de forma clara – mas tal poderá acontecer de maneira mais informal, em momentos que se mostrem adequados à entrevistadora, nomeadamente quando o entrevistado mostre algum sintoma de mal-estar perante determinada pergunta.

A participação nesta pesquisa consistiu em Entrevista Compreensiva, que foi gravada e transcrita. Após várias leituras, foram identificados eixos temáticos, fazendo os recortes das formulações nas quais aparece tal ênfase.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao receio de sofrer algum tipo de desconforto emocional; constrangimento moral e/ou intelectual, de ter as imagens gravadas em vídeos divulgados e cansaço ao responder aos questionamentos. A responsável pela realização do estudo se comprometeu a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa e, diante de tais situações, a pesquisadora procurou identificar o motivo do desconforto, dando apoio ao(à) participante, esclarecendo que cabe à pesquisadora registrar seu relato sem

fazer nenhum tipo de julgamento, bem como interromper a conversa a fim de que haja uma pausa.

Os benefícios relacionados à participação nesta pesquisa contribuíram com subsídios teóricos e reflexões sobre o trabalho do preceptor, e também para a visibilidade de uma temática importante para a academia.

Os dados coletados foram utilizados nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. As respostas foram tratadas de forma sem expor os entrevistados, isto é, através de códigos, e em nenhum momento foi divulgado o nome do entrevistado em qualquer fase do estudo.

Os dados desta pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, como consta na Resolução nº 466/2012. Após este período, os dados desta pesquisa em arquivo físico serão incinerados e os dados digitais serão deletados.

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre o objetivo e tema da pesquisa, assinaram e leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de serem entrevistadas. As entrevistas foram agendadas em dia e horário de acordo com a disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. Os participantes não tiveram nenhum custo ou qualquer compensação financeira, e para o desenvolvimento da pesquisa, foram respeitadas as exigências estabelecidas pelas Resoluções n. 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada a análise do material produzido pelas preceptoras durante as entrevistas, e realizada a transcrição de cada fala, e para uma melhor compreensão, foi dividida em subitens. No primeiro subitem, identificamos a precarização do trabalho na preceptoria e a perspectiva de esperança de dias melhores. No segundo, apareceram questões relativas à instabilidade financeira e sobre o contrato de trabalho. No terceiro, surgiu o processo de construção da formação de preceptor. No quarto, o trabalho na preceptoria e o sentido de ser preceptora; no quinto subitem, a mudança da coordenação do programa de residência em enfermagem em saúde da família e da comunidade; no sexto, a valorização e pertencimento da preceptoria e; por fim no sétimo subitem, o sofrimento implícito.

Durante a pesquisa, houve imensa identificação com a vivência e história desta pesquisadora na preceptoria, percebendo o quanto essas preceptoras transmitem um sentimento de esperança de dias melhores, apesar de o dia a dia ser exaustivo do ponto de vista físico e emocional. Mas, o que mais nos chamou a atenção foi como o sofrimento no trabalho foi sendo, de certa maneira, secundarizado pelas preceptoras.

Apresentamos, a seguir, uma síntese do perfil das preceptoras, ofertando, assim, contexto para a pesquisa:

Quadro 1. Identificação das preceptoras

Preceptoras	Tempo de atuação na preceptoria	Número de residentes formados	Formação das preceptoras	Idade
P1	6 anos	13	<ul style="list-style-type: none"> • Formação acadêmica em licenciatura, • Residência em Pediatria, • Mestrado em Educação e Especialista em Saúde da Família e Comunidade 	41 anos
P2	6 anos	13	<ul style="list-style-type: none"> • Especialista em Saúde da Família e Comunidade 	38 anos

P3	7 anos	14	<ul style="list-style-type: none"> • Residência em Saúde da Família e Comunidade e • Mestranda em Atenção Primária em Saúde 	41 anos
----	--------	----	---	---------

Fonte: elaborada pela autora (2022).

Durante a Entrevista Compreensiva, a história de formação acadêmica das preceptoras apareceu. Pudemos observar que P1 e P2 não tiveram contato prévio com a APS, mas puderam assistir a uma reestruturação da mesma pela Saúde da Família. Já P3 teve a oportunidade de realizar estágio curricular em uma unidade de Saúde da Família durante sua formação.

As entrevistas ocorreram nas unidades de saúde onde essas preceptoras trabalhavam e que as mesmas não serão aqui identificadas. Todas as entrevistas foram agendadas com antecedência via WhatsApp, com 100% de opção. Todas as entrevistadas optaram pelo primeiro horário da manhã, o que foi importante, pois estavam descansadas e não havia ocorrido nada que atrapalhasse o desenvolvimento da entrevista. No dia e horário marcados, nos encontramos tranquilamente, quando nos receberam com ótima receptividade, demonstrando disponibilidade durante o tempo que fosse necessário.

Foram realizadas três entrevistas em dias diferentes com duração de P1 (1h10min), P2 (1h); P3 realizou a entrevista com duração total de 1h30min.

As dificuldades encontradas foram na abordagem da P2 quanto às sensações e sentimentos relatados por ela, talvez devido à sua personalidade. Para P2, falar do outro parecia ser mais fácil do que falar sobre si mesma, sobre seus próprios sentimentos. Quando foram modificadas as maneiras de interação com ela, durante a entrevista, quando substituímos por outras palavras sobre o mesmo assunto, foi possível identificar melhor os sentidos que ela atribuía ao fato de ser preceptora do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e da Comunidade. Aprendemos o quanto singularizar, o quanto particularizar as entrevistas foi tornando a pesquisa mais interessante, mais potente, proporcionando o registro de uma experiência em que bons encontros foram compartilhados; uma experiência que se tornou antes de tudo, um grande aprendizado.

Bons encontros são sempre momentos em que nos tornamos mais próximos do mundo e de nós mesmos, ampliando nossa capacidade de afetar e ser afetado (SPINOZA, 2009).

Adiante, iniciaremos a análise da Entrevista Compreensiva realizada com as preceptoras participantes da pesquisa, organizadas segundo núcleos de sentidos construídos por esta autora.

5.1. PRECARIZAÇÃO NO TRABALHO X ESPERANÇA

A precarização no trabalho está descrita fortemente nas falas das preceptoras, e de fato este tem sido um grande desafio da APS em geral, especialmente durante a pandemia de Covid-19 iniciada em março de 2020.

Abaixo, P1 fala sobre o processo de trabalho, em que a falta de recursos humanos estava acontecendo diariamente.

Os residentes estão em formação mas a unidade não pode parar, então é muito difícil, você se colocar que agora precisa estar com seu residente, mas e lá fora na sala de vacina por exemplo, não tem RH, eu poderia estar lá ajudando mas ao mesmo tempo, eu não posso deixar meu residente aqui sozinho porque não sei qual a repercussão disso dele estar atendendo sozinho (P1).

Apesar de todos os transtornos que temos passado na ap 5.1 como diminuição do salário, com diminuição do Rh, porque as pessoas acabam não podendo ser contratadas porque ainda não mudou a organização social, eu acho que a gente ainda tá na preceptoria por acreditar mesmo na formação, acreditar que a gente consegue mudar a cara da atenção básica (P1).

P2, apesar de manter uma fala algo esperançosa, relatou toda a dificuldade de recursos humanos na unidade de saúde em que trabalhava.

Estamos com esperança de que as coisas estão melhorando, há um mês atrás estávamos em uma situação muito difícil por aqui porque só tinham nós preceptores de enfermeiros da unidade, a Responsável técnica de férias, nosso coordenador fez contato telefônico e foi suspensa as férias da nossa responsável técnica, e hoje está tudo melhor, mesmo assim eu tenho esperança de que as coisas vão melhorar (P1).

Ter esperança pode significar ressignificar a dor em tempos de incertezas e nos revela que talvez a única certeza seja aproveitar e VIVER o tempo, no aqui e no agora. A gestão política interfere muito no processo de trabalho, sabemos que a crise na saúde iniciou na revisão da Política Nacional de Atenção Básica PNAB 2017. A nova PNAB (BRASIL, 2017) trouxe mudanças e descontinuidades em aspectos

importantes, desestabilizando o compromisso da política com diretrizes fundantes do SUS e da APS, como universalidade e integralidade (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Uma das mudanças diz respeito à maior autonomia cedida aos gestores municipais no que tange ao escopo de serviços ofertados na APS. Estes passaram a ser divididos entre padrões “essenciais” e “ampliados”. Os primeiros seriam ações e procedimentos básicos, que devem ser garantidos pelas equipes em todo país; já os padrões “ampliados” seriam ações e procedimentos estratégicos para alcançar padrões elevados de acesso e qualidade; no entanto, sua adoção é apenas recomendada (BRASIL, 2017).

Em 2018, sob a gestão do prefeito Marcelo Crivella, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) lançou um documento que apresentava um estudo sobre a reorganização dos serviços da APS no município, visando à “otimização de recursos”. A SMS-RJ (2018) argumentou que a expansão da rede de APS foi feita de forma desordenada entre os anos 2009 e 2016, gerando a necessidade de redistribuição das equipes, de modo a alcançar a adequação financeira ao orçamento disponível. A proposta apresentou nova tipologia de equipes e alto número de usuários por equipe, com base na PNAB 2017 (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

O referido estudo foi baseado na filosofia *Lean*, que busca “eliminar desperdícios”, por meio da melhoria de fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas, resultando em aumento na qualidade e redução nos custos. Nesse sentido, a proposta é fortemente marcada pela noção de produtividade, a qual compõe critérios para definir cortes de equipes e justificar sua permanência ou mudança em sua tipologia (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Esse foi o cenário do caos na APS instalado na cidade do Rio de Janeiro, que se iniciou em 2018 até 2020. O que foi chamado de “reorganização da Atenção Primária” traduziu-se por supressão de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF, agravando ainda mais o cenário de pandemia que vivemos no início de 2020.

Essas mudanças causaram uma queda importante na cobertura populacional da ESF, de 62% em 2017 para 55% em 2019 (BRASIL, 2020). Apesar da queda na cobertura, ainda houve sobrecarga das equipes, uma vez que o número de profissionais foi reduzido e houve aumento da população adscrita por equipes de Saúde da Família. Essa escolha implicou redução do desempenho do sistema de saúde, interrompendo a centralidade da agenda de consolidação da Atenção Primária e priorizando a atenção hospitalar (O'DWYER *et al.*, 2019).

Todo esse cenário fragilizou os profissionais de saúde, deixando o medo e a insegurança como legados.

Mudou a OSS e contratos desestabilizaram todos os recursos humanos da área, e com isso perdemos a força a potência porque as pessoas foram ficando desmotivadas e vão pedindo demissão, só que aqui a gente lida com vida, não podemos nos pautar somente na motivação (P2).

Nesta fala, P2 reflete sobre a rotatividade de profissionais, que devido à precariedade no trabalho, desistiram da preceptoria, perdendo a potência que a união de um grupo favorecia. P2 também mantém um discurso algo idealizado em relação ao sentido do trabalho em saúde, quando nos relatou que lidar com a vida superaria o lidar com as próprias motivações.

Diante da pandemia de Covid-19, a APS do Rio de Janeiro teve as condições de trabalho ainda mais agravadas, com sobrecarga dos serviços e adoecimento físico e mental dos profissionais. O déficit de profissionais já era uma realidade imposta pela “reorganização”, e mostrou-se ainda mais grave no contexto da pandemia. Esse cenário aumentou a sobrecarga dos serviços de APS, que estão até hoje se adaptando tanto à pandemia, quanto ao avanço no número de casos; além de lidar com a vacinação em massa da população, as mudanças de contratos e a implantação de polos de testagem do Covid-19. Com todo cenário descrito, não se poderia esperar que a APS carioca fosse capaz de garantir acesso irrestrito ao atendimento da síndrome gripal e de testagens para Covid-19 se não houvesse incremento de equipes, considerando também a vacância de profissionais afastados diariamente por Covid-19, gerando mais precarização do cuidado e do trabalho. Ressaltamos, no entanto, que a pesquisa foi realizada quando a vacinação contra a Covid-19 no Rio de Janeiro estava com 82,8% da população com 18 anos ou mais, e 44,6% que haviam completado o esquema vacinal, com duas doses.

Na fala a seguir, P2 fala sobre a capacidade, boa vontade de resolver situações difíceis, mesmo diante de fatores que ultrapassavam a sua capacidade de resolução:

Tá sem ar-condicionado na sala, eu posso comprar ar-condicionado novo pra trazer? Não é da minha ossada fazer, mas então o que eu posso fazer? Posso de repente colocar um ventilador que é mais barato e eu consigo trazer (P2).

O pensamento da P2 diante das dificuldades revela resiliência e enfrentamento criativo para sustentar sua motivação em se manter na APS mesmo diante de tudo o que estava enfrentando. Minha inferência é que sua fala tem um fator de proteção,

uma certa defesa que a protege simbolicamente de lidar com o concreto problema de trabalhar sob condições de trabalho precárias.

Na fala de P1, abaixo, ela identifica que mesmo diante da falta de recursos materiais e de manutenção de equipamentos e estruturas, há um comprometimento evidente no processo de trabalho. Entendemos os desafios diários enfrentados por essa profissional e sua atitude de resiliência e preocupação com os residentes, mas saímos desta entrevista perguntando: como formar residentes dentro desse contexto da APS?

Quanto à necessidade de melhorias de estrutura física, hoje estamos com duas salas só que funcionam com ar-condicionado. Material de curativo estamos sem! Ontem tínhamos duas compressas de gaze na casa! Temos enfrentado problemas estruturais que mexem com a gente... Não tem como deixar um residente um turno na sala de curativos, pois não terá como fazer... (P1).

Quando uma tarefa importante na formação do residente é impossível de ser realizada por falta de recursos, esse fator interfere em sua formação e conseqüentemente, no trabalho do preceptor. A fala de P1 traz a inquietação de não poder ofertar a prática de uma atividade importante para o residente, uma atividade tão corriqueira como um curativo.

Terminadas as entrevistas e na atual gestão da Prefeitura, é justo lembrar que tem havido melhora nos salários e gratificações dos profissionais, estando em processo de retomada dos contratos de manutenção das unidades de saúde e a contratação de mais recursos humanos. Porém, a realidade é que percebemos que por mais que tenham contratações de mais recursos humanos, tais medidas não se tornam suficientes para seguirmos com o trabalho da APS que desejamos. Seria necessário no momento atual, além de mais contratações de recursos humanos, equipes direcionadas à vacinação em massa e aos testes de Covid-19, mantendo as equipes da APS para coordenação do cuidado das linhas prioritárias de saúde. Por isso P3 nos sinaliza:

Tá saindo de uma fase muito ruim de precariedade completa Raquel, o ar-condicionado do consultório que eu uso ele pingava de ter que colocar dois baldes de inox, no final do dia tinha que pegar aquele balde cheio e tirar. Já consertou o ar, o acolhimento lá na frente gente, eles consertaram colocaram luz, eu olhei e falei meu Deus esse tempo todo eu não achava ruim, eu falei aí na verdade trouxe luz a tudo né...não só luz física a tudo mesmo, o movimento se tornou diferente, você começa a falar a palavra **CHAMADO**. Antes quebrava e ia ficar assim, isso é , como a gente adoce com coisas que a gente não consegue... eu tô querendo organizar tudo no consultório, me trouxe o ânimo (P3).

Estamos com uma nova OSS, né e com salários melhores, mas há nove anos atrás eu ganhava a mesma coisa que eu ganho hoje, e as coisas aumentam né, e é claro que com o salário que você ganhava nove anos atrás você não faz a mesma coisa hoje, então assim... **a tristeza é a falta de investimento na nossa categoria** (P2).

Estamos em uma gestão política muito favorável à formação, o secretário de saúde é uma pessoa que pensa muito na formação isso é maravilhoso, porque o que na gestão passada não conseguimos fazer, hoje conseguimos, a gente consegue fazer acontecer, conseguimos preservar os espaços de sessão clínica; se precisar um ciclo de debates online conseguimos fazer acontecer, porque ele tem essa visibilidade... Então depende muito da política de quem está na gestão, mas se for uma pessoa que está à frente disso quanto ao investimento na residência, isso me motiva mais me estimula, além da gratificação financeira que a gestão garante, ainda preservam os espaços, mostra a importância da residência, valoriza a gente, a diminuição dos indicadores que vemos também, como a diminuição da mortalidade infantil, então conseguimos pensar nisso e nos fazer continuar.

A gestão passada foi muito ruim, hoje estávamos aqui e vinham orientações descabidas para a atenção básica dar conta, e pensávamos "gente de onde tiraram isso, que loucura, nada a ver com atenção básica" e hoje apesar de todas as dificuldades pensamos: ah... mas na gestão temos uma pessoa centrada que está fazendo as coisas para melhorar, tem uma perspectiva para o futuro (P1).

O trabalho em condições ruins de infraestrutura, de oferta de insumos e de relações desgastadas com gestores pode trazer sofrimento no trabalho. Na fala das preceptoras, podemos notar um certo desencanto que se alimentava por uma fala algo esperançosa de que novas perspectivas poderiam melhorar o que estavam vivenciando na APS e na preceptoria.

A gente tá a dois anos com esse salário defasado, mas sempre com esperança, pois é nisso que acredito. Acho que a perseverança em pensar que dias melhores virão e que a gente não vai desistir porque estamos fazendo um processo de formação na vida de alguém (P1).

Pensar que a esperança sozinha transforma o mundo seria um ato de ingenuidade, mas em contrapartida, sem ela podemos cair no fatalismo, no pessimismo, que pouco contribui para o enfrentamento de situações difíceis.

Na fala abaixo, P2 acredita que a educação é transformadora, que podemos mudar a Enfermagem através da educação. O sentido da educação está intimamente relacionado ao desenvolvimento dos seres humanos, pois é através do conhecimento e da aprendizagem que o homem consegue evoluir e conquistar seu espaço na sociedade (PRADO, 2013).

O ser humano condicionado está associado à sua própria incompletude, bem como a compreensão histórica, a qual não permite que esse seja um sujeito determinado. Compreende-se aqui a esperança como força de tensionamento dessa

incompletude e, ao mesmo tempo, como forma de procura em direção à elaboração de movimentos de transformação (FREIRE, 2002).

[...] eu posso fazer um mundo de enfermagem melhor no futuro (P2).

A perspectiva futura de P2 parece ser a de transformar a Enfermagem, acreditando que a profissão continuará a acumular força e responsabilidade.

Pequenos movimentos vivenciados por essas profissionais evocaram esperança de melhorias, porém diante da problemática atual da Covid-19, sabemos que há necessidade de ocorrer maiores modificações no trabalho da APS, nos fluxos de testagem e vacinação, para que as equipes de saúde consigam de fato acompanhar e coordenar o cuidado das linhas prioritárias de saúde.

A atual crise é sanitária, política, econômica e social, e exige reforma nos modos de atuação das equipes da APS e de intervenção no exercício de novas formas de fazer APS, com equipes e pessoas motivadas e comprometidas com o fortalecimento do SUS. No entanto, as equipes precisam de apoio, como mais liderança, foco nas prioridades, orientação aos resultados e principalmente mais recursos.

Nesse contexto, a APS no SUS, em especial a ESF, tem papel estratégico no enfrentamento da Covid-19, pois sua capilaridade nos territórios lhe permite identificar situações de risco e vulnerabilidade e exercer a vigilância em saúde. E as UBSs, por sua vez, têm papel estratégico no cuidado das pessoas no curso desta epidemia. Para que tal papel se exerça, é preciso que se efetivem atributos que norteiam as ações da APS: acesso de primeiro contato; vínculo longitudinal; integralidade; coordenação; abordagem familiar e comunitária e competência cultural, e diretrizes para uma APS abrangente, orientada para a integralidade, considerando a necessidade de se estabelecer uma linha de cuidado específica para a Covid-19 (BRASIL, 2020a; WHO, 2020a). Isso implica a definição de fluxos para que as pessoas possam ser cuidadas: no seu local de moradia, no domicílio, nas UBSs e nos demais serviços da rede de atenção à saúde. Em um sistema organizado, a APS tem destaque na linha de cuidado, pois possibilita a conformação de trajetórias integrais de cuidado do usuário (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020).

Uma das lições aprendidas durante a emergência sanitária da Covid-19 foi a importância do SUS e da APS quando se trata de salvar vidas. Sem uma APS forte e universal, não haveria imunização efetiva da população ou qualquer controle da

doença. A dinâmica da epidemia não pode levar à paralisação do cuidado. A renovação de práticas pede novos investimentos em recursos, insumos e ações para a sua otimização (BRASIL, 2021).

Muito há que se investir para a reestruturação de um sistema de saúde integrado, com coerência epidemiológica e sanitária, de custo-efetividade, para cumprir a missão de cuidar da saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (ENGSTROM *et al.*, 2022).

No entanto, as preceptoras entrevistadas, sabendo de tudo isto, revelaram com atualidade e lucidez, como perceberam estar os caminhos da Enfermagem e da preceptoria, em tempos de pandemia, no contexto de um prévio desmonte da APS carioca. Resistência foi o que ofertaram.

5.2 INSTABILIDADE FINANCEIRA E INSTABILIDADE DO CONTRATO DE TRABALHO

O município do Rio de Janeiro já investiu na qualificação dos profissionais da rede, oferecendo gratificações para a preceptoria no valor de R\$ 1.500,00, e redução de 8h semanais para profissionais em formação na APS. O município investia na qualificação dos profissionais da Rede de APS, ofertando incentivo com pagamento adicional de 20% para egressos dos programas de residência em Saúde da Família, e 20% para mestres e doutores, sendo todos os incentivos acumulativos.

Em 2019, com a mudança de contratos das Organizações Sociais (OSS), as gratificações de formação foram retiradas, e a de preceptoria foi calculada pelo salário-base, que reduziu em 25%, de R\$ 6.000,00 para R\$ 4.500,00. Em algumas áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, foram perdidas todas as conquistas de incentivo financeiro, o que causou insegurança, sentimento de desvalorização ao preceptor enfermeiro, acarretando grande instabilidade financeira, rotatividade desses profissionais e muito estresse profissional.

Há algum tempo, a gente tinha um salário razoável, a gente tinha a gratificação por preceptoria, um valor digno! A gente tem a especialização, isso é maravilhoso, vc se sente valorizado, é ótimo, mas infelizmente nós estamos a mercê de política infelizmente, cai uma política vem outra e acaba tudo isso, a gente reduziu em 2500 reais o salário, a gente caiu a gratificação por mestrado e doutorado, só tinha a da especialização que ficou...mas a gratificação por preceptoria caiu para 600 reais, acho que no contra cheque de algumas pessoas está vindo trezentos e pouco, e ai vc fala assim, cara é remar muito contra a maré! (P3).

Hoje, durante a finalização desta escrita, ainda não há isonomia salarial e os vínculos empregatícios estão cada vez mais instáveis, com profissionais cansados e sem férias devido às trocas de contratos das organizações sociais.

Durante a pesquisa, estava ocorrendo modificação dos contratos da OSS, com os salários de R\$ 6.080,00 com a gratificação de preceptoria de 10% do salário-base e insalubridade R\$ 210,00; e apesar disso, pudemos observar nos discursos dessas preceptoras alguma esperança de dias melhores e uma certa perspectiva futura, sem que percam a lucidez de se sentirem algo exploradas nas relações de trabalho que o capitalismo atual impõe aos trabalhadores.

O gestor atual da prefeitura parece ter evocado nelas lembranças de uma época de expansão da APS. Lembranças de contratos mais estáveis, gratificações e incentivos preservados...

Nesse momento que você está me entrevistando eu já estou em uma perspectiva de motivação, como eu te disse, dia 19 mudamos de OSS, então hoje eu já estou no momento um pouco motivada porque eu vou poder ver, ainda não recebi mas vou poder ver meu salário retornar pelo menos ao que era antes, então isso já é bom, estou mais feliz claro! (P2).

Na preceptoria ganhávamos 20% de adicional e agora 10%, em termos financeiros não terá muita mudança (P2).

Agora que voltou tudo ao normal, então penso eu faço, mas poxa eu ganho um diferencial, eu faço isso mas eu ganho por causa disso, entre um preceptor e um enfermeiro de equipe tem diferença! Nós aqui vamos ter diferença na preceptoria, na gratificação e no mestrado, então isso ajuda muito (P3).

P2 refere que mantém seu padrão de qualidade técnica no ensino, apesar de não ter a remuneração merecida, demonstrando obviamente não estar plenamente feliz com sua remuneração atual. Relata e demonstra muito cansaço, pois diante das trocas de contratos e OSs, não conseguiu tirar férias, além do aumento no volume dos atendimentos nas unidades por conta da pandemia de Covid-19.

Na fala abaixo, P2 busca sentidos para continuar na preceptoria e na APS, mesmo não estando plenamente realizada com seu salário:

Meu salário caiu pela metade, de quando eu entrei, pra você ter noção, quando eu olho minha carteira de trabalho hoje eu ganho nem cem reais a mais de quando eu entrei, tem noção disso? Tem nove anos que entrei em 2012, e hoje estou na Gnosis, mas até a Rio Saúde eu estava ganhando a metade, então eu me propus a isso, entende? Eu sou uma pessoa muito assim: eu vou porque eu quero, eu estou aqui porque eu quero, ninguém está me obrigando a estar aqui, com toda essa situação... eu decidi persistir por eu achar que eu ainda **consigo fazer diferença em alguma coisa**, então eu me propus a receber isso e com todas as especializações que eu tenho, mas

eu vou fazer então o meu melhor, eu não vou chegar aqui e falar assim: vou trabalhar menos, porque estou recebendo menos, eu vou chegar atrasada porque eu agora não recebo, então é assim um misto de sensações que não dá pra dizer que estou extremamente feliz (P2).

A história da Enfermagem é relatada por P2 como “a profissão que trabalha por caridade ou sem remuneração merecida”, mas que é “possível aprimorar o residente mesmo nestas condições”. A fala demonstra a exploração do trabalho vivenciada como sofrimento.

A gente acaba sendo a categoria que tudo que ninguém faz acaba sendo você, e você recebe isso aí, mas isso também é uma coisa histórica que não iremos conseguir mudar de uma hora pra outra...então a gente sente assim é um misto de felicidade e tristeza, de achar que eu consigo formar alguém **melhorar alguém na sua condição pessoal técnica e científica, porém não tenho a remuneração merecida** (P2).

A pandemia da Covid-19 provocou prejuízo emocional em todas as pessoas, em especial profissionais de Enfermagem, que enfrentaram o desgaste devido à sobrecarga de trabalho e à baixa remuneração, insegurança pessoal e angústia; especialmente por estarem mais expostos ao contágio e a outros fatores como: ansiedade, incerteza, medo e estresse. Todos estes fatores tenderam a exacerbar diante do cenário de calamidade instalado em todo o mundo (OLIVEIRA; SOARES JUNIOR; SILVA, 2021).

A pandemia da Covid-19 veio apenas expor ainda mais a grave situação em que se encontrava a Saúde no município do Rio de Janeiro no momento da realização das entrevistas. As consequências ainda serão sentidas no contexto pós-pandemia, impulsionadas pela grave crise econômica que seguirá, com o agravamento das condições de saúde da população do município do Rio de Janeiro, o crescente número de desempregos, que geram maior demanda para APS, devido à perda de planos de saúde, sendo cada vez mais as Clínicas da Família referência de cuidado. No momento em que escrevemos, em plena pandemia de Covid-19, está sendo impossível realizar o papel da APS como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, promover a saúde e reduzir as desigualdades. Esses são alguns dos obstáculos para a exigida atuação da ESF neste momento, fragilizando ainda mais os vínculos dos usuários com a equipe de saúde, causando desassistência à população e piora no acompanhamento dos usuários da APS.

O cansaço das preceptoras entrevistadas foi evidente e retratou a vivência destas na constante “reorganização” da APS, somada à realidade da pandemia

mundial, em que a demanda por atendimentos para testagens e a vacinação foram massacrantes. As escalas de vacinação consumiram a maioria de toda carga horária semanal, não restando tempo para os acompanhamentos de saúde. Conseqüentemente, gerou-se estresse, com distanciamento das atividades de rotina do enfermeiro de família, transformando o momento da pandemia de Covid-19 em um grande desafio se manter na APS.

Cansada não tiro férias sei lá há quantos anos, porque troca-troca-troca e agora na RioSaúde eu não tirei férias (P2).

A exploração e conseqüente precarização do trabalho, a sobrecarga de trabalho, o desgaste adicional e o sofrimento subjetivo desmobilizam e desestabilizam os afetos e a vida das pessoas, trazendo em pauta a desvalorização dos trabalhadores assalariados, vigente como estratégia de ganhos do neoliberalismo global.

Certamente, as preceptoras entrevistadas são fundamentais para a continuidade da qualificação da assistência e da formação em serviço para o SUS. São, portanto, profissionais que deveriam ser valorizadas, mesmo diante de trocas de contratos de OSS e/ou estabelecimento de qualquer política nacional de saúde. Mas não foi esta a escolha dos gestores municipais.

5.3. O TRABALHO NA PRECEPTORIA E O SENTIDO DE SER PRECEPTORA

Nas entrevistas realizadas, quanto ao trabalho que desenvolvem na preceptoria e seus sentidos, P1 relata que com cada residente que ela recebe, ela aprende e muda conforme aprende, de acordo como o que nos diz Paulo Freire em 1996, no livro *Pedagogia da autonomia*. Ensinar e aprender são atos indissociáveis, em que um inexistente sem o outro, e toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina.

Eu aprendo muito com eles todos os dias!...é uma troca mesmo (P2).

Eu costumo dizer que eles ensinam mais que a gente, porque a gente recebe cada residente e a gente muda também (P1).

Do preceptor, espera-se que possibilite o desenvolvimento, no residente, de suas competências cognitivas, comportamentais e habilidades técnicas e administrativas da Enfermagem na APS. Espera-se também que estimule sua criatividade.

É claro que é gratificante e, sempre falei isso aos residentes, eu não quero chegar na sala e pensarem assim, P1 quer que arrume a prateleira assim, primeira prateleira esse livro na segunda aquele livro, não é isso que quero... eu digo que quero a criatividade deles, cada um com seu jeito de trabalhar que chega ao mesmo objetivo (P1).

Estamos aqui para mostrar o caminho, como ele pode chegar até ali, como pesquisar, mas que ele mesmo terá suas próprias conclusões e seus questionamentos (P1).

Na formação dos residentes envolve caráter também entendeu...e é muito complexo, estamos falando de caráter...é óbvio que envolve, a vida que vai formando de acordo com o que você vive interpreta e age na sua vida...a vivência a interpretação da vivência e a atitude de acordo com aquilo, eu não quero uma pessoa que nem eu, quero uma completamente diferente de mim, mas que ela só tenha o mínimo que tem que ser ética e leal, é isso, e a questão técnica ela vai pegando com o tempo, sabe (P3).

O preceptor ensina, aprende, aconselha, inspira, troca e promove a identificação do residente com a idealização da Enfermagem como profissão, evocando um sentido de evolução na experiência e nas atitudes dos residentes que acompanham.

Na formação acho que nós temos esse papel, essa contribuição de ver um ser que chega de uma forma e consegue evoluir de outra (P2).

Um misto de sentimentos, muitas vezes se sentir assim feliz de estar conseguindo passar seus conhecimentos para alguém, ajudar a ele a ter um olhar diferenciado (P2).

Nas falas das preceptoras entrevistadas, percebemos que elas desempenham com compromisso seu papel na preceptoria; há muito sentimento envolvido na fala quando demonstram preocupação com a formação moral e ética dos seus residentes.

O conceito de competências não se define isoladamente pelos componentes de conhecimentos, habilidades e atitudes como parâmetros importantes para o desempenho profissional. Os três componentes são intercambiantes e fundamentais como um todo, em conjunto; no entanto, os fragmentamos apenas como artifício acadêmico, no esforço para uma análise de seu processo. O ensino de atitudes é aqui abordado com este cuidado, tendo a ressalva de que é um componente difícil de ser abordado na educação de adultos.

As preceptoras entrevistadas trouxeram uma preocupação importante sobre o ensino-aprendizagem de atitudes com seus residentes. De extrema complexidade, as atitudes se conectam com a cultura de formação dos sujeitos, adquirida pela educação recebida por sua família e pela sociedade em geral ou por outras pessoas com quem

conviveram em diversos contextos. O processo de construção da identidade profissional influenciará sua formação moral e, desta forma, sua atitude ética.

Infelizmente tem que dar conta de coisas que a unidade tem que andar, eu até consigo levar junto, mas eu preciso mostrar pra ele que a realidade na prática é outra...então a gente acaba sendo um mentor, além da formação profissional pensar na questão pessoal de apresentação pessoal, vestimenta... (P1).

Eu tive uma residente em Maravilha (nome fictício de uma unidade de saúde) que cara ela chegou e até a postura de falar modificou, sabe era uma pessoa quando entrou e na nossa última avaliação ela veio me agradecer e falar pra mim que estava fazendo coisas igual a mim que repudiava no início, e pensava isso aqui é muito caxias, agora ele vê o quanto importante é e agora eu sou assim, e aí recebo a ligação dela falando que é junia, eu sou junia porque eu to totalmente igual a você eu me vejo fazendo coisas que você faz, e que hoje eu sou RT e preciso fazer, a residente também era louca falava palavrão em consulta e depois vê-la conseguindo manejar as coisas sabe, isso te dá uma gratidão, de ver assim que realmente eu tenho um papel (P2).

Para P1 e P2 existe um orgulho, um sentimento de reconhecimento e de sentido que as faz continuar na preceptoria ao perceberem que egressos do PREFC vêm ocupando espaços na APS do Município do Rio de Janeiro, como contribuição de todo esforço que vêm enfrentando para se manterem no trabalho de preceptoria.

Se você ver agora muitos lugares que você vai tem muitos egressos da residência, que tem uma cabeça diferente né, uma visão diferenciada, então isso me faz continuar (P1).

Silva (2020) constatou em sua pesquisa que o ingresso dos profissionais entrevistados no competitivo mercado de trabalho foi potencializado pelas competências adquiridas com a especialização nos moldes de Residência Uniprofissional em Enfermagem de Família e Comunidade. Isso corrobora o pensamento e a constatação de que o trabalho desenvolvido pela preceptoria pesquisada é fundamental para a formação de enfermeiros competentes para o SUS, demonstrando também ordenação entre a formação de especialistas e a necessidade da rede.

Em estudo recente, foi identificado que entre 2017 e 2019 houve 152 concluintes na residência do PREFC, dos quais todos foram localizados por meio de endereço eletrônico e receberam o questionário. Desse total, 113 responderam, e foi identificado que a maioria dos egressos possui um único vínculo empregatício (77%), a maioria está trabalhando na APS (77,9%) (SILVA, 2020). Ou seja, o PREFC está formando profissionais para a rede municipal que contribuem com o fortalecimento do SUS.

Esses números revelam que há contribuição da especialização do PREFC para a reorientação das práticas em saúde na APS no Município do Rio de Janeiro. Podemos destacar então a importância da especialização para a qualificação profissional e mudanças na prática na ESF, com reflexos na melhoria dos serviços prestados à população.

Em estudo realizado com preceptores de residência de Medicina da Espanha e do Brasil, os preceptores relataram alguns fatores que os motivam a se manter na preceptoria, a saber: carga horária para atividades de ensino, oportunidade de capacitação em educação, bom relacionamento com os residentes, estímulo para atualização na área de especialização, participação nas decisões sobre a formação dos residentes, reconhecimento profissional pelos gestores do serviço, valorização na carreira profissional, carga horária para atividades de pesquisa, contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço, apoio recebido para participação em eventos e congressos, remuneração adicional por conta da preceptoria (AGUIAR *et al.*, 2017).

No Brasil, predominou a contribuição da residência para a qualidade do serviço prestado à população (68,4%), seguida da valorização da preceptoria na carreira profissional praticamente empatada com o tempo preservado para o ensino dos residentes (60,5% e 59,2%). Um pouco mais da metade dos preceptores brasileiros considerou desejável a remuneração adicional, comparados com apenas um quarto dos espanhóis (AGUIAR *et al.*, 2017).

5.4. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA FORMAÇÃO DE PRECEPTOR

A formação das preceptoras entrevistadas revela certas fragilidades. Em suas falas relatam que, inicialmente não sabiam o que era ser uma preceptora, de que forma seria o trabalho que iriam desenvolver com os residentes. Elas pensavam, de maneira geral, que o importante seria apenas mostrar para os residentes como fazer e fundamentar a prática realizada, trazendo reflexão crítica neste fazer.

Quadro 2. Contato com preceptoria na formação profissional das preceptoras P1, P2 e P3

P1	Não teve preceptora em sua trajetória profissional, mas tinha aptidão pelo ensino, e era vista como referência para a prática do ensino, em todos os espaços que trabalhou.
P2	Em sua vida profissional teve preceptor durante a residência, portanto se aproximou mais sobre o fazer preceptoria na prática, quando entrou no PREFC.
P3	Em sua formação profissional teve preceptor, mas não entendeu qual sua função, pois não houve trocas e orientações, e destaca que na época não era esclarecido o papel do preceptor, era como um supervisor do estágio, mas que não demonstrou nenhum dever pedagógico.

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Fiz residência e o meu período de residência foi bem difícil, eu enquanto residente porque naquela época, alguns preceptores não estavam bem-preparados para receber os residentes, né era assim: você quer ganhar dinheiro? Quero, então toma mil reais para ficar com o residente, então ele não entendia exatamente, não tinha curso de preceptor não tinha isso, então eu perguntava pra minha preceptora, fulana de tal como que debrida isso aqui? Ela respondia você deveria saber porque você é Enfermeira, aí eu ficava mas eu não sei, na cabeça dela quando eu perguntava, hoje eu entendo, na época eu chorava ficava chateada e fazia diário de campo, mas ela se entendia sendo questionada e eu não, eu pensava ela sabe e eu não sei, mas depois eu fui entender que na verdade ela não foi muito bem preparada, foi em 2008 acho que estava no começo disso tudo de residências de preceptorar, então eu acho que ela nem tem culpa (P3).

A função da preceptoria exige que esse profissional vá além das suas competências técnicas, exige deles competências e habilidades pedagógicas para realizar a mediação entre a teoria e a prática, e assim contribuir com a formação dos futuros profissionais de saúde.

P3 relembra seu tempo de residente e relata sua experiência com sua preceptora na residência. Percebemos grande evolução no campo da preceptoria atualmente, pois suas atribuições estão mais explícitas e pode-se perceber que a pedagogia foi inserida no contexto do trabalho desenvolvido pelo preceptor. Podemos perceber, diante do curso de preceptoria, que as três preceptoras realizaram as oficinas ofertadas pelo programa de residência e sobretudo por ter atualmente uma coordenação pedagógica.

Mas acreditamos ser possível ainda, em outros programas de residência, haver preceptores sem capacitação pedagógica para exercerem essa função, que é extremamente importante na formação. O preceptor é o intermediário entre a teoria e a prática, e pode ser considerado, muitas vezes, como modelo no que se refere à postura profissional e ao tipo de relação que se estabelece com os usuários e com o próprio residente. Além disso, a ausência de entendimento a respeito da função da preceptoria demonstra a necessidade iminente de que as universidades reconheçam e regulamentem a função do preceptor e proporcionem condições para que esses profissionais desenvolvam habilidades técnicas e éticas para atuar em sua dupla função - assistência e docência (FERREIRA; DANTAS; VALENTE, 2018).

Durante a sua narrativa sobre o convite para ser preceptora, P3 disse:

Eu só sei ser enfermeira, não sei ser preceptora. Eu estava com medinho de sair do que eu estava acostumada, mas aí eu comecei a pesquisar... (P3).

Quando iniciaram na preceptoria, a perspectiva delas era transmitir conhecimentos técnicos científicos e vivências profissionais. O conhecimento pedagógico surgiu a partir de cursos e capacitações desenvolvidas pelo próprio grupo de preceptores, em reuniões de educação permanente e oficinas desenvolvidas em grupos de trabalho.

As três preceptoras participaram do CARPE - Curso de Aperfeiçoamento e Reflexão para Preceptores de Enfermagem - em 2017, que era oferecido pela coordenação do programa de residência, com o objetivo de capacitar o preceptor pedagogicamente, e também para apresentar as ferramentas de trabalho e sua utilização pelo preceptor no dia a dia, como o *feedback*, a preceptoria-minuto, a modelagem e a observação direta.

Elas incorporam à sua prática estratégias ativas de ensino e ferramentas que qualificam suas habilidades e atitudes como formadores, tornando-se profissionais com maior arcabouço de competências necessárias para o desenvolvimento do processo de preceptoria.

Conforme relatado por P3, hoje o PREFC tem coordenação pedagógica. Já ocorreram as capacitações pedagógicas pelos grupos de trabalho e existem cursos renomados de preceptoria inclusive à distância, facilitando o acesso a novos preceptores às ferramentas e conteúdos pedagógicos.

Estamos com coordenação pedagógica, eles têm umas cinco pessoas a mais na coordenadora, entendeu, as coisas estão ficando melhor (P3).

Percebe-se, nesta fala de P3, a valorização na descentralização das atividades da coordenação do Programa de Residência em Saúde da Família e da Comunidade, pensando no acesso à coordenação de forma mais ágil, para resolução de problemas. Quando ela fala na coordenação pedagógica, ela refere que os preceptores devem ter caráter docente-pedagógico em sua prática, e necessitam de apoio para atividades de pedagogia. E ainda, que o PREFC tem como parte do grupo da coordenação a coordenação pedagógica, que muito irá contribuir para a formação docente-pedagógica de preceptores, fundamental para a garantia da transformação da educação na saúde.

Considera-se ainda que a formação pedagógica de preceptores deve ter como meta compreender o que significa um processo dialético de ensino-aprendizagem, por meio da adoção de um modelo educativo e de perspectivas pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos e que levem os profissionais a extraírem das situações complexas e contraditórias de seus exercícios profissionais diários a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução (JESUS; RIBEIRO, 2012).

Hoje tem cursos da preceptoría, tem o GT - grupo de trabalho - que é muito maravilhoso (P3).

Embora as ações de formação para o SUS estejam cada vez mais presentes nas agendas dos ministérios da Saúde e da Educação, ainda são frágeis e incipientes as iniciativas que privilegiem ações centradas na qualificação permanente dos formadores de profissionais de saúde e educação. É necessário que esses formadores estejam aptos a capacitar as habilidades adequadas às exigências da carreira profissional, a ser exercida com responsabilidade e curiosidade científica, e que lhes permita recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (PEREIRA, 2016).

Essas falas apontam que é preciso considerar como as preceptorias estão sendo desenvolvidas; afinal, é o preceptor que vai auxiliar na construção ou desconstrução da postura de aprendiz do residente, quanto a sua especificidade técnica, que pode ir ou não ao encontro do embasamento teórico aprendido. Assim, como já dito, para ensinar não basta ter o domínio do conhecimento; deve-se também considerar como ensinar, e isto implica formação pedagógica (MINETTO, 2008).

O preceptor é um educador. Como educador, no entanto, ele agrega todas as áreas. Diríamos que o preceptor é, na verdade, um docente-clínico. Se conseguirmos formar docentes clínicos, vamos melhorar muito. Para formar docentes clínicos, precisamos de pessoas com atributos de educador, com bagagem teórica muito grande e que tenham excelente formação clínica (BOTTI; REGO, 2008).

Quanto mais bem preparado for o preceptor, maior será a chance de alcançar os objetivos educacionais, bem como a mudança de perfil profissional desejado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para fortalecimento e aprimoramento do SUS.

5.5 VALORIZAÇÃO E PERTENCIMENTO À PRECEPTORIA

Durante a minha especialização eu me apaixonei, eu podia mudar a vida dos outros; é uma coisa tão elementar tão simples, eu não precisava ter um desfibrilador pra fazer alguém viver, uma orientação muda a vida de alguém (P3).

P3, durante sua formação, percebeu que o enfermeiro na APS tem a possibilidade de ampliar sua autonomia por meio de uma prática clínica sustentada na perspectiva da integralidade e do cuidado às famílias e comunidades em todo o seu ciclo de vida. Gerou grande satisfação, para ela, ver a transformação na vida de alguém como consequência de uma escuta qualificada.

Aí na preceptoria comecei e a ver que tudo que eu observava nos outros eu estava ali pra observar pitacar e explicar é assim e assim, por causa disso e disso; olha, eu pensei estou com a faca e o queijo na mão, minha grande oportunidade, foi ali que entendi o que eu iria fazer, e minha grande oportunidade de resolver todas as inquietações que eu tenho, que falam que enfermeiro é ruim, eu formar esse povo bem, eu e uma galera junto, e vou colocar enfermeiro qualificado aí na rede, é isso aí pahhhh, aí eu fiquei feliz, isso logo no começo, e desde então eu estou como preceptora vai fazer 7 anos (P3).

Quando P3 percebeu seu papel como preceptora, ficou bem animada com a ampliação de especialistas, sobretudo porque irão contribuir com a visibilidade da profissão e também com a qualificação na APS; num certo sentido, este pensamento dava a ela um sentimento de pertencimento e reconhecimento gratificantes.

As evidências demonstram que a APS tem capacidade para responder por 85% das necessidades em saúde da população, ao realizar serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrar os cuidados quando existe mais de

um problema; lidar com o contexto de vida; e influenciar as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (BRASIL, 2011a).

A resolutividade da APS é um atrativo para essas preceptoras, que se sentem apoiadas pelos protocolos do Ministério da Saúde para atuar em todos os ciclos de vida. Isso contribui para autoestima desses profissionais na preceptoría.

Aqui a gente lida com vida, não podemos se pautar somente na motivação eu direto recebo bolo chocolate sei que sei que lá, mas o reconhecimento de falar só assim obrigada, minha saúde mudou, com uma orientação que ninguém nunca deu, então com a escuta, a pessoa fala assim hoje eu vim aqui só falar com vc, que uma pessoa que queria se matar e não se matou (P2).

P2 refere-se, com orgulho, ao reconhecimento dos pacientes por seu trabalho; ela especifica que suas orientações levam a reflexões que geram mudanças, e principalmente ela valoriza cada *feedback* vindo de seus usuários, como uma confirmação de que está no caminho certo, está se dedicando, e sendo todo seu esforço reconhecido. Novamente, o sentido de reconhecimento aparece como um reforço para continuar preceptorando.

A formação e a qualificação na APS estão associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, uma vez que, além de compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, a APS é considerada espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde (D'ÁVILA *et al.*, 2014).

Hoje eu me vejo como uma estimuladora, disparadora...eu me sinto uma provocadora, estimuladora, incentivadora, eu fora daqui eu sou preceptora, eu de férias eu sou preceptora, não ligo não, não me incomoda ensinar não me desgasta eu me sinto isso, pessoa que estimula, pessoa que literalmente serve de exemplo (P3).

Nessa fala, P3 transmite a sensação de prazer em ser preceptora, de ser uma vitrine para o seu residente, e demonstra atributos educacionais para o cumprimento de sua tarefa em ser preceptora. Destaca que ser preceptora é educar a todo o tempo. P3 demonstra a paixão pelo exercício da preceptoría; logo podemos imaginar a dimensão que para ela é o ensinar, o gosto pelo incentivo à pesquisa, ao estímulo do residente, o instigar a curiosidade de aprender. Foi intenso ouvi-la falar sobre isto.

Uma das tarefas fundamentais do educador progressista e sensível é a leitura e a releitura do grupo, provocá-lo, bem como estimular a generalização da nova forma de compreensão do contexto (FREIRE, 1996).

São 7 anos né eu perdi as contas mas e cerca de 14 ou 15 residentes, mas entre bônus e ônus, tem residente que saiu e eu falei assim eu gosto. A minha pretensão é formar gente pra ser ou como eu ou mil vezes melhor que eu, menos eu não aceito, sempre foi minha pretensão, só que a prática tá aí pra passar na nossa cara que isso não acontece sempre, aquele romance de que só to formando gente boa, eu baixei minha bola, fui pra realidade e não é bem assim (P3).

Nesta fala, P3 relata que nem todos os residentes são iguais; portanto, serão formações diferentes e atitudes diferentes desses profissionais, que por diversas razões podem não ser como o esperado, podem não se tornar o profissional qualificado para atuação na APS, e o que isso tem a ver com a vida do residente, suas perspectivas, dificuldades, ou até mesmo dedicação. Demonstra maturidade entender que entre o real e o ideal na formação do residente, existe o que é possível.

O sentimento é de colocar em prática tudo que eu acredito e olha que acredito é muita coisa no Saúde da Família, e eu tento colocar isso em prática sabe, eu fazendo e ensinando e modelando pra alguém fazer, aí não será só eu fazendo, sabe sou eu e mais um e assim que eu sinto, demora? Demora eu não tenho desesperança, eu só diminuí o grau da esperança, porque eu achava que se eu formasse 100 pessoas seriam 100 pessoas maravilhosas... e não são, terão pessoas que irão se destacar e outras que não, e tem uns que irão se identificar com você outros não, tem uns que você vai conseguir sensibilizar, outros não, vários me desafiam, eu acho bom, eu não me incomodo com isso, por que isso que me move entendeu? (P3).

O maior desafio é a formação ideal; sabemos de todas as dificuldades encontradas por esses profissionais na formação em serviço. Fazer com que eles identifiquem a APS como ambiente adequado para formação significa transformar os olhares sobre as dificuldades em possibilidades de transformação, e também olhar as diversidades como aprendizado. Isto exige do residente a capacidade de adaptação ao novo, e muita criatividade - óbvio que sem recursos materiais e humanos se torna ainda mais difícil, e que tais atitudes e habilidades devem ser estimuladas pelo seu preceptor.

O preceptor, ao preparar os residentes para o mundo real das práticas de saúde, mostra o real e o ideal, mas a transformação do residente depende muito de toda sua história de vida e sua personalidade, cabendo ao preceptor aceitar que existem residentes que não irão transformar as práticas dos serviços. Na prática em saúde e como desmembramento na formação em saúde, existe uma dimensão que é relacional, é construída em ato, não tendo, portanto, qualquer previsibilidade sobre como irá acontecer ou se transformar. No encontro entre preceptores e residentes, existe o imprevisível, bem como acontece entre qualquer um de nós, viventes.

O preceptor maduro, quando se sente desafiado pelo residente, estimula o debate, criando um ambiente propício para expressar suas diferentes concepções, sem que haja necessidade de formação de consensos ou estabelecimento de um plano conclusivo sobre a questão em debate, enriquece e potencializa a abertura para a elaboração de uma nova estrutura de pensamento do aprendiz.

Delegar é muito difícil, eu gosto de ensinar mas eu quero ver o produto final, mas eu tenho que esperar o tempo da pessoa, orientar a fazer o certo sem colocar a mão, você coloca a mão em vários momentos eu atendo em vários momentos, é um dos momentos mais felizes da vida (P3).

Aqui, P3 exemplifica seus sentimentos diante do desafio de preceptorar, e coloca um grande amor na fala, quando está no atendimento, quando faz modelagem, uma das técnicas de preceptoria, quando o residente acompanha todo procedimento ou consulta, para depois executar. Como foi importante ouvir, diante de todos os desafios atuais aqui descritos, essa fala esperançosa!

Compromisso, criatividade e paixão pelo trabalho parecem ser características dessas preceptoras, que já vivenciaram e vivenciam situações difíceis na APS do Município do Rio de Janeiro, situações políticas desfavoráveis ao trabalho da preceptoria, com perda de direitos e piora nas condições de trabalho. Elas parecem não desacreditar no trabalho que fazem!

5.6. A MUDANÇA DE COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

Com a chegada da nova coordenação do PREFC, as preceptoras relataram a desconstrução do antigo planejamento realizado por elas em grupos de trabalho, o que foi para elas um descontentamento ou falta de continuidade, assim como os que já vivenciam na APS com a chegada da Covid-19. São movimentos novos que geraram novos planejamentos e descontinuidade da construção anterior; isso aparentemente gerou nelas questionamentos, e uma certa falta de legitimidade das programações realizadas anteriormente. Em contrapartida, novas expectativas, esperanças por dias melhores e confiança na nova gestão da coordenação do programa de residência apareceram nas falas.

Coordenadores de programas de residência são submetidos a pressões oriundas dos preceptores; recebem também demandas dos residentes e dos gestores dos serviços onde a residência ocorre, cabendo-lhes fazer muitas mediações, que

envolvem também instituições de ensino superior. Os residentes fazem questionamentos pertinentes, que estimulam a revisão de práticas eventualmente arraigadas. Por outro lado, por vezes têm dificuldades de compreender os limites de seus interlocutores (preceptores e coordenadores) de resolverem problemas do processo de trabalho. Alguns coordenadores enfrentam questionamentos sobre o exercício de autoridade, o que demanda reflexão sobre a democratização das práticas educativas e a realidade de ter que garantir limites de operação dos programas dentro do estabelecido pela legislação e pelo bom senso. Isso inclui, por exemplo, a espinhosa tarefa de avaliar e excluir residentes com aproveitamento insuficiente (AGUIAR, 2000).

No grupo de preceptores da PREFC está muita rotatividade, no futuro o que eu espero é que as pessoas permaneçam um pouco mais, eu entendo que cada uma tem uma situação de vida, mas pra mim assim, porque eu persisti até hoje? né com todo esse sacrifício, é entender que alguma coisa no futuro pode mudar para melhor né, que a nossa missão aqui não acabou de formar essas pessoas, mas que a gente se fortaleça quanto a grupo, sabe, porque era diferente antes, hj nem sei quem são os preceptores, nem sei, porque ou são ex residentes nossos e que a gente já conhece, então essa troca de coordenação do programa a cada momento, por mais que mantenham algumas coisas a pessoa quer colocar de um jeito novo, e isso eu acho que atrapalha um pouco (P2).

A rotatividade de preceptores ocorreu em período difícil na APS carioca, quando preceptores perderam gratificação de preceptoría. Houve a diminuição dos salários, a sobrecarga que incide no cotidiano dessas profissionais no seu trabalho, aliada à precarização de vínculos empregatícios, como dito anteriormente. Mudanças na composição e no tamanho do grupo de preceptores, devido à rotatividade e/ou ampliação do programa, colocam desafios à comunicação.

A rotatividade de preceptores e da coordenação do programa de residência trouxe desmotivação às preceptoras entrevistadas. Sabemos que qualquer troca de profissional exige um tempo de adaptação ao novo trabalho, ao novo ambiente, e nestse período de adaptação, seu desempenho poderá não ser tão alto ou qualificado.

É complexo o perfil de competência da coordenação de programas de residência, e sua tarefa inclui dar sentido a muitos e dinâmicos elementos de contexto, saber lidar com o desgaste da perda de preceptores que já tem alguma prática, bem como conhecer uma miríade de normas (em constante mudança) provenientes dos setores da educação e da saúde (AGUIAR, 2017).

A descontinuidade gerou insegurança nessas preceptoras; a mudança de coordenação, para essas profissionais, deveria acrescentar mais demandas, porém manter todos os processos já iniciados pela gestão anterior, já que as prioridades continuam sendo as mesmas. Evitaria-se, assim, desperdício de tempo dispensado aos projetos já iniciados.

Baseados em um inquérito com 139 gestores da formação em saúde, os quais foram questionados sobre habilidades e atributos desejáveis para o desempenho desse tipo de função, seus resultados foram agrupados em: comunicação oral e escrita, habilidades interpessoais, competência como profissional de saúde, capacidade de estabelecer objetivos e de elaborar desenhos de projetos educacionais, habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão, de fortalecer o trabalho em equipe e de gestão fiscal e orçamentária. Um dos papéis da coordenação inclui também esclarecer as diferenças entre a lógica assistencial e a lógica político-institucional (AGUIAR, 2017).

A modificação da coordenação do programa, eu espero que futuramente a gente consiga ser um pouco como era antigamente sabe, mais unido, mais coeso, um grupo que consiga traçar planos mais pra frente, e conseguir concluir aquele objetivo, por exemplo lá a gente começou a avaliar as questões do protocolo para melhorar o protocolo, e aí entrou nova coordenadora e tal e agora a gente não vai mais, e agora a gente vai publicar sei que sei que lá , então ai tudo que a gente tinha feito maior trabalho ficou tras entendeu , então assim que fiquem as pessoas, que a gente consiga se unir, e trazer alguns objetivos que a gente consiga ter início meio e fim (P2).

Há esperança de que o grupo de preceptores seja mais unido, coeso, e que haja continuidade em seus trabalhos; por outro lado, exige-se que essas preceptoras sejam flexíveis na forma de pensar e agir diante das trocas constantes de preceptores e coordenação do programa de residência, trazendo o comprometimento coletivo com o novo.

Os grupos de trabalho desenvolveram atividades programadas, com objetivos em comum acordo. Por exemplo: os Protocolos de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro estavam sendo revisados pelos grupos de trabalho, e haveria divulgação após o trabalho desenvolvido pelos preceptores, mas a falta de continuidade dos projetos iniciados trouxe desânimo, ao mesmo tempo que esperança de que a descentralização traria mais apoio ao processo de trabalho desenvolvido nas unidades de saúde. Sentimentos de ambiguidade eclodiram.

Na história da Enfermagem que a gente tem, né, com Anna Nery, como tudo começou, da gente ser voluntária da gente ser aquela pessoa que faz diferença em algumas coisas, que são importantes, mas que faz de voluntariado, dá pra gente mudar isso, mas é que são anos assim, e a gente vai demorar anos ainda pra mudar né, então que a gente consiga ter mais rigidez na formação desse residente, pois leva o nome do programa e o enfermeiro que tá saindo pra rede ou pra outro lugar, que é assim oohh se formou pelo PREFC, foi residente da preceptora X, só que, pra ser uma referência boa, por isso a gente cobra entendeu, para esse crescimento que a gente trabalha, e é por isso que precisa desenvolver as coisas em um tempo sabe, uma coisa consolidada, porque tudo que a gente tentou fazer lá atrás, vai morrendo ai chega outro e modifica tudo novamente (P2).

O relato da P2 também é um meio de dar visibilidade e importância ao trabalho que elas desenvolvem, porque assim é que virão os incentivos financeiros, como a gratificação e o salário digno. Há esperança de mudar a história da enfermagem, mas para isso ela acredita que deverão se tornar um grupo forte unido e objetivo. Refere que um compromisso com a qualidade na formação é necessário, e que ao se tornar especialista, o residente terá para sempre como referências a instituição de ensino que formou e, conseqüentemente, a preceptora que foi sua mentora. O temor de que a troca de coordenação perca a continuidade do trabalho dos preceptores evoca temores sobre a comunicação entre os novos gestores e as preceptoras, trazendo dúvidas sobre a condução da formação.

Hoje eu tenho uma boa perspectiva os rumos que estão tomando, agora a minha perspectiva é no sentido de que eles estão inserindo um grau razoável de tecnologia, a questão da preceptoria, estão facilitando a vida do preceptor, as avaliações, eles querem que em uma preceptoria minuto o preceptor tenha na ponta do dedo, o Feedback também e isso é maravilhoso, não sei se será aplicativo, estão fazendo (P3).

Muitas coisas estão acontecendo, acho que o futuro é promissor, as coisas vão caminhar pra melhor, a coordenação tá cada vez maior, eles estão com coordenação pedagógica, eles têm umas cinco pessoas mais a coordenadora lá, entendeu, as coisas estão ficando melhor, eu recebi esse jaleco, coisa que não tinha, eu estava com jaleco de 2016, a questão material não é o mais importante mas ela conta (P3).

A inclusão de uma coordenação pedagógica para compor a coordenação do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade trouxe também, na fala de P3, a esperança de maior organização dos serviços, mais apoio para decisões pedagógicas e também de desenvolvimento de atributos pedagógicos dessas preceptoras. A organização da coordenação com descentralização de tarefas completa a esperança de um futuro promissor, estruturando o processo avaliativo da residência, o processo das rotinas dos preceptores com os residentes e a educação

permanente favorecendo a formação dessas preceptoras. Simultaneamente, a mesma entrevistada coloca em questão a condução da coordenação na formação dos residentes. Os sentimentos são muitas vezes ambíguos, mas o que ressalta na fala de P3 é uma percepção de continuidade e crescimento do espaço institucional que a residência parece estar ocupando no cenário de formação profissional.

É promissor o futuro inclusive a coordenadora é muito bem avaliada tecnicamente e com todo mundo que se fala ela é muito ágil para a gestão, ela tem uma galera para dar suporte e ela, não centraliza, e então a gente pode associar isso a nova era do Paes que entrou o Soranz, e agora tá melhorando, tendo mais investimento, o recurso está chegando, não adianta capacidade técnica sem recurso, mas é promissor pelo recurso que está entrando, e por ela, ter uma equipe muito boa lá na coordenação da residência, então eu acho que vai deslanchar (P3).

As qualidades ressaltadas por P3 à coordenação mostram que ela espera maior apoio nas questões gerenciais, e que a descentralização é vista como um preparo melhor para a assistência a preceptoras e seus residentes. Associa mudanças na gestão da Prefeitura a mudanças na gerência do trabalho da preceptoria, fazendo supor que fragilidades políticas e institucionais estão postas.

5.7. O SOFRIMENTO IMPLÍCITO

Diante do sofrimento implícito nas falas e observações durante a pesquisa, percebemos que essas preceptoras são mulheres sonhadoras e esperançosas. Foi evidente e notório que o momento que atravessam é de transformação, e esse movimento lhes trouxe novidades, sonhos e novas expectativas, e também sofrimento psíquico.

O sofrimento não é somente a consequência inesperada e lamentável do trabalho. Ele, de certa maneira, é também o modo pelo qual se cria um conhecimento da realidade. E é desse conhecimento, em determinados momentos, que surge a ideia, a intuição dos caminhos que permitirão contornar as dificuldades da vida. É fácil ser tomado por desespero, angústia e medo, e todos esses sentimentos são válidos e condizentes com o cenário da APS relatado. Mas o que essas preceptoras fazem para não deixar tais sentimentos as paralisarem? Elas encontraram maneiras de lidar com o sofrimento que sentiram, para continuarem sendo preceptoras.

Eu venho trabalhar cada dia pensando, por mais que eu esteja desmotivada com o que está acontecendo, mas eu tô fazendo a diferença na vida de

alguém, então eu tenho que estar estimulada para ajudar alguém, me sentindo útil, me sentir referência, de alguém na clínica precisar e me procurar, eu conseguir dar uma orientação, e a unidade me vê como referência né, e ainda ter estímulo financeiro é tudo que a gente quer, risos, para que a gente possa investir na gente mesmo, o incentivo financeiro seria bom para um investimento pessoal, em capacitações, sem que eu precise ter outro emprego (P1).

O reconhecimento e a valorização dessas profissionais parecem ter encontrado alguns aspectos relevantes para a satisfação no exercício da preceptoria, como a capacitação pedagógica, o incentivo financeiro, a estabilidade no contrato de trabalho. São fatores que as motivaram a se manter no exercício da preceptoria.

A Organização das Nações Unidas (2020) advertiu recentemente que garantir a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde é um fator crítico nas ações de preparação, resposta e recuperação da Covid-19. Assim, é preciso orientar esses trabalhadores, apresentar-lhes informações que promovam o autocuidado, mesmo no contexto de tão grave estresse. Nenhuma preceptora relatou oferta de autocuidado diante do sofrimento que sentiram no processo da preceptoria ao longo dos anos. Aparentemente, o sofrimento maior foi mais relatado como consequência da exploração do trabalho do que do lidar com a pandemia de Covid-19 em si.

O acompanhamento da trajetória seguida pelas preceptoras tem reforçado cada vez mais nossa certeza de que, entre o discurso da impossibilidade e da impotência - que fica paralisado, aguardando mudanças macroestruturais - e os discursos de que nenhuma mudança é possível, há infinitas possibilidades. Exemplo disso são as propostas viáveis e de excelente qualidade elaboradas pelas preceptoras, muitas das quais já implementadas e com êxito, no âmbito da “micropolítica”, da “resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser existir-agir, inventivos, criativos, em ato” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 533).

Micropolítica expressa por Luiz Cecílio, como sendo um

[...] conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” (CECÍLIO, 2007, p. 10).

Para o autor, no ambiente de trabalho, as pessoas são portadoras de valores, projetos e interesses, e disputam sentidos para o trabalho em saúde e o conceito de macropolítica enquanto processos que se articulam ao contexto organizacional e o

conformam, ou seja, os aspectos estruturais da organização da sociedade, como a legislação e as normas, além da conformação e estrutura dos serviços de saúde.

P3 relata dificuldades para lidar com a nova geração de residentes que chegam aparentemente despreparados para lidar com as frustrações do dia a dia.

Residentes da geração nova, as pessoas não querem e não estão preparadas para se frustrar, elas acham que ser residente vai bater no brasão, eu passei na residência da prefeitura, eles querem só o glamour do negócio, e na vida profissional não é só glamour (P3).

Eu falei e as 60h semanais? Ah... porque isso porque aquilo, gente a vida profissional tem 5% de glamour e o resto, pra ter aquele glamour é 95 % de ralação e eles não querem isso (P3).

A comunicação intergeracional é percebida muitas vezes como dissonante, o que pode ser mediado pelo diálogo e disponibilidade para a escuta, sinalizando que é na micropolítica das relações que se encontram caminhos de construção de sentidos.

Durante a Entrevista Compreensiva, algumas observações importantes foram destacadas. Elementos que me afetaram, porque vivenciados na dimensão de minha identificação pessoal com o que as preceptoras entrevistadas estavam relatando. A sintonia se fez com o que eu havia passado quando também fui preceptora:

6 -CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada durante uma grande crise da APS no município do Rio de Janeiro, que, acrescida à pandemia de Covid-19, transformou o exercício da preceptoria em uma ação extremamente delicada. Foi uma fase difícil para todos os profissionais de saúde em todo o mundo, e para estas preceptoras da APS no Município do Rio de Janeiro, onde foram somadas as mudanças políticas e a desestruturação na APS, e o que restou foram desafios a serem enfrentados.

A pesquisa teve a intenção de registrar, como uma fotografia, o momento vivenciado por essas profissionais da APS, um momento histórico no mundo onde uma pandemia matou até agora mais de 660 mil brasileiros de Covid-19.

Neste estudo, foi abordado o desgaste profissional, na dimensão de situações advindas da macro e da micropolítica, relacionados a decisões gerenciais sobre a continuidade, mesmo que precarizada, de um programa de formação profissional para a APS.

O que mais chamou a atenção foi o sentido e a necessidade de valor, pertencimento e reconhecimento que essas preceptoras atribuíam ao trabalho que realizavam. A vontade de seguir preceptorando, apesar das condições de trabalho, processo de trabalho e salário fragilizados, aponta-nos uma disposição para a luta e resistência um tanto quanto idealizadas, mas também percebidas como fundamentais para a consolidação da Enfermagem na Saúde da Família e Comunidade.

As preceptoras pesquisadas atribuíram sentidos para seus trabalhos quando tiveram oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional, e também da sua importância para a população, na oferta de um serviço de qualidade. Percebiam-se como peças-chave, fundamentais para a reprodução da qualidade dos serviços prestados à população, através da dedicação à formação de cada residente que por elas passaram.

A possibilidade de aprender no trabalho é uma condição importante para que nele se percebam sentidos; portanto, as experiências estão na capacidade de se permitir viver situações boas ou ruins, de forma que possamos aprender a ressignificar e tomar atitudes responsáveis. Os sentidos do trabalho também são construídos quando sensações de prazer são geradas pela atividade, e essas preceptoras apresentaram “brilho nos olhos” ao falarem sobre suas atividades profissionais. Isso

faz supor que o que as mantinha motivadas era um certo sentimento de perpetuação do trabalho construído e existente em parceria com a população e os novos residentes. Elas, deixando um pouco de si, levaram também um pouco do outro para a prática da APS. As preceptoras se percebiam fundamentais no processo de trabalho da APS, acreditando que seu trabalho fazia a diferença, em um discurso que parecia amenizar toda a dimensão do sofrimento sentido no trabalho.

Sobre as expectativas futuras quanto à preceptoria, um certo otimismo tomava conta, roubava a cena, diante de tantos problemas vivenciados, tantas estratégias pessoais para alívio do sofrimento no trabalho. Apesar de tudo, o futuro para essas preceptoras era e conquistas, reconhecimentos através do retorno do valor dos salários e gratificações da preceptoria. Elas se esforçaram em transformar o sofrimento em prazer de realizar o trabalho da preceptoria.

Esta pesquisa foi realizada em um contexto em que eu, enquanto ex-preceptora, não percebia o quanto ainda me sentia preceptora, o quanto esta imagem ainda estava enraizada em mim. Enquanto realizava as entrevistas, me sentia em pertencimento como preceptora. Parecia antever exatamente o que eu ia ouvir, e no entanto, me senti despreparada para desvendar tamanho sofrimento das preceptoras. Também tive dificuldades em relatar, em aceitar o que estava ouvindo sobre o sofrimento delas... imaginava que elas gostariam de ser vistas e reconhecidas como guerreiras, e não como pessoas em sofrimento. Era como se o sofrimento fosse uma fraqueza. Durante as entrevistas, eu ainda não tinha me desvinculado da preceptora Raquel; agi como se ainda estivesse na preceptoria, não conseguia enxergar aquele sofrimento relatado, embora velado; eu ainda estava agarrada à mesma esperança de um futuro melhor na preceptoria. Ouvia os discursos das preceptoras e receava trazer algo ruim... gostaria de ter falado apenas das coisas boas, gostaria de ter dado visibilidade positiva para estas profissionais... Elas merecem.

O distanciamento, ou melhor, o desvendamento do sofrimento dessas profissionais, só foi percebido por mim tardiamente, quando refleti que aquelas expressões corporais, aquelas expressões na face e seus comportamentos ambíguos durante as entrevistas eram expressões de um descontentamento, mas também eram protetivas. Para elas, parecia ser um alívio pensar em um futuro melhor e ter esperanças, era como se estivessem se conservando, se preservando de si mesmas. No entanto, algo as machucava e simultaneamente as fazia permanecer ali, mesmo com todo desencanto vivenciado.

Às vezes o coração diz tudo, mas é preciso certo tempo para aceitar o que a mente já sabe, e não fazer parte do grupo de preceptores do MRJ, foi para mim uma decisão muito difícil, foi um processo de aceitação do que já não fazia mais sentido, a precariedade no serviço, a falta de recursos e a diminuição de salários que também me adoeceram, e diante da escuta do mesmo sofrimento vivenciado por essas preceptoras, retirar as vendas dos olhos e buscar um novo caminho, foi um dos movimentos mais difíceis na minha trajetória profissional, e que, confesso, está sendo libertador para mim.

Sofri muito quando decidi não ser mais preceptora; custei muito a sair de um sonho imaginário, de um grupo potente de preceptores e de toda uma construção que antes fazia todo sentido para minha vida. Talvez, por este motivo, escrever esta dissertação me fez deixar de viver um sonho imaginário; me fez descobrir que esse sonho não era real, mas um sonho coletivo que, apesar de ser legítimo, me impossibilitava de enxergar outras escolhas e oportunidades. Amadureci escrevendo esta dissertação, que mais do que tudo, me ofertou coragem para viver o novo e entender os processos de exploração dos profissionais de saúde em um país que ainda consolida a Atenção Primária e o SUS.

Foi muito difícil, para mim, falar sobre o sofrimento no trabalho da preceptoría; era como se eu estivesse quebrando esperanças de construções futuras. A desilusão em permanecer em uma preceptoría precarizada, em viver o desmonte na APS carioca, também me circundava. Sem perceber, fui me envolvendo com cada fala, me identificando com seus discursos, permitindo-me sentir a mesma sensação, me sentindo incluída nas dores ali subentendidas. Partilhei ilusões que eu também criei, eu também acreditava na preceptoría e somente agora na reflexão final desta pesquisa é que me dei conta que me conectar com a dor e o sofrimento destas preceptoras foi importante para a superação da minha dor e do meu sofrimento quando decidi deixar de ser preceptora.

Encerrei um ciclo, muito rico e de reflexões profundas, sobre os sentidos do trabalho na preceptoría. Inicialmente me confundia com os discursos das preceptoras e foi assim que meu pensamento quanto à preceptoría foi sendo ressignificado. O amadurecimento foi vindo em consonância com as repetidas leituras que fiz das falas dessas profissionais, e foi assim, com o tempo, que fui criando coragem de me revelar para mim mesma, fui criando coragem para colocar minha visão crítica sobre o que também vivenciei como preceptora.

A quantidade de tarefas, atribuições e atividades das(os) enfermeiras(os) de Família é humanamente impossível de ser concluída em sua completude; a tentativa de dar conta de todas as metas e tarefas exigidas adocece. A cobrança da gestão micro e macropolítica, são por resultados impossíveis na sua completude. Essas cobranças fazem com que o profissional se sinta pressionado para ofertar sempre mais, ser o melhor...mas são pressões baseadas em metas inatingíveis determinadas por um gerencialismo que só explora cada vez mais os trabalhadores da saúde.

A dor também surge na escolha de um novo caminho, das incertezas que enfrentamos, dos novos sofrimentos, escolher outros sentimentos é um convite à degustação do novo, a imaginação de uma nova trajetória, cercada de novos desafios, e muita coragem em seguir.

Qualquer iniciativa que tomamos em nossas vidas precisa ser respeitada, pois cada um tem seu limite, seu tempo de desabrochar, ou quem sabe, nunca perceberemos essa dor, pois o limite é individual e intransferível, e pode ser uma fronteira entre a idealização e um novo caminho de construção social do trabalho.

Entendi que ali, na preceptoria, acontecia uma espécie de aprisionamento mental (inconsciente?), que se beneficiava das múltiplas atividades diárias na carga horária de 40h semanais, que não permitiam aos profissionais pensar e agir com reflexão sobre o trabalho que realizavam.

Talvez seja possível parar de se iludir, desvendar os olhos e enxergar a exploração no trabalho vivenciada na APS. Talvez o primeiro passo seja aceitar que as metas e as multitarefas do Enfermeiro na APS servem ao propósito de gerar números, mas não representam o valor do profissional naquele cenário. As metas, apesar de serem bem elaboradas e pautadas nas linhas de cuidado e conseqüentemente na qualidade da assistência, devem ser utilizadas com o cuidado de não causar sofrimento para os trabalhadores. Resumir a APS e os profissionais que lá trabalham em números e metas não parece ser nem razoável, nem saudável.

Convido você, leitor(a), a pensar esta dissertação como mobilizadora de provocações, não apenas direcionadas aos enfermeiros, não somente direcionadas aos preceptores de Residências em Enfermagem, não apenas aos trabalhadores de saúde da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, mas a todas, todos e todas que possam pensar no trabalho sem naturalizar que o mesmo seja causador de sofrimento e adoecimento.

Creio que aqui trago argumentos para reflexões.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto**, n. 11, p. 81-6, 2012.
- AGUIAR, A. C. **Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of teaching a course on the doctor-patient relationship**. 2000. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) - Harvard Graduate School of Education Cambridge, MA, 2000.
- AGUIAR, A. C.; ARAUJO, E. F. dos S.; BRAGA, E. B.; BORGES, W. C. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis. In: AGUIAR, A. C. (Org.). **Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.
- AIMEIDA, M. J. de; PEREIRA, L. A.; TURINI, B.; NICOLETTO, S.; CAMPOS, J. J. B.; REZENDE, L. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.
- ANGELO, C. B.; MENDES, I. A. Entrevista Compreensiva: Desvelando os sentidos da autonomia docente no desenvolvimento curricular. **REMATEC**, n. 19, p. 29-41, maio-agosto 2015.
- ASSOLINI, F. E. P. **Análise discursiva dos saberes e fazeres pedagógicos de professores do Ensino Fundamental**. 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/26906837.pdf> . Acesso em: 27 jul. 2020.
- AZEVEDO, G. M.; GANDOLFI, M.; SALLAZAR, D.; LAMBERTI, A. C. M.; CAMPELLO, A. C. **Momento teórico prático da Residência em Enfermagem em Saúde da Família RJ**. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/>. Acesso em: 17 abr. 2022.
- BARBIER, R. A escuta sensível na abordagem transversal. In: BARBOSA, J. G. (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos: EduUFCar, 1998.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ção**. Brasília: Liber, 2007.
- BARRETO, L. H. V *et al.* Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.
- BARROS, A. L. B. L. de; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Rev. latino-am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, 2000.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2008, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html Acesso em: 24 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19)**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. fev. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-espin-coe-26-novembro-2020>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. **Apresentação**. Disponível em: http://cnpq.br/apresentacao_institucional. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na atenção primária em saúde pelos conselhos regionais/ Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília: COFEN, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 197 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n 204, p. 55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília (DF): SGETES, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília (DF): SGETES, 2005.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS 02/2012). Dispõe sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional em Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.111/GM, de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198/ GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes, Brasília, DF, 2014.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro**: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1351.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus Análise de conteúdo. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006.

CECILIO, L. C. de O. **Micropolítica e hospital**: elementos teóricos. Tese (Livredocência) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.13, supl.1, p. 531-42, 2009.

COFEN. **Resolução nº 389**, de 18 de outubro de 2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3892011_8036.html. Acesso em: 22 mar. 2021.

D'ÁVILA, L. S.; ASSIS, L. N.; MELO, M. B.; BRANT, L. C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200401&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013> Acesso em: 23 jan. 2022.

DIVISÃO DE INFORMAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO (DICA). **Área Programática 5.1**. Rio de Janeiro, 2021.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. de F. de A.; CARVAHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Interface**, Botucatu, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140643.pdf> Acesso em: 19 out. 2020.

DOMINGOS, C. M. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O olhar do trabalhador de saúde**, Londrina, 2012.

ENGSTROM, E. M.; MELO, E. A.; GIOVANELLA, L.; PEREIRA, A. M. M.; GRABOIS, V.; MENDONÇA, M. H. M. Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Org.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, p. 185-200.

FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASIN, V. L. **Residências em Saúde Fazeres & Saberes na formação em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição S, 2010.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 30, n. 03, e300309. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>. Acesso em: 8 jan. 2022.

FERREIRA, F. C.; DANTAS, F. de C.; VALENTE, G. S. C. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 71, supl 4, p. 1564-1571, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0533>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GOMES, D. F.; DIAS, M. S. de A.; GADELHA, A. K. de S.; CAVALCANTE, V. O. M.; MARTINS, A. F. **Transformações das Residências Multiprofissionais de Saúde**. Edições UVA, Sobral- CE, 2020.

GEERTZ, C. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In: _____. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar.-abr. 2005.

GIROTTO, L. C. **Preceptores do Sistema Único de Saúde**: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. São Paulo. Dissertação (Mestrado)-- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2016.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 224p.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5º ed. Petrópolis, 1997, Ed. Vozes.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

HOOKS, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo, Editora WMF, Martins Fontes, 2 ed., 2017.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Censos 2000. Inovações e impactos nos sistemas de informações estatísticas e geográficas do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IZECKSOHN, M. M. V.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E.; STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v. 22, n. 3, p. 737-746, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300737&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>. Acesso em: 07 jun. 2020.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

KAUFMANN, J-C. **A entrevista compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; Maceió: Edefal, 2013.

LARROSA, J. **La experiencia de la lectura**. México: FCE, 2003.

LARROSA, J. **Tremores**: escritos sobre experiência. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. Coleção: Experiência e Sentido.

LIMA, P. A. de B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface** (Botucatu) [Internet], v. 19, supl 1, p. 779-791, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500779&lng=pt. Acesso em 02 jun. 2020.

LONGLY, D. M. *et al.* **Manual de Preceptoría Interação Comunitária Medicina UFSC/SMS**. Florianópolis, 2014. Disponível

em:https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_06_2021_11.15.34.060c9ba447fb72e38b786f56a0bc450c.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

MANHÃES, L. S. P.; TAVARES, C. M. de M.; FERREIRA, R. E.; MARCONDES, F. L.; SILVEIRA, P. G. da; LIMA, T. O. Saberes experienciais do preceptor da residência de Enfermagem: um estudo etnográfico. **Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, 2018.

MILLS, C. W. **Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009.

MINETTO, R. C. **Residência em enfermagem do Hospital de Base do Distrito Federal: avaliação dos ex-residentes**. Comunicação Ciências Saúde, Brasília, v.19, n.2, p.155-162, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M. M. M. (org.). **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

O'DWYER, G.; GRAEVER, L.; BRITO, F. A.; MENEZES, T.; KONDER, M. T. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2019, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, dez. 2019.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jan. 2022.

OLIVEIRA, O. C.; SOARES JUNIOR, P. R.; SILVA, P. A. de F. **O impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das equipes de Enfermagem no Brasil, e o enfrentamento frente a este desafio**. Revisão integrativa, 08 jul. 2021.

OLIVEIRA, L. F. de P. **Criação, ética e cientificidade nas pesquisas compreensivas**. *Cad. Pesqui.* [online]. 2015, vol.45, n.158 [cited 2022-06-06], pp.990-995. Available from:

http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

15742015000400990&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0100-1574.
<https://doi.org/10.1590/198053143420>.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Cuidados para pessoas idosas. COVID-19 - Informativo para Equipes ONU no Brasil**, n. 4, 2020. Disponível em: http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2020/04/OPAS_COVID19-Informativo-InternoEdi%C3%A7%C3%A3o-4.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

ORLANDI, E. P.; GUIMARÃES, E.; TARALLO, F. O estranho espelho da análise do discurso. In: COURTINE, J-J. **Análise do discurso político: o discurso comunista endereçado aos cristãos**. São Carlos-SP: EdufScar, 2009.

PEIXOTO, L. S. **Saberes e prática pedagógica na preceptoria da residência de Enfermagem**. Niterói, 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

PEREIRA, C.; TAVARES, C. Significado da modalidade de ensino não âmbito da residência multiprofissional em Hospital Universitário. **Revista Cubana de Enfermagem** [Internet], v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/991>. Acesso em: 8 jan. 2022.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo de saúde pública. **Rev de saúde pública**. São Paulo, n. 29, 1995.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. **Matriz de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Fiocruz, jul. 2020.

PRADO, M. L. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Processo educativo em saúde. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

QUEIROZ, M. I. P. de. Pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LANG, A. B. da S. G. (Org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29. (Coleção Textos; 2a série, 3).

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Preceptoria de enfermagem de família e comunidade: habilidades iniciais**. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2021.

RIO DE JANEIRO (RJ). Decreto nº 3106, de 18 de outubro de 2016. Estabelece critérios para ocupação dos cargos de enfermeiros de equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde, **Diário Oficial Municipal**, 2016.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, G. T. R. da; ESPOSITO, V. H. C. **Educação e Saúde**: cenários de pesquisa e intervenção. São Paulo, 2011.

SILVA, A. F. L. da. **Residência em Enfermagem em Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro**: gênese e trajetória. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2020.

SIMÕES, J. C.; MAEDA, A. K. O preceptor de residência médica: esta figura (in)discutível. In: **Manual do preceptor da residência médica**. 2011. p. 78.

SOARES, A.C.P; MAIORQUIM CR, SOUZA, C.R.O; VALE, D.N.F; FUJIMOTO, D.E; FAGUNDES,F.P, et al. A importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. **Cadernos ABEM** 2013;9:14-22.

SPINOZA, B. de. **Ética**. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; PEREIRA, A. A preceptoría na Residência em Saúde da Família. **SANARE. Revista de Políticas Públicas**, jan-mar, Ceará, 2004.

TARDIF, M. **Saberes Docentes e Formação Profissional**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

APÊNDICE I

Roteiro guia da entrevista compreensiva

- 1- Fale da sua trajetória profissional até a preceptoria
- 2- O que te motivou a ser preceptora?
- 3- Como foi a sua graduação?
- 4- Você tem alguma pós-graduação?
- 5- Como foi sua escolha pela Atenção Primária em saúde?
- 6- Qual a sua percepção quanto ao seu trabalho na formação dos residentes do PRESF? Ou como você se vê no processo de formação do residente do PRESF?
- 7- Como é ser preceptora?
- 8- Qual sua perspectiva para o futuro da preceptoria?

APÊNDICE II



UFRJ

Escola de Enfermagem Anna Nery
(EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **O trabalho da preceptoria na formação dos residentes do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família, em uma unidade de saúde na Zona Oeste no Município do Rio de Janeiro**, que tem como objetivo geral: Analisar os sentidos do trabalho da preceptoria na formação dos residentes do Programa de Residência em Enfermagem de Saúde da Família (PRESF), em uma unidade de saúde na área programática 5.1, no Município do Rio de Janeiro.

A coleta de dados será agendada e está prevista para SETEMBRO de 2021. E todas as dúvidas serão esclarecidas antes de iniciar a entrevista.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em uma entrevista compreensiva, possibilitando uma leitura da realidade, para que se perceba como essas preceptoras interpretam a sua realidade tanto do ponto de vista pessoal como social. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. Você não terá qualquer despesa com a realização da entrevista que será custeada pela pesquisadora Raquel Bernardo da Silva, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para seu bem-estar

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____



UFRJ

Escola de Enfermagem Anna Nery
(EEAN)

Os riscos desta pesquisa estão atrelados ao receio de sofrer algum tipo de desconforto emocional; constrangimento moral e/ou intelectual, receio de ter imagens gravadas em vídeos divulgados e cansaço ao responder aos questionamentos. A responsável pela realização do estudo pretende zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa e diante de tais situações a pesquisadora vai procurar dar apoio ao (à) participante; esclarecer que os relatos não sofrerão nenhum tipo de julgamento, bem como irá interromper a conversa a fim de que haja uma pausa . A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em nenhum prejuízo.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa contribuirão com subsídios teóricos, e reflexões sobre o trabalho do preceptor, e também para a visibilidade de uma temática importante para a academia.

Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome ou identificação pessoal no estudo.

Os dados desta pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na Resolução nº 466/2012. Após este período, os dados desta pesquisa em arquivo físico serão incinerados e os dados digitais serão deletados.

Assinando este consentimento você não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, você não libera o pesquisador de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____



UFRJ

Escola de Enfermagem Anna Nery
(EEAN)

Uma vez aceitando a participar você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com essa instituição

Caso surja alguma dúvida quanto a ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ), através do número de telefone 22151485 ou e mail cepsmsrj@yahoo.com.br, no endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro/ Rio Janeiro, e também no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, no endereço Rua Afonso Cavalcante, 275, Cidade Nova/ Rio de Janeiro , e através do número de telefone 39380962, ou e-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro,(CEP/ SMS- RJ), é vinculado administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ), está adequado à legislação vigente no âmbito da pesquisa, do sistema CEP/ CONEP, e as normas e regulamentos da própria instituição. O CEP/SMS-RJ, é um órgão interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos

É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica Pesquisador: _____



UFRJ

Escola de Enfermagem Anna Nery
(EEAN)

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos de CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Eu fui completamente orientado pela. Raquel Bernardo da Silva Rua Afonso Cavalcante, 275, Cidade Nova/ Rio de Janeiro, telefone 983991978 email raquelbernardo1980@gmail.com e concordo em participar da pesquisa. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, a pesquisadora me entregou uma via do TCLE, no qual li, compreendi, e foi dada plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação.

Concordo em cooperar com este estudo sem patrocinador, sendo financiado pela pesquisadora Raquel Bernardo da silva e orientada pela Dr^a Valeria Romano sem qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que estou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada pelo pesquisador.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021

Raquel Bernardo da Silva
Pesquisador responsável
Email: raquelbernardo1980@gmail.com
Cel: 021-983991978

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisador: _____