

FORMAÇÃO DE PRECEPTORES E TUTORES EM SAÚDE: construção de caminhos

*Adriene Jacinto Pereira
Cláudia Fell Amado
Juliana Sampaio
Ricardo Burg Ceccim*

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada pela Constituição Cidadã de 1988, e fomentadora da criação do SUS, regulamentado em 1990, tem produzido desafios para a formação profissional, tencionando por uma reformulação nas práticas produtoras de saúde. A defesa pela integralidade da atenção, horizontalidade do cuidado e autonomia das pessoas na construção dos seus projetos terapêuticos e de vida, advinda da ampliação da concepção de saúde é imprescindível para a construção de um perfil profissional consonante a uma perspectiva ética, política e social do cuidado (MITRE et al., 2008).

A produção do cuidado centrado no encontro com o usuário busca deslocar o saber-poder do profissional de saúde, demandando práticas profissionais mais dialógicas e colaborativas tanto entre usuário e profissional quanto entre os membros das equipes de saúde, bem como destas com outras equipes, serviços e atores e na construção de redes de cuidado territoriais. Esse modelo de atenção busca romper com o ainda forte e persistente modelo médico-centrado, medicamentoso e intervencionista, sustentado também pelos interesses das indústrias farmacêutica e de insumos hospitalares. O foco da atenção em saúde passa a ser o cuidado e não somente a cura, isto é, a integralidade da atenção; destacando a dimensão relacional do cuidado, que vem demandar outras competências profissionais, em especial as tecnologias leves e as interações que favoreçam a qualidade da vida (MERHY; FRANCO, 2003).

Tais transformações nas práticas de saúde favorecem, por sua vez, movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, em especial, com a criação, em 2003, da SGTES, o SUS assume a responsabilidade de ordenar a formação dos profissionais de saúde; ao passo que o MEC se ocupa com a

implementação das novas DCN para os cursos de graduação, via sistema de avaliação da educação superior. A nova orientação dos processos formativos envolve vinculá-los às transformações exigidas pela sociedade em seus movimentos organizados; ao fortalecimento do SUS e à produção de um cuidado centrado “no encontro” com os usuários, suas necessidades e suas redes, além da necessidade de armar/firmar conexões entre profissionais e serviços, com modos de gestão mais inclusivos e capazes de acolhimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

O ordenamento da formação toma como um dos eixos estruturantes da educação na saúde, a prática cotidiana nas redes de gestão e de serviços, onde opera o “trabalho vivo em ato”, interessando o cuidado que efetivamente é produzido e articulado nas redes de atenção. A aposta na produção do conhecimento, a partir da realidade vivida, subverte a formação conteudista e tecnicista tradicional, colocando em foco as relações interpessoais na produção do saber-fazer em saúde (LEITE, 2010). Os contextos de trabalho devem se constituir, portanto, em espaços de formação e de cidadania, onde os diversos atores — profissionais e gestores de saúde, comunidade acadêmica e usuários — repactuem papéis sociais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Desse modo, os setores da saúde e da educação se ocupam das funções de regulação no que diz respeito à formação na área da saúde: credenciamento, descredenciamento, recredenciamento de cursos, programas e escolas de formação; elevação da capacidade educativa dos mesmos; observação do cumprimento das funções públicas de formação das novas gerações profissionais; melhoria das condições de ensino-aprendizagem; estruturação de processos de avaliação institucional, externa e interna, e ações de transformação institucional. Além disso, devem submeter as principais decisões políticas à participação popular (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Na formação de profissionais de saúde, os planos de ensino utilizados na graduação e a prática educativa docente têm por base planejamentos normativos e abordagens metodológicas tradicionais. Essa situação conflita com a necessidade de formar trabalhadores críticos, reflexivos e questionadores, em conformidade com o novo perfil profissional necessário para o cumprimento das atividades de cunho coletivo, segundo a atual política de saúde (ROSENBLATT; OLIVEIRA e SILVA; CALDAS JR., 2001).

Para Dias, Lima e Teixeira (2013), tornar o contexto do trabalho do SUS a principal estratégia de formação profissional, exige a articulação entre instituições formadoras e o sistema público de saúde, de tal forma que não caiba simplesmente à primeira a oferta de conteúdos teóricos e técnicos e à segunda a disponibilização de campos de prática. Isso demanda mudanças profundas na organização das estruturas curriculares, assim como na gestão da saúde, nas práticas de atenção e no controle social. Ceccim e Feuerwerker (2004a) formularam a noção do “quadrilátero da formação” para indicar a articulação e ativação de processos simultâneos de formação, atenção, gestão e participação. Tal proposta sustenta que, para a mudança na formação, faz-se necessária uma política capaz de ultrapassar as declarações de intenção e a existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Esta precisa ser capaz de convocar o pensamento crítico, a transformação das práticas de atenção e gestão e o compromisso de todos os atores — docentes, estudantes, gestores, conselheiros e movimentos sociais.

A estratégia pedagógica, no interior da Política Nacional de Educação na Saúde, orientadora de tais transformações, é a EPS, por isso também dá nome à política (BRASIL, 2004). Ela se caracteriza pela noção de aprendizagem-trabalho, ou seja, a organização de uma formação que se produz em conexão com o cotidiano das pessoas e das organizações, em resposta e em revisão das demandas do próprio trabalho. Muitas necessidades formativas não dizem respeito à informação, mas aos modos de atuar em equipe, em linhas de cuidado, em integração de rede e em interação com os territórios de vida e circulação da população. A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro dos serviços e junto às equipes, de modo que uma escuta e ação pedagógicas se incorporem aos modos de gestão e de condução dos cotidianos. Em ambientes de trabalho também imbuídos do ensino-aprendizagem coletivo, as ações de gestão, atenção e participação se tornam mais vivas e participativas, permitindo laços mais estreitos com as instituições formadoras na condição de integração ensino-serviço-sociedade (CECCIM, 2005b).

As estratégias formativas na modalidade de Residências em Saúde atendem a um conjunto particular de características: trata-se de formação em serviço; coloca os serviços como cenários longitudinais de formação e exige dos trabalhadores o desenvolvimento de competências educacionais quando imbuídos da função de preceptoria. Muitas residências em saúde funcionam integradas às instituições de ensino, cujos professores cumprem a função de tutoria junto aos profissionais residentes, além de apoiarem a elaboração de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) e ministrarem conteúdos teóricos ou de apoio à pesquisa e às técnicas de busca e uso da informação científica e tecnológica. Essas condições acentuam a necessidade de desenvolvimento de capacidade pedagógica junto aos serviços que são cenários de prática das residências (CECCIM, 2005b).

O avanço das residências integradas multiprofissionais em saúde tem colocado em cena a necessidade de formação de preceptores e tutores que se apropriem de estratégias didático-pedagógicas condizentes com a formação em serviço, formação para o SUS, formação para a integralidade e formação para a interprofissionalidade. Construir caminhos para a formação de preceptores e tutores faz parte hoje da agenda das instituições de ensino que desenvolvem programas de residência.

Traduções do Vivido

As residências em saúde têm permitido a inserção de várias categorias profissionais na mesma formação em serviço. Diferentemente de outras estratégias de formação profissional no âmbito da pós-graduação, seja *stricto* ou *lato sensu*, as residências são marcadas por uma estrutura curricular predominantemente prática, a partir da qual são propostas as estratégias pedagógicas de aprendizagem. As Residências são, portanto, dispositivos de orientação da formação no sentido de articular o ensino à experiência viva do trabalho. Sua dimensão multiprofissional permite a construção de currículos integrados, que articulem diversos saberes interdisciplinares, em campos de atuação conjunta e práticas em comum.

Frente à complexidade do processo saúde-doença, as ações de saúde precisam ser também complexas e abarcar diferentes modos de compreender e se relacionar com

a experiência humana. Para a produção de cuidado, é necessário um trabalho que articule diferentes saberes e práticas em saúde, o que só é possível a partir do trabalho interprofissional, interdisciplinar, intersetorial, colaborativo e em redes. Tal oportunidade ofertada pelas residências multiprofissionais superam as formações de graduação, em sua maioria disciplinares e desarticuladas (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007), devido ao desenho estrutural das instituições de ensino superior.

Apesar de cada IES ter autonomia para propor processos pedagógicos específicos, com diferentes lógicas organizacionais, os programas de residência em saúde devem atender também às regulamentações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da CNRMS, órgãos colegiados e deliberativos vinculados ao MEC, com representação de vários segmentos, dentre esses, o do governo, das corporações profissionais e dos programas de residência (coordenadores, preceptores, tutores e residentes). Dentre algumas normativas, tais comissões propõem a composição de corpo docente-assistencial (docentes em serviço), Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), COREME e COREMU. Integram essas estruturas preceptores (profissionais de nível superior das mesmas profissões dos residentes e necessariamente dos serviços), tutores (professores das instituições de ensino que apoiam ou conduzem os programas), docentes (professores que ministram conteúdos teóricos ou de suporte), orientadores de serviço (profissionais de quaisquer profissões atuantes nos serviços), orientadores de trabalho de conclusão (profissionais dos serviços ou das instituições de ensino com elevada formação acadêmica que os qualifique para orientar trabalhos de pós-graduação *lato sensu*) e supervisores especialistas (profissionais dos serviços, da gestão ou das instituições de ensino que prestam suporte clínico ou educacional especializado, conforme necessidade).

Para a CNRMS, o tutor é um profissional com experiência na área da residência, que tem como função ofertar orientações acadêmicas a preceptores e residentes, função exercida, preferencialmente, em tutorias de campo e de núcleo. O preceptor, por sua vez, é um profissional vinculado ao serviço, que deve ofertar a retaguarda técnica ao residente, inserindo-o no cotidiano dos serviços. Nos programas uniprofissionais, o preceptor deve ser do mesmo núcleo profissional do residente (BRASIL, 2014a). Colocando em debate as especificidades, demandas e desafios dessas

duas funções (preceptoria e tutoria), foi constituído o Fórum Nacional de Tutores e Preceptores (FNTP) em programas de residência em saúde. Dentre os vários desafios identificados, é apontada a necessidade de formação pedagógica desses atores para além das funções técnicas que lhes cabem (TRAJMAN et al., 2009).

No contexto da Universidade Federal da Paraíba, existe a RIMUSH, implantada junto ao HULW, com áreas de concentração em atenção à saúde do idoso, atenção à saúde cardiovascular do adulto, atenção à saúde da criança e do adolescente e atenção ao paciente crítico; e a RESMEN, vinculada ao NESC/CCS/UFPB. Vinculada à SES-PB, há a REMUSC, desenvolvida no CPAM. No contexto da SMS-JP, tem-se a RMSFC, inicialmente vinculada à Universidade Federal da Paraíba, atualmente vinculada à FCM-PB. Além das residências multiprofissionais, existem as residências médicas em várias especialidades, inclusive de Medicina de Família e Comunidade que, desde 2009, convive com a RMSFC (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

No contexto hospitalar, as várias ênfases se articulam por meio das tutorias de núcleo, a partir de discussões de casos clínicos, que retornam para a ênfase com direcionamentos a serem realizados de forma individual e coletiva. Outro momento de encontro das ênfases é durante a abordagem de temas propostos pelo MEC e no Projeto Pedagógico da Residência (PPR). Frente a tantos programas de residência numa mesma rede de saúde (Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa e de Cabedelo), tornou-se bastante contundente a necessidade de uma formação pedagógica de preceptores e tutores envolvidos com estes Programas, uma vez que se identificou que eles são os principais disparadores dos processos de aprendizagem em ato.

Em consonância com as demandas do FNTP, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS); o NESC/CCS/UFPB — em parceria com a SMS-JP, o CEFOR-RH/PB da SES e a FCM-PB — realizou o primeiro Curso de Formação de Tutores e Preceptores na perspectiva da EPS. O curso teve como objetivo provocar junto a preceptores e tutores a análise e ressignificação do seu papel na formação dos residentes em saúde, fortalecendo suas ferramentas para a produção de processos pedagógicos. O curso foi ofertado no ano de 2015, na forma de aperfeiçoamento e na modalidade semipresencial, com carga horária

total de 180h, sendo 120h presenciais e 60h em atividades de dispersão. A partir dessa experiência, o presente documento tem por objetivo apresentar tal formação, buscando identificar em que medida produziu ferramentas pedagógicas aos preceptores e tutores, no sentido desses fomentarem um ensino comprometido com a produção do cuidado integral e em redes. O objetivo é contar e refletir sobre o processo de formação para tutores e preceptores em saúde, com ênfase na aprendizagem colaborativa, como disparadora de reflexões e transformações das práticas cotidianas de educação em saúde, na perspectiva do cuidado integral e em redes.

O Vivido Sendo Contado

As atividades presenciais do curso foram desenvolvidas mensalmente, em cumprimento de módulos temáticos, contemplando as seguintes áreas de conhecimento: políticas públicas de saúde, EPS, gestão e atenção nos serviços de saúde, contexto da organização das residências em saúde e metodologias do ensino na saúde. A escolha desses temas foi motivada por inquietações trazidas por alguns atores da prática que, de algum modo, estiveram envolvidos no desenvolvimento dos projetos das residências e que perceberam as lacunas e dissonâncias entre a proposta, os serviços, a gestão e os profissionais. Nesse sentido, os módulos tiveram o objetivo de trazer discussões que sinalizassem a necessidade de pensar na aplicabilidade desses eixos temáticos para dentro dos projetos das residências.

Ao pensar a formação, o grupo de facilitadores, inicia uma discussão sobre como atender demandas apontadas por preceptores, tutores, residentes e gestores da rede de serviços, de modo que, ao realizar os encontros, fosse possível construir sentido para as temáticas; considerando a formação orientada por competência, o uso de MAs e de estratégias educacionais inovadoras. Assim, as unidades curriculares foram estruturadas de modo que os temas pudessem apontar para o trabalho em equipe, a atenção integral em saúde e a formação profissional, com a intenção de favorecer discussões em grupo de forma crítica e reflexiva. O modo como cada facilitador estruturou o encontro foi resultado de uma combinação, embora não se tenha conseguido estruturar a facilitação com uma só estratégia educacional.

Do ponto de vista pedagógico, o curso tinha a proposta de alinhar as ofertas educacionais entre os facilitadores dos módulos/unidades. A intenção inicial era de conseguir provocar processos críticos e reflexivos na formação, no entanto, alguns elementos influenciaram o desenvolvimento desse processo, como o tempo; as concepções teóricas e metodológicas dos envolvidos; o lugar ocupado por cada um desses atores, fosse na gestão, na academia ou nos serviços e; por fim, a própria influência das relações entre preceptores, facilitadores e organizadores. Utilizou-se das MAs, tendo como estratégias educacionais, a EC, a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas ou em Projetos. Outras estratégias também foram utilizadas, a exemplo de rodas de conversa, oficinas, análises de situação, relatos de experiência, construção de itinerários terapêuticos e oficinas de competências.

A partir dos encontros presenciais, foram disparadas atividades de dispersão que favoreceram as discussões de campo e núcleo, bem como reflexões sobre a integração ensino-serviço-sociedade. Entre essas, podemos destacar a rede de petição e compromisso, a construção e discussão sobre itinerário terapêutico, a discussão de casos clínicos envolvendo a equipe multiprofissional e simulações. Cabe ressaltar que esse processo vivenciou sua fragilidade a partir do momento em que a organização e os facilitadores não conseguiram construir momentos de alinhamento metodológico entre as unidades curriculares. A escolha das tecnologias educacionais a serem utilizadas no decorrer do curso deveria estar em consonância com aquilo que a organização vinha pensando para esse processo de formação e com aquele que seria o nosso principal desafio e diferencial: proporcionar o engajamento dos participantes no processo educacional, de modo a apoiar o desenvolvimento crítico, reflexivo e contextualizado. Entretanto, ao refletir sobre o modo como as unidades curriculares foram realizadas, verificou-se que não foi possível construir um formato estruturante para sua condução, tendo sido maior a aposta nos encontros entre os sujeitos participantes da formação do que propriamente nas estratégias metodológicas. Nesse sentido, o grupo precisou ancorar-se em metodologias que promovessem a identificação de problemas e suas explicações, vinculando a aprendizagem aos aspectos significativos da realidade e à troca colaborativa entre os participantes.

A utilização das metodologias ativas trazia alguns desafios no sentido de superar ou confrontar práticas históricas e hegemônicas desenvolvidas no interior dos cursos de formação em saúde. Essas práticas ainda persistem em alguns contextos das residências, seguindo ora o modelo tradicional de estágios, no qual o aprendiz observa para repetir o modelo do mestre; ora tomando os residentes como retaguarda assistencial do serviço, sem compromisso com sua formação e; ora ainda, criticando o residente e o programa quando esse profissional faz alguma intervenção no sentido de apontar fragilidades ou aspectos que precisam melhorar no serviço.

Era necessário enfrentar entraves e disputas no universo real das práticas e do convívio entre residentes, preceptores, tutores, comunidade, gestão e coordenação — todos seres pensantes, vibrantes e cheios de desejos. Era necessário produzir com os tutores e preceptores ferramentas para processos de aprendizagem em ato. Nessa direção, optou-se por focar na capacidade dos educandos de aprender a aprender, onde o preceptor/tutor assume função estratégica de facilitar caminhos singulares. Essa formação era, em última instância, um compromisso político entre os educandos, facilitadores e coordenadores, num movimento de resistência com dimensões ideológicas, políticas e econômicas, mas também éticas e estéticas. Se esse lugar é o da “resistência”, de acordo com o pensamento de Michel Foucault, exposto na obra de Muchail (2004), há uma repartição entre os saberes (onde se situa a ocupação com a verdade) e os procedimentos sociais (onde se reconhece o lugar do poder), não sendo habitual pensar um lugar comum entre saberes e procedimentos com potência de criação. Por outro lado, o lugar no qual apostamos foi o do encontro, no intuito de dar sentido às relações dos saberes com as práticas sociais. Assim, refletimos à luz dos encontros e nos deixamos guiar à luz dos saberes e das práticas.

O vivido pelos preceptores, tutores, residentes e facilitadores dessa formação foi contado nos encontros e narrado em momentos de avaliação. Ao final do curso, foi solicitado que os participantes produzissem uma narrativa escrita a partir da seguinte questão: “Em que medida a formação de preceptores e tutores contribuiu para seu trabalho de preceptor?” A partir das respostas, foi possível construir núcleos de sentido produzidos por esses atores, que refletem aspectos da formação dos preceptores/tutores e de sua prática dentro da equipe no mundo do trabalho. Assim,

foram selecionados trechos dessas narrativas/escritas dos atores envolvidos na formação, de modo a dar visibilidade aos processos de grupo para a produção de uma formação colaborativa e fundamentalmente coletiva.

Aprendizagem Colaborativa nas Narrativas dos Atores em Formação

A existência de profissionais de diferentes segmentos das Redes foi de suma importância para uma produtiva metodologia aplicada no curso. Estando unidos em encontros presenciais, organizamos ideias e entendimentos, produzimos atividades embasadas em materiais das políticas públicas do SUS e com conteúdos disponibilizados pelos facilitadores, dando ênfase à política e proposta da EPS e evidenciando a prática de trabalhos e atividades em grupos como ferramenta de ampliar o conhecimento (P.1).

O curso nos proporcionou a troca de saberes e experiências entre profissionais de saúde, nos fazendo compreender o processo de trabalho na preceptoria e os caminhos metodológicos e estratégicos que devemos percorrer para o alcance dos nossos objetivos” (P.13).

Importante ressaltar que a formação reforçou a necessidade de um trabalho (inter)subjetivo entre tutores e preceptores, entendendo a estreita ligação da relação teoria-prática implicada no processo de ensino-aprendizagem dos alunos (P.5).

Os trechos citados nos remetem à aposta metodológica do curso (cada P é um participante/aluno, variando de 1 ao 13), sustentada no que Wenger e Snyder (2001) designam para a aprendizagem social como Comunidades de Prática (CoP). Esses autores repensam as teorias da aprendizagem no final dos anos 1990 e propõem uma forma de organização capaz de ativar o compartilhamento do conhecimento, estimular a aprendizagem e promover a disseminação de melhores práticas; incentivando novas abordagens para a solução de problemas. Tal perspectiva, coloca em foco a interação social como um componente crítico do aprendizado situacional, por meio do engajamento em um coletivo. Essa aprendizagem, centrada na perspectiva da prática social, aponta para o significado das ações e colaborações reflexivas que são realizadas em contextos interativos, conforme se pode perceber nas falas que se seguem:

Durante os encontros, a dinâmica de aprendizado realizada trouxe a reflexão de como os temas e atividades trabalhados no curso poderiam ser aplicados na prática do cotidiano. A formação de grupos para discussão bastante heterogêneos, no que diz respeito a campos de atuação, permitiu que opiniões divergentes enriquecessem a

discussão em grupo para que fossem realizadas tomadas de decisão quanto às atividades propostas (P.6).

O curso nos deu essa oportunidade de criar laços, partilhar experiências, aprender a partir da troca com o outro que está num serviço diferente do meu, com um olhar diferente do que eu tenho e, assim, juntos poderemos pensar novas estratégias e repensar novos modos de vivenciar a educação em saúde dentro dos serviços (P.2).

A aposta numa formação a partir da construção de coletivos que aprendem juntos (comunidades de aprendizagem) foi uma intencionalidade dos que formularam e executaram o curso, que foi ratificada pelos preceptores e tutores em formação. Nesse processo, o curso foi se constituindo em seu próprio caminhar, ao passo que todos (tutores, preceptores, gestores e residentes) se formavam/educavam ao longo da formação. Por isso, foram aportados elementos constitutivos de um processo de trabalho por adesão, com intencionalidade muito bem definida, mas sem caminho predeterminado. Isso nos remete à compreensão da aprendizagem como um processo social, no qual a busca pelo singular de cada um é constituída nas relações sociais e intercâmbios entre os participantes. A aprendizagem ocorre em um meio cultural, no compartilhamento entre pessoas. Mesmo que adquirida em outro contexto, a aprendizagem é recontextualizada e ressignificada pelo grupo social (VYGOTSKY, 1998). Em outras falas, os participantes expressam que o curso os levou a pensar a integração da teoria com a prática a partir da discussão nos grupos:

Através do desenvolvimento do trabalho coletivo, onde a relação entre o preceptor e o educando horizontaliza-se, construímos uma relação onde o ato de pensar se dá por meio da integração entre os saberes teóricos e práticos, gerando a capacidade de conectar as informações certas para cada situação-problema e a partir delas reproduzir ações de transformação de sua realidade (P.1).

Reforça-se que a função da interação social no processo de aprendizagem é apontada desde Vygotsky (1998), com a proposta de “formação social da mente”, que coloca em foco a abordagem sociointeracionista do ensinar e do aprender. O conceito de interação, do qual parte essa abordagem, traz no âmbito do processo de aprendizagem, especificamente, a dimensão da afetação mútua; uma dinâmica onde a ação ou o discurso do outro causam modificações na forma de pensar e agir, interferindo

no modo como a elaboração e a apropriação do conhecimento se consolidarão. Pode-se, assim, ampliar e ir além da compreensão da aprendizagem como uma construção estritamente cognitiva, para uma compreensão com forte dimensão afetiva e relacional, que se dá não apenas no plano mental, mas, fundamentalmente, nas relações sociais entre os indivíduos engajados no processo; que partilham experiências, conhecimentos, vivências e afetos significativos. Veja-se, por exemplo, essas manifestações:

Aprendi que através da preceptoria construímos um local rico em trocas, aproximando saberes e práticas, por meio de um processo reflexivo e de uma prática dialogada (P.7).

Por meio deste curso de preceptoria pude modificar algumas atitudes e pensamentos relacionados à minha prática profissional, como também modifiquei minha maneira de enxergar o outro, pois observei a necessidade de práticas diárias de cuidado mais humanizadas, alcançadas através da integralidade e do pensamento e ensino em saúde (P.1).

As competências desenvolvidas no curso vão além do conhecimento científico, incluem também conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de formar cidadãos portadores de valores humanistas, capazes de intervir e de serem solidários numa sociedade complexa e em constante transformação. O preceptor deve construir juntamente com o aluno mecanismos que superem as dificuldades inerentes ao processo de trabalho no seu cotidiano (P.13).

Negri e Lazzarato (2001) afirmam que, apesar da complexidade e multiplicidade dos processos de transformação vividos no mundo do trabalho, poderíamos refletir sobre o fato de que mudanças técnicas nos processos produtivos não representam, necessariamente, ruptura com o processo de divisão social do trabalho — propriedade privada e concentrada dos meios de produção — nem com a extensão da lógica de controle político e econômico da produção e da circulação de mercadorias na esfera da produção imaterial. Ao dialogar com as narrativas e esses autores, identificamos que a relação que se construiu no decorrer da formação de preceptores, no que diz respeito à construção de competências e à transformação das práticas, transcendeu a relação conceitual; ao vivenciar na preceptoria em ato e na relação com os serviços e entre residentes, preceptores, gestores, unidades de saúde e comunidade a dimensão imaterial do trabalho, favorecendo o convívio social no mundo do trabalho e sendo um fator determinante de mudança nas práticas de formação em saúde. A formação

almejava, sobretudo, no mundo imaterial, despertar seres pensantes, vibrantes e cheios de desejos.

Considerações Finais

O curso proporcionou a troca de saberes e experiências entre profissionais de saúde, colocando em análise o processo de trabalho da preceptoria/tutoria e os caminhos metodológicos e estratégicos que podem ser percorridos para o alcance dos objetivos desejados nessas funções. A presente discussão não pretendeu apontar um modelo sobre o “como fazer” ou propor um modelo de formação ideal. Pelo contrário, a partir de uma visão crítica pautada nas narrativas avaliativas dessa experiência, pretendeu-se apontar as possibilidades de uma formação de preceptores e tutores em saúde que se fundamente na construção coletiva, produzida no seu próprio caminhar colaborativo entre os diferentes atores implicados no processo.

Tais reflexões visaram, para além de apontar metodologias, técnicas e/ou estratégias educacionais, resgatar a dimensão de inventividade das práticas de formação em saúde e a necessidade de seu alinhamento às demandas dos contextos em que ocorrem e às vidas dos cursistas. Não obstante, cabe considerar as tensões e os conflitos que permearam esse processo e que foram fundamentais e estruturantes. Houve dissonância entre os modos de pensar a formação em saúde e a perspectiva tecnicista, mediada por uma lógica produtivista e burocratizada do trabalho, com priorização de indicadores quantitativos e ênfase na medicalização da saúde. Esses modos conservadores se refletem na despolitização do fazer profissional, o qual acaba por centrar-se na execução técnica de procedimentos validados nas possibilidades de reconhecimento do trabalho a partir da produtividade de uma saúde calculada, fazendo com que as ações em saúde incorporem cada vez menos práticas colaborativas e dialógicas. Tal produção do fazer profissional reflete-se em processos de desresponsabilização pelo cuidado e dificuldade de construção compartilhada de ações de saúde entre profissionais e usuários. Esse descompasso se materializa no interior das equipes de saúde pela dificuldade de operacionalizar ferramentas de cuidado, a exemplo dos PTS.

Refletir sobre os processos de formação em saúde constitui não apenas um exercício importante, mas também necessário, tendo em vista duas razões: primeiro, por ser o SUS o ordenador da formação em saúde, a imperatividade da construção de processos educacionais compartilhados entre instituições de ensino, gestores, profissionais e sociedade — sintonizados entre si, de modo a promover uma formação onde todos caibam e onde todas as vozes possam ser ouvidas; a segunda razão, numa dimensão mais ideológica, situa-se no resgate dos princípios que outrora orientaram a consolidação de um modelo de formação embasado na perspectiva crítica e reflexiva e que, ao longo do tempo, tem se tornado cada vez mais técnicos e mecanicistas. Pensar a formação em saúde, especialmente de preceptores e tutores, requer considerar, antecipadamente, a inquietação de como conduzir um processo educativo centrado no educando e no seu processo de trabalho, em meio a uma racionalidade que orienta a organização do sistema de saúde para a eficiência econômica do sistema.

O processo de formação possibilitou um acúmulo de conhecimento, mediado pela troca de experiências compartilhadas entre professores, tutores, preceptores, gestores, profissionais, palestrantes, especialistas convidados e residentes. Uma experiência refletida e de análise crítica da realidade vivenciada pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Ressalta-se que o desenho teórico-metodológico adotado favoreceu uma prática pedagógica implicada na integração entre ensino, atenção, gestão dos serviços de saúde e participação popular; contribuindo para o fortalecimento entre instituições formadoras e serviços de saúde, bem como para a criação de “redes de afeto” entre os preceptores e tutores participantes do curso.