



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - ICED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO



**PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE ENSINAR, FORMAR E ATUAR A
PARTIR DO CURSO PARA PRECEPTORES DE SAÚDE COM BASE EM
METODOLOGIAS ATIVAS**

MARY GLAUCY BRITO CHIANCA NEVES

Santarém/PA
2016

MARY GLAUCY BRITO CHIANCA-NEVES

**PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE ENSINAR, FORMAR E ATUAR A
PARTIR DO CURSO PARA PRECEPTORES DE SAÚDE COM BASE EM
METODOLOGIAS ATIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Oeste do Pará, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Educação, para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iani Dias Lauer Leite

Linha de Pesquisa: Práticas Educativas, Linguagens e Tecnologias.

Santarém/PA
2016

FICHA CATOLOGRÁFICA

MARY GLAUCY BRITO CHIANCA NEVES

**PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE ENSINAR, FORMAR E ATUAR A
PARTIR DO CURSO PARA PRECEPTORES DE SAÚDE COM BASE EM
METODOLOGIAS ATIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Oeste do Pará, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Educação, para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iani Dias Lauer Leite

Linha de Pesquisa: Práticas Educativas, Linguagens e Tecnologias

Aprovada em: 22 de Fevereiro de 2016

Professora Dr^a Iani Dias Lauer Leite
Orientadora
Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA

Professora Dr^a Marli Lucia Tonatto Zibetti,
Universidade Federal de Rondônia - UFR

Professora Dr^a Tania Suely Azevedo Brasileiro
Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, fruto de muita luta e desafios, a meus filhos: Amanda, Juliana e Lucas, meus amores, luz da minha vida e a Kedson Neves, meu esposo e companheiro, que sempre me desafia, incentiva e ampara.

AGRADECIMENTOS

Esta é uma etapa muito especial, na qual paramos para refletir sobre o caminho percorrido, momentos de dificuldades, alegrias compartilhadas e desafios alcançados. Em todos estes momentos, sempre tive pessoas muito especiais, que me apoiaram e deram significado aos meus passos.

Agradeço a Deus, minha fonte inesgotável de energia e bálsamo para meu coração;

A minha Mãe, Maria Marlene, minha referência de força, determinação, fé, perseverança...;

A minha família (Chianca, Neves e Chianca Neves) que em diversos momentos entenderam minha necessidade de isolamento;

As minhas maravilhosas amigas Gisele Gorayeb, Simone Linhares e Vânia Diniz (amigas Ursas) e Maria Raimunda Sousa Faria, que em diversos momentos difíceis, de forma peculiar, me lançaram para frente;

A Priscila Priante e Juliana Amaral, duas parceiras maravilhosas, que encontrei neste caminho, que por vezes me parecia tão nebuloso e imprevisível. Pri, sua força foi fundamental nos momentos finais;

A Prof^ª. Dr^ª. Iane Lauer, minha orientadora, que sem pensar duas vezes, segurou minha mão e me deu guarida, me acompanhou e me permitiu vivenciar a prática das metodologias ativas, pois construímos este estudo de forma crítica, reflexiva e transformadora, incentivando minha autonomia na busca do conhecimento;

Aos Preceptores, que participaram deste estudo, que com suas percepções possibilitaram a compreensão sobre este universo que é o ensinar, formar e atuar em saúde;

A Prof^ª. Dr^ª. Tânia Brasileiro, que mexeu com minhas estruturas e me tirou da zona de conforto;

A Eliane Caldas de Miranda, que ao me indicar para a seleção do Curso em Processos Educacionais na Saúde, me abriu novos horizontes, o que me possibilitou iniciar esta jornada;

Em nome de Leonardo Aguiar, Patrícia Norma, Mara Cristiany (nosso grupo da Regulação) e Alda Lemos (CAPS), gostaria de agradecer aos colegas do 9º CRS/SESPA, que me apoiaram e torceram por mim durante estes dois anos de muita luta e descobertas.

Por fim, foram tantos momentos e tantos anjos (que apesar de não citados, sempre serão lembrados pelo meu coração), orações e energia positiva, que essas poucas palavras, jamais serão suficientes para agradecer o que fizeram e o que tudo isso representou para mim.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que eu tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

RESUMO

A organização dos processos educativos de formação dos profissionais da área de saúde é uma preocupação em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Formar profissionais aptos a enfrentar a realidade de uma sociedade, onde são gritantes as desigualdades sociais, é um desafio para quem forma, tanto quanto para quem se propõe a ser formado. Neste cenário de grandes transformações na área da Educação e Saúde, surgem estratégias que primam por uma qualificação profissional que atenda aos preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para formação do profissional de saúde e os Princípios Fundamentais do SUS. Neste sentido, o presente estudo objetivou averiguar as percepções de preceptores de saúde sobre as práticas pedagógicas no ensinar, formar e atuar, a partir da vivência do Curso Educação em Saúde para preceptores do SUS, com base em metodologias ativas de ensino aprendizagem. Participaram da pesquisa 15 profissionais concluintes do curso que atuam ou atuaram como preceptores de saúde em Santarém-PA nos anos de 2013 a 2015. A coleta de dados foi realizada através de folha de dados sociodemográficos com questões relacionadas à caracterização dos participantes e de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com base em Lefèvre e Lefèvre (2005), pois o estudo buscou abordar características qualitativas do pensamento coletivo dos participantes. Como contribuição, o estudo ressalta que o olhar do preceptor sobre sua prática de ensinar, formar e atuar possibilitou um momento de reflexão e avaliação de seus conhecimentos e sua experiência profissional, oportunizando também o diálogo a respeito de formação profissional, ensinar e aprender e perceber-se num processo de constante aprendizagem. Espera-se que este estudo possa contribuir para reflexão sobre as concepções metodológicas baseadas em metodologias ativas de ensino aprendizagem, no sentido de desenvolver estratégias inovadoras na prática de preceptores de saúde responsáveis pela formação do profissional da saúde, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços, ações e assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e também contribua no sentido de estimular o desenvolvimento de práticas educativas críticas, reflexivas e transformadoras, que incitem atitudes autônomas na busca pelo conhecimento.

Palavras-chave: Educação e Saúde. Formação. Metodologias Ativas. Preceptores do SUS.

ABSTRACT

The organization of educational processes and the formation of health care professionals is a preoccupation in all levels of the Brazilian National Health System-SUS. Training and education of professionals qualified to confront the reality of Brazilian society wherein the inequalities are enormous is a challenge for those who are responsible for the teaching of these professionals, as well as for those being taught. In the actual scenario of great changes in the areas of education and health, new strategies are emerging that cultivate professionals qualified to meet the National Curriculum Directorates (DCN) to train and educate health care professionals in the fundamental principles of SUS. The present study had the objective of investigating the perceptions of health care educators with respect to teaching practices in the Health Care Education Course for SUS Professionals. Fifteen health care professionals who have completed this course or have taught in it between 2013-2015 participated in this survey. Sociodemographic data were collected using questions related to the sample universe and also with a semi-structured interview. The data were analyzed using the collective discourse subject technique as in Lefèvre & Lefèvre (2005), since this study attempted to describe the qualitative characteristics of collective thinking of the participants. This study showed that the point of view of the health care teaching professional about his teaching and training activities afforded a moment of reflection and evaluation of his knowledge base and professional experience, and also provided the participant with the novel vision that he is in a constant routine of learning. It is expected that this study will contribute to reflection about methodological conceptions based on active teaching methods with the goal of developing innovative teaching strategies in the teaching of health care professionals. Additionally, it is hoped that these results will improve the quality of SUS services and stimulate the development of educational practices that are routinely scrutinized, auto-correcting, and transforming, and that will stimulate the health care professional to constantly seek to increase his knowledge base.

Keywords: Education of health care. Active methods. Preceptors SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Repercussões individuais e sociais das concepções pedagógicas de acordo com Bordenave (1999).....	30
Quadro 2 - Descrição dos pré-requisitos gerais e perfil do profissional para indicação ao processo seletivo 2013 para os cursos de especialização do HSL/IEP.	39
Quadro 3 - Descrição dos pré-requisitos específicos de cada Curso de Especialização e perfil do profissional para indicação ao processo seletivo 2013 para os cursos de especialização do HSL/IEP.	39
Quadro 4 - Perfil de competência do preceptor do SUS, MS E IEP/HSL, por ações-chave, do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, 2013.....	41
Quadro 5 - Comparativo das estratégias da Metodologia da Problematização e da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). (continua)	64
Quadro 6 - Conceitos de Preceptoría.	77
Quadro 7 - Principais diferenças nas atribuições de preceptores, supervisores, tutores e mentores.	79
Quadro 8 - Atribuições do preceptor segundo estudo de Autonomo et al (2015).	80
Quadro 9 - Perfil de competência do preceptor do SUS, MS E IEP/HSL, por ações-chave, do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, 2013.....	86
Quadro 10 - Atribuições para a área de competência Gestão Educacional.....	86
Quadro 11 - Atribuições para a área de competência Assistência e Preceptoría.....	87
Quadro 12 - Atribuições para a área de competência Ensino-aprendizagem e preceptoría....	88
Quadro 13 - Exemplo do 1º passo – IAD 1: Para você quem é o preceptor?.....	98
Quadro 14 - Exemplo do 2º passo: Identificação das Expressões-chave.....	98
Quadro 15 - Exemplo do 3º passo: Identificação das ideias centrais a partir das ECH.....	99
Quadro 16 - 4º passo: Classificação das ideias centrais semelhantes.	99
Quadro 17 - 6º passo DSC da ideia central A: O preceptor é um profissional de referência... 99	
Quadro 18 - Codificação das características variáveis dos participantes do estudo.	110
Quadro 19 - Síntese das ideias centrais quanto a quem é o preceptor.	112
Quadro 20 - Comparativo entre os conceitos de preceptor.	119
Quadro 21 - Síntese das ideias centrais sobre as atribuições do preceptor.	120

Quadro 22 - Síntese das ideias centrais sobre a participação no Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS.....	133
Quadro 23 - Síntese das ideias centrais sobre conhecimentos adquiridos a partir do curso. .	139
Quadro 24 - Síntese das ideias centrais sobre o que são metodologias ativas?.....	146
Quadro 25 - Síntese das ideias centrais sobre percepções das práticas de preceptoria após participar do curso.....	154

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo de atuação profissional dos preceptores.	107
Gráfico 2 - Preceptores por local de atuação profissional.	107
Gráfico 3 - Local de atuação como preceptor.....	108
Gráfico 4 - Tempo de experiência em docência.	109
Gráfico 5 - Tempo de experiência com o uso de metodologias ativas.	109
Gráfico 6 - Área de atuação em preceptoria.	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Especializandos inscritos no Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores dos SUS, 2013/2014, Santarém-PA, de acordo com a graduação.	46
Tabela 2 - Quantidade de inscritos no Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores dos SUS, 2013/2014, Santarém-PA por instituição a qual estão vinculados.....	46
Tabela 3 - Produções com tema metodologias de ensino aprendizagem, por tópico publicados no Portal CAPES/MEC de 1999 à 2015.....	67
Tabela 4 - Produções com tema metodologias de ensino aprendizagem por autor publicados no Portal CAPES/MEC de 1999 a 2015.....	68
Tabela 5 - Quantidade de produções com tema metodologias de ensino aprendizagem, por coleção de 1999 à 2015.	68
Tabela 6 - Profissionais concluintes do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS de acordo com local de trabalho.	105
Tabela 7 - Profissionais concluintes do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS de acordo com a área de atuação.	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do Arco de Maguerez.....	58
Figura 2 - Mapa da Região Oeste do Pará.....	91
Figura 3 - Mapa da Região do Baixo Amazonas	91
Figura 4 - Mapa da Região do Tapajós	92
Figura 5 - Esquema de apresentação e discussão dos resultados.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	Aprendizagem autodirigida
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AC	Ancoragem
ACR	Aprendizagem Colaborativa em Rede
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEFAMs	Centros de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério
CEREST	Centro de Referência de Especialidades de Saúde do Trabalhador
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAD	Educação à Distância
ECH	Expressões - chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAMENA	Faculdade de Medicina de Marília
FDC	Fundação Dom Cabral
GM/MS	Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
HRBA	Hospital Regional do Baixo Amazonas
IAD	Instrumento de análise de discurso
IC	Ideia central
IEP	Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa
IEP/HSL	Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
NDAE	Núcleo Docente-Assistencial Estruturante
P. A	Projeto Aplicativo
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PP	Projeto Pedagógico
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TBL	<i>Team Based Learning</i>
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UEASBA	Unidade de Ensino e Assistência a Saúde do Baixo Amazonas
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 FORMAÇÃO EM SAÚDE E AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS.....	24
2.1 FORMAÇÃO PARA A DOCÊNCIA EM SAÚDE E SUAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	24
2.2 O CURSO DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS EM SANTARÉM – PA: caso em estudo.....	37
3 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM	48
3.1 CONTRIBUIÇÕES AO CONCEITO DE METODOLOGIAS ATIVAS	48
3.2 METODOLOGIAS ATIVAS NA SAÚDE.....	51
3.3 ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIAS ATIVAS COMUMENTE UTILIZADAS NOS CURSOS EM SAÚDE.....	54
3.3.1 Metodologia da Problematização.....	55
3.3.2 Aprendizagem baseada em problemas (<i>Problem Based Learning</i> - PBL).....	59
3.4 ESTADO DA ARTE EM METODOLOGIAS ATIVAS.....	66
4 PRECEPTORIA EM SAÚDE: conceitos e atribuições do preceptor	76
5 CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	90
5.1 DESENHO DE PESQUISA.	90
5.2 <i>LOCUS</i> DA PESQUISA.....	91
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	93
5.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	93
5.5 COLETA DE DADOS.	95
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.	96
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO.	102
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CURSO SEGUNDO A FOLHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.	104
7 PERCEPÇÕES SOBRE QUEM É O PRECEPTOR E SUAS ATRIBUIÇÕES.	111
7.1 QUEM É O PRECEPTOR?.....	111

7.2 QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR?.....	120
8 PERCEPÇÕES SOBRE O CURSO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS E SOBRE AS METODOLOGIAS ATIVAS.	133
8.1 PERCEPÇÕES QUANTO À PARTICIPAÇÃO NO CURSO.....	133
8.2 CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS A PARTIR DO CURSO.	139
8.3 O QUE SÃO METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM.	146
9 PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS A PARTIR DA REALIZAÇÃO DO CURSO.	154
9.1 REUNINDO OS ELEMENTOS DO CASO: AS PRÁTICAS DE ENSINAR, FORMAR E ATUAR NA PRECEPTORIA EM SAÚDE, A PARTIR DO CURSO.....	161
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
10.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	165
10.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO E APLICABILIDADES	166
10.3 POSSIBILIDADES DE PESQUISAS FUTURAS	167
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	178
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.	179
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.	180

PARTE I
REFERENCIAL TEÓRICO
E
CAMINHO METODOLÓGICO

1 INTRODUÇÃO

A cada novo desafio imposto pela necessidade de respostas às demandas sociais, surgem estratégias de enfrentamento que por vezes são transformadas em políticas públicas com o objetivo de ampliar o alcance e homogeneizar a abrangência das ações dos serviços de saúde no Brasil. Neste sentido, a Saúde e a Educação, dois temas distintos, pilares para o crescimento pessoal e profissional, tornam-se interdependentes e de extrema relevância para o desenvolvimento social.

A necessidade de apoio e organização dos processos educativos aos profissionais de saúde é uma preocupação em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e tema constante nas plenárias nos órgãos de controle social. Nesse sentido, a Constituição Federal aponta, em seu artigo 200, inciso III, que compete ao SUS, além de outras atribuições, “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”. A Lei Federal n. 8.080/1990 define, em seu artigo 27, que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

A tentativa de enfrentamento das dificuldades na qualificação profissional impulsiona o estabelecimento de parcerias entre gestores nas três esferas governamentais. Qualificar buscando uma atuação crítica e transformadora baseada em problemas do cotidiano faz parte das DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) (BRASIL, 2001), que norteiam a formação do profissional da área da saúde, as quais estabelecem sobre o desenvolvimento curricular baseado nas necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre o serviço, o ensino e a comunidade, preferencialmente, nos serviços do SUS. Elas indicam, também, o estabelecimento de novas estratégias de ensino-aprendizagem, que têm sido utilizadas em instituições formadoras de profissionais de saúde no Brasil, em cursos de graduação e pós-graduação.

Dessa maneira, a política de Educação do SUS tem buscado favorecer a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências, aprendendo a partir de problemas, valorizando o conhecimento profissional, incentivando atitude crítica, reflexiva e transformadora (ANTUNES CORTEZ, 2013). Esta nova ênfase que vem sendo dada ao

ensino, encontra parte de suas bases em um momento histórico já bem distante, com Dewey (1859-1952), filósofo, psicólogo e pedagogo norte-americano, que teve grande influência sobre a pedagogia contemporânea. Para Pagni (2011, p. 43), a principal contribuição de Dewey para a educação “teria sido a do estabelecimento de um método pedagógico centrado no aluno e na prática, por meio do aprender a aprender e a pensar”.

São crescentes os estudos como Freire (2011), Berbel (2012) e Oliveira (2010), que relacionam os benefícios de processos educacionais voltados à promoção da autonomia, o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo para as ações de saúde, buscando alterar os processos tradicionais de aquisição de saberes a partir da transferência de informações e de habilidades, por um processo de construção e significação de saberes a partir do confronto com situações reais ou simuladas.

Transformar práticas arraigadas, implantando novas metodologias, trabalhar de forma articulada, integrada, com olhar crítico e reflexivo das problemáticas que envolvem o ser humano, respeitando sua singularidade diante da coletividade, é um desafio para o profissional.

A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, de interdependência e de interdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE et al., 2008).

Verifica-se que os processos educacionais de qualificação na área de saúde, na sua maioria, ainda estão voltados para o repasse dos protocolos de ações e serviços dos programas do Ministério da Saúde, cabendo aos gestores e aos técnicos desenvolverem estratégias para adequá-los a realidade local.

Porém, ações na área da Educação e Saúde, como parcerias entre instituições formadoras e órgãos governamentais, estão sendo desencadeadas no sentido de estimular o desenvolvimento de processos educativos que incitem a autonomia na busca pelo conhecimento, de forma a melhorar a relação entre o sistema de saúde e a comunidade assistida.

Assim como a saúde, as políticas educacionais também têm passado por mudanças significativas. As tradicionais metodologias centradas na transmissão de informação não respondem as solicitações socioculturais dos tempos atuais, nem se ajustam aos princípios de construção de conhecimento que caracterizam as reformas educacionais (LA TORRE; BARRIOS, 2002).

Albuquerque et al. (2008) apontam perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde que abrangem a reflexão e transformação das relações entre o ensino e os serviços de saúde. Portanto, considerando que o debate sobre a relação ensino-aprendizagem e serviço, assim como sua efetivação no cotidiano das instituições formadoras de profissionais de saúde e de assistência à saúde, não dependem tão somente de questões políticas, mas, perpassam também pelo interesse e pelas práticas dos atores envolvidos no processo de formação do profissional de saúde, surge a figura do preceptor, que, como outros “profissionais professores, conforme termo cunhado por Paquay et al. (2001) atuam no preceptorado na formação de profissionais de saúde, promovendo a integração do ensino-serviço ao processo de mudança na formação superior destes profissionais.

É com base nesta relação contínua que ocorre entre o ensino e o serviço no âmbito da formação do profissional de saúde, que o presente estudo busca saber qual a visão que o preceptor de saúde tem de suas práticas de ensinar, formar e atuar, após concluir o Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, no ano de 2014, em Santarém-PA.

O referido curso fez parte do Projeto Gestão da Clínica no SUS, realizado pelo Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa, em parceria com o Ministério da Saúde, realizado em Santarém/PA, no período de 2013 e 2014, ofertando vagas para profissionais de saúde que atuavam no sistema Único de Saúde nos 20 municípios da Região Oeste do Pará.

A elaboração deste estudo está vinculada a uma experiência de formação da pesquisadora proponente, enquanto profissional da saúde, iniciada no ano de 2013, ao ser indicada, juntamente com outros 09 (nove) profissionais atuantes no SUS em Santarém para participar do Curso de Especialização em Processos Educacionais na Saúde I, realizado pelo IEP/HSL, com ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino aprendizagem.

O curso tinha como objetivo capacitar profissionais em facilitação de processos educacionais com potencial para atuação como facilitadores de aprendizagem em cursos que utilizavam metodologias ativas de ensino aprendizagem, visando a “potencialização de

estratégias de capacitação permanente de profissionais de saúde e de melhoria da qualidade e segurança da atenção à saúde nas regiões de saúde” (LIMA et al., 2013, p. 16) . O primeiro momento do curso foi a vivência, enquanto “aluno”, das estratégias de metodologias ativas e posterior seleção de 06 (seis) profissionais dentre os 10 (dez) que haviam sido indicados para participar desta primeira etapa de capacitação.

Estes 06 (seis) selecionados, no segundo momento do curso (Processos Educacionais na Saúde II) atuaram enquanto facilitadores em três cursos de Especialização, também ofertados pelo IEP/HSL nas áreas de Gestão das Clínicas do SUS, Regulação do SUS e Preceptoria na saúde, direcionado a profissionais de saúde que atuavam no SUS e residissem em um dos 21 (vinte e um) municípios da região Oeste do Pará.

Ao ingressar no mestrado em Educação, surgiu à possibilidade de buscar novos conhecimentos sobre este tema, e a partir das disciplinas, seminários e orientações e levando ainda em consideração a vivência anterior com a formação em metodologias ativas, delineou-se como objetivo geral desta dissertação: averiguar as percepções de preceptores de saúde sobre as práticas pedagógicas no ensinar, formar e atuar, a partir da vivência do Curso Educação em Saúde para preceptores do SUS, com base em Metodologias Ativas.

Tendo como ponto de partida o objetivo geral, os objetivos específicos foram delimitados: identificar as percepções dos participantes sobre o conceito de preceptor e as atribuições dos preceptores em saúde; descrever as percepções dos preceptores do estudo sobre a participação no curso e os conhecimentos adquiridos; averiguar os conceitos de metodologias ativas de ensino aprendizagem verbalizados pelos participantes; evidenciar as percepções dos participantes sobre as práticas pedagógicas em ensinar, formar e atuar, a partir da realização do curso.

Algumas definições são necessárias para a compreensão do delineamento deste estudo: ensinar, formar e atuar, são termos que têm múltiplos significados em diferentes contextos. Portanto, para evitar imprecisões conceituais, nesse estudo, a prática de formar é compreendida dentro de um espectro mais amplo, que envolve o aprendizado tanto no campo teórico quanto profissional do aluno, e que abarca inclusive as normas, regras, procedimentos e formas de agir dentro da instituição formadora. As práticas de ensinar estão focadas na aprendizagem em si e no que é necessário para facilitar esse processo ao educando. Por fim, as práticas do atuar relacionam-se ao equilíbrio entre a assistência e o ensino.

Em termos de organização, o estudo está dividido em 8 (oito) seções, agrupadas em duas partes, sendo a primeira o referencial teórico e caminho metodológico e a segunda parte os resultados e discussões do estudo. Optou-se por esta organização em virtude da grande quantidade de dados oriundos da parte empírica da pesquisa. A seguir, são apresentadas brevemente, as seções do estudo.

A Seção I trata da formação em saúde e as práticas pedagógicas, pautado em Nóvoa (1999), Perrenoud (2001), Paquay et al. (2001), Veiga e Ávilla (2008) e outros, abordam questões sobre a formação para docência em saúde e as práticas pedagógicas desenvolvidas na saúde. Nessa seção apresenta-se o Curso de formação em Educação na Saúde para preceptores do SUS, que é o local de ambientação dessa pesquisa.

O curso em questão privilegiou o uso das Metodologias Ativas como base para sua realização. Neste contexto, a seção II versa sobre as metodologias ativas de ensino aprendizagem, na qual é apresentado um breve histórico sobre o tema, adentrando nas origens no campo educacional, assim como sua aplicação e relevância nos atuais processos de formação de profissionais de saúde. Autores como Costa (2001), Berbel (1998, 2012), Bastos (2006), Gaeta e Masetto (2010), Ferrari (2011), Pagni (2011) e Gonzatto (2011) são utilizados para referenciar essa base teórica do trabalho.

O curso embasado nas metodologias ativas existiu para a formação de um profissional que tem assumido grande relevância na formação de profissionais de saúde: o preceptor. Para fins de definição, neste estudo, o preceptor é caracterizado como o profissional responsável pelo ensino, inserção e socialização de um grupo de alunos ou residentes, nos ambientes nos quais estes realizam suas atividades profissionais, sendo dada ênfase à prática e à habilidade clínica. Nesse contexto, a seção III, intitulada de Conceitos e Atribuições do Preceptor, busca na literatura científica, tanto teórica quanto de estudos de campo, em documentos oficiais e nas competências e atribuições descritas no Curso Educação em Saúde para preceptores do SUS, quais os conceitos do termo preceptor e quais as atividades pertinentes a este. Autores como Cunha (2004), Botti e Rego (2008), Missaka e Brant (2010), Jesus e Ribeiro (2012), Rodrigues (2012), Tempski (2012) e Autonomo et al (2015) foram utilizados para esta discussão teórica.

A Seção IV versa sobre o caminho metodológico que foi percorrido para a consecução do estudo. Esta pesquisa é caracterizada como um estudo de caso com base em autores como Gaskell (2002) e Bauer (2012), pois aborda uma realidade específica, as percepções dos

preceptores que participaram do curso de Formação em Saúde para preceptores do SUS em Santarém, Pará. Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais semiestruturadas e analisados utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As seções V, VI, VII e VIII apresentam a sistematização das ideias centrais provenientes dos discursos dos sujeitos do estudo, os discursos propriamente ditos e a discussão dos resultados, considerado este, o momento crucial de observação, análise e reflexão dos discursos apoiados nos referências teóricos e estudos empíricos, pois somente assim, foi possível a compreensão das percepções dos preceptores, sujeitos deste estudo.

E por fim, apresentam-se as considerações finais, com o resgate dos objetivos do estudo, dialogando com os resultados encontrados, assim como as contribuições, as limitações e sugestões para possíveis desdobramentos sobre esta temática em próximos estudos.

Libâneo comenta que:

A tarefa crucial dos pesquisadores e dos educadores profissionais preocupados com o agir pedagógico está, portanto, em investigar constantemente o conteúdo do ato educativo, admitindo por princípio que ele é multifacetado, complexo, relacional. Sendo assim, educamos ao mesmo tempo para a subjetivação e a socialização, para a autonomia e para a integração social, para as necessidades sociais e necessidades individuais, para a reprodução e para a apropriação ativa de saberes, para o universal e para o particular, para a inserção nas normas sociais e culturais e para a crítica e produção de estratégias inovadoras (LIBÂNEO, 2005, p. 18).

Tendo em foco o pensamento de Libâneo (2005) este estudo tem relevância em dois âmbitos: no âmbito científico, os resultados contribuem para a discussão sobre as concepções metodológicas baseadas em metodologias ativas de ensino aprendizagem, assim como trazem à luz os pensamentos e as práticas pedagógicas de atores da saúde, que em seu fazer profissional estão envolvidos com a Educação. Tal atuação desses atores está refletida em suas práticas no ensinar, formar e atuar. Os resultados podem ser utilizados ainda, no sentido, de estimular o desenvolvimento de práticas educativas críticas, reflexivas e transformadoras que incitem atitude autônoma na busca pelo conhecimento, de estudantes e profissionais da saúde. No âmbito social, os resultados trazem informações que poderão ser utilizadas no sentido de desenvolver estratégias inovadoras na prática de preceptores de saúde responsáveis pela formação do profissional da saúde, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços, ações e assistência à saúde no âmbito do SUS.

2 FORMAÇÃO EM SAÚDE E AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

Esta seção busca fazer um breve apanhado de questões relacionadas à formação e as práticas pedagógicas do profissional de saúde, partindo de um breve relato sobre a formação do professor, com intuito de refletir sobre os processos ocorridos na sua trajetória e como esses processos influenciam na formação do preceptor, profissional responsável pela formação do profissional de saúde.

2.1 FORMAÇÃO PARA A DOCÊNCIA EM SAÚDE E SUAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

A partir do final dos anos 80, propostas de mudanças, não somente na educação médica, mas para um conjunto de profissões da área da saúde, começaram a multiplicar-se e ganharam forças, entre elas a proposta sobre a parceria entre universidade, serviços de saúde e comunidade, na perspectiva de movimentos pela construção de um novo sistema de saúde e pela democratização da participação popular com as mudanças na formação profissional (FEUERWERKER, 1998).

As Universidades impulsionadas por pressões impostas por diversos setores da sociedade, pela exigência do novo perfil profissional, pela necessidade da interdisciplinaridade na construção do conhecimento, assim como para atender as determinações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96) (BRASIL, 1996) passam por mudanças e buscam uma formação mais crítico reflexiva, sendo exigido também do formando uma postura crítico participativa e sua atuação como ator social (MEDEIROS et al., 2015).

Autores como Nóvoa (1999), Perrenoud (2001), Paquay et al. (2001), Veiga e Ávilla (2008) trazem grandes contribuições para a discussão das questões relacionadas as competências do docente e consequentemente acaloram as reflexões sobre o professor profissional, ou seja, sobre a profissionalidade e a profissionalização do professor.

A palavra profissão deriva do latim *professio* (declaração, profissão), para Torres, Mouta e Meneses (2002) é decorrente de uma construção social, e como tal, está marcada por mudanças sociais, que acarretam alterações na sua utilização. Veiga e Ávilla (2008) acrescentam que a profissão é um ato específico e complexo que representa um grupo

especializado e competente, logo o termo diferencia-se do aplicado pelo senso comum, como sinônimo de ofício ou ocupação, conforme observado no texto a seguir:

A profissão não deve ser considerada como um somatório de características distintivas, mas como um processo de emergência e diferenciação social de determinado grupo ocupacional, que faz variar o estatuto e o reconhecimento das profissões ao longo dos tempos (TORRES; MOUTA; MENESES, 2002, p. 2).

A profissão de professor surgiu nas congregações religiosas como uma ocupação secundária de religiosos ou leigos de várias origens. Os Jesuítas nos séc. XVII e XVIII foram paulatinamente constituindo um corpo de saberes e de técnicas, normas e valores específicos da profissão docente. O saber técnico estava direcionado mais em torno dos princípios e das estratégias de ensino. O conjunto de valores e normas estava fortemente influenciado pelas crenças, atitudes morais e éticas dos sistemas normativos religiosos. Porém, com a “Estatização” do ensino, o Estado estabelece um controle rigoroso sobre os processos de ensino, contudo, as estratégias adotadas prolongaram as formas e modelos escolares da igreja, a mudança apresentada, estava no fato dos processos terem sido dinamizados por professores recrutados pelo estado. Portanto, não houve mudanças significativas na profissão docente com a estatização do ensino, o professor continuou assemelhando-se ao modelo do professor religioso (NÓVOA, 1999).

No Brasil, a história da formação de professores, segundo Saviani (2009) surgiu mais intensamente após a independência, com a cogitação da organização da instrução popular. O autor em questão analisou o processo de mudança na formação do docente no Brasil, relacionando as questões pedagógicas em contraponto com as transformações sociais brasileiras de 1827 a 2006 e concluiu enfatizando a precariedade das políticas formativas, cujas sucessivas mudanças não conseguiram estabelecer um padrão minimamente consistente de preparação docente para fazer face aos problemas enfrentados pela educação escolar no país (SAVIANI, 2009).

Este processo de formação de professores, também influencia na formação de profissionais de saúde, pois, é cada vez mais frequente no Brasil, em função das mudanças sociais e da necessidade de atender as determinações de políticas públicas de saúde, profissionais que atuam na assistência, assumirem as responsabilidades inerentes as atribuições do professor na formação do profissional de saúde. Neste sentido, verifica-se a inversão do que dizem Paquay et al.(2001) sobre “o professor torna-se um profissional”, para “profissionais se tornarem professores”, no qual profissionais da saúde, atuam como preceptores na formação (multiprofissional) de profissionais de saúde, promovendo a

integração do ensino-serviço ao processo de mudança na formação superior do profissional.

Há um movimento no sentido de conscientizar o professor universitário de que seu papel como docente do ensino superior é uma profissão e, portanto, exige capacitação específica, não se restringindo a um diploma de bacharel ou mesmo a um título de mestre ou doutor, ou, ainda, a seu bom desempenho no exercício de determinada profissão (ROCHA; RIBEIRO, 2012, p.344).

Rocha (2012, p.16) ao discutir a questão, afirma que os professores de ensino superior são contratados levando-se em conta sua competência técnica na sua área de atuação e, “[...] apesar de exercerem a prática docente, a maioria dos preceptores não possui capacitação específica para o ensino, baseando suas ações em experiências anteriores adquiridas durante sua própria formação”. Aponta também que a maioria dos preceptores não percebe a necessidade desta formação pedagógica, pois acreditam que o saber científico e a excelência da prática médica são suficientes para que exerçam o ensino, sem que haja necessidade de investir numa prática orientada pelo conhecimento pedagógico.

A nossa percepção do que é ser professor ainda está vinculada à repetição de padrões herdados de nossos mestres. É fundamental que todo profissional que tenha sob sua responsabilidade a formação de alunos obtenha os conhecimentos necessários, aprimorando-se na arte de ensinar. “[...] a forma amadorística da docência, que infelizmente ainda é frequente em nosso meio, deve ceder à preocupação com a capacitação na área pedagógica [...]” (ROCHA, 2012, p. 14).

Veiga (2008) considera que ao valorizar a prática na formação profissional, não se assume a dicotomia existente na relação entre o teórico-prático, pois a prática (a ação) profissional necessita da fundamentação teórica, sendo esta (teoria) formulada com base na realidade, neste sentido “[...] a prática é o ponto de partida e de chegada do processo de formação” (VEIGA, 2008, p. 16).

Autores como Saviani (2005), Freire (1992) e Libâneo (2005) contribuem com este estudo ao discutir os fundamentos teóricos relacionados às práticas pedagógicas, uma vez que, estas influenciam na prática de formação de profissionais de saúde.

Para Saviani (2005) a pedagogia é uma teoria da prática educativa, que busca equacionar o problema de relação educando-educador, orientando o processo ensino-aprendizagem. Nesta perspectiva, as diferentes concepções de educação, que subsidiam as práticas pedagógicas podem ser separadas em duas tendências, que são: as concepções que valorizam a teoria sobre a prática, frequente nas diversas modalidades da pedagogia tradicional, centrada em métodos de ensino, que dominou o cenário da educação até o final do

séc. XIX. As concepções tradicionais primam pela formação intelectual, a escola é centrada na figura do professor que tem como principal tarefa a transmissão dos conhecimentos acumulados pela humanidade, a prática é determinada pela teoria, que estabelece também os conteúdos e forma de transmissão, aos alunos cabe a assimilação daquilo que lhe é transmitido.

A outra tendência, contrária a primeira, prioriza a prática sobre a teoria, presente nas modalidades da pedagogia nova, centrada no processo de aprendizagem, o que levou a generalização do lema “aprender a aprender”. Para estas correntes renovadoras desde Rousseau (1712-1778) passando pelo Movimento da Escola Nova e pelo construtivismo, a escola é um espaço aberto à iniciativa do aluno, que constrói seu conhecimento através da interação entre si e com o professor, a educação esta centrada no aluno, ao professor cabe à função de acompanhar e auxiliar o aluno em seu processo de aprendizagem. Nesta concepção o agir pedagógico desloca-se “da compreensão intelectual para a atividade prática, do aspecto lógico para o psicológico, dos conteúdos cognitivos para os processos de aprendizagem, do professor para o aluno, do esforço para o interesse [...]” (SAVIANI, 2005, p. 2). Porém, apesar desta nova tendência presente no séc. XX (do olhar voltado a aprendizagem) vê-se que a concepção tradicional das práticas pedagógicas voltadas para o ensino, ainda influenciam as atividades educativas nas escolas.

É com base nesta educação, que busca a quebra da hegemonia das práticas pedagógicas tradicionais centradas na transmissão de conhecimentos, que este estudo apoia-se na concepção de Paulo Freire de que a prática pedagógica é “afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje” (FREIRE, 2011, p. 140). Em seu livro “Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido” (FREIRE, 1992) o autor afirma que toda prática educativa é uma relação existente entre sujeitos, daquele que ao ensinar aprende com aquele que na situação de aprendiz ensina; do conteúdo que é o objeto a ser ensinado e aprendido; e dos métodos usados pelo educador para aproximar-se do educando.

Para Freire (1992, p. 56) “as práticas educativas são processos, técnicas, fins, expectativas, desejos, frustrações, a tensão permanente entre prática e teoria, entre liberdade e autoridade”. Portanto, cabe ao educador crítico, exigente, coerente, no exercício de sua reflexão ou no próprio exercício de sua prática educativa, entendê-la em sua totalidade.

Libâneo (2005) acredita que todos que se ocupam com as questões relacionadas à

educação escolar e a aprendizagem do aluno, devem fazer sua opção pedagógica, assumindo seu posicionamento frente a seus objetivos e ao modo de desenvolvimento e aprendizagem dos sujeitos inseridos em contextos socioculturais e institucionais concretos, pois não há como um educador fugir das questões pedagógicas, visto que ao educar pessoas, ele está efetivando sua prática pedagógica na construção de sujeitos e identidades. De acordo com o autor, as práticas pedagógicas implicam em decisões e ações que envolvem o destino de pessoas, não esquecendo que a pedagogia lida com valores, objetivos políticos, morais e ideológicos. A prática educativa é também uma atividade complexa, determinada por múltiplas relações (de subjetivação e da socialização, da individualização e da diferenciação), necessitando em seu apoio de outros campos de saberes. Sendo que:

A tarefa crucial dos pesquisadores e dos educadores, profissionais preocupados com o agir pedagógico está, portanto, em investigar constantemente o conteúdo do ato educativo, admitindo por princípio que ele é multifacetado, complexo, relacional. Sendo assim, educamos ao mesmo tempo para a subjetivação e a socialização, para a autonomia e para a integração social, para as necessidades sociais e necessidades individuais, para a reprodução e para a apropriação ativa de saberes, para o universal e para o particular, para a inserção nas normas sociais e culturais e para a crítica e produção de estratégias inovadoras (LIBÂNEO, 2005, p. 18).

Estes modelos de práticas educativas emergentes “baseiam-se na prática pedagógica crítica, reflexiva e transformadora, capaz de estabelecer o equilíbrio e a interconexão entre os pressupostos teóricos e práticos” (SOARES; RIBEIRO, 2008, p. 92).

Este equilíbrio entre teoria e prática, ou seja, entre o conhecimento e a experiência, são fundamentais para o desenvolvimento das ações de formação profissional. Zabala (1998) considera que todo profissional tem como objetivo ser competente em seu trabalho, e que esta competência é adquirida mediante o conhecimento das variáveis que interferem em sua prática e a experiência para controlá-las. O mesmo defende a atuação profissional baseada no pensamento prático, mas com capacidade reflexiva.

Feuerwerker (1998) afirma que historicamente a prática profissional em saúde tem sido transmitida através de treinamento em serviço e que esta prática produz a experiência que pode completar a formação (científica) do médico, “é pela experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes” (e não mais apenas das doenças) (FEUERWERKER, 1998, p.59).

Neste sentido, ao adentrar nas questões referentes à área da saúde, vê-se a utilização de práticas pedagógicas em dois grandes momentos: primeiro relacionado à formação de profissionais, e em um segundo momento, na ação educativa de atenção a saúde voltada a manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva. (DE FIGUEIREDO PEREIRA,

2003). Porém, o presente estudo não se aprofundará nestas questões relacionadas a educação em saúde, pois encontra-se relacionado à prática de formação de profissionais.

De Figueiredo Pereira (2003) identifica pontos de interseção entre a educação e a saúde, fazendo uma correlação entre essas concepções pedagógicas e sua influência na condução da prática educacional de formação de profissionais de saúde.

Aponta que as concepções de prática educativa são norteadas pelas tendências pedagógicas dominantes no sistema de ensino brasileiro, citando entre elas a pedagogia tradicional, a renovada, a tecnicista e as críticas. Na pedagogia tradicional, como visto anteriormente, as ações de ensino estão centradas na exposição do conhecimento pelo professor, ele é o responsável pela condução do processo ensino aprendizagem, é a autoridade em sala de aula, e exige uma atitude receptiva do aluno. Os conteúdos e procedimentos didáticos distanciam-se da realidade do aluno e do contexto que o cerca. Behrens (1999) in De Figueiredo Pereira (2003) assegura que este tipo de prática pedagógica ainda é frequente nas universidades brasileiras.

A pedagogia renovada que a autora se refere, corresponde a várias correntes ligadas a pedagogia não diretiva, representada por Carl Rogers e pelo Movimento da Escola Nova, cujo princípio fundamental está na valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social, e no processo de ensino aprendizagem. Nesta concepção, o professor organiza e coordena as situações de aprendizagem, porém, suas ações devem ser adaptadas às características individuais dos alunos para desenvolver em cada um, capacidades e habilidades intelectuais. No Brasil, essa tendência teve grande penetração, principalmente na década de 30, mas, “até hoje esta corrente influencia algumas práticas de ensino, com maior destaque na educação infantil, especialmente no campo da orientação educacional e da psicologia escolar” (DE FIGUEIREDO PEREIRA, 2003, p.1530).

De Figueiredo Pereira (2003) afirma ainda, que a concepção tecnicista tem influenciado a formação de profissionais. Nela é privilegiado o conhecimento observável e mensurável, a prática pedagógica é controlada e dirigida pelo professor, que utiliza de mecanismos de estímulos e recompensas para obtenção de respostas desejáveis e consideradas adequadas pelo professor. O processo de aprendizagem está voltado para a aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, buscando formar profissionais competentes tecnicamente. Os conteúdos são centrados em informações, princípios científicos, leis e etc.,

utilizando como métodos de ensino, procedimentos e técnicas que assegurem a transmissão do conhecimento e a recepção por parte do aluno.

No que se refere à pedagogia crítica, De Figueiredo Pereira (2003 p. 1531) faz a opção em abordar a pedagogia libertadora ou da problematização, justificando que “esta possibilita uma prática educativa em saúde, mais participativa, direcionada tanto a população, na educação em saúde, quanto a profissionais, na educação continuada”. Nesta concepção pedagógica, a realidade social é mediadora do processo de ensino aprendizagem, é com base nela (a realidade) que são extraídos os conteúdos a serem apreendidos e a partir deles criadas as possibilidades de transformação social. O método de ensino é através de um grupo de discussão e a aprendizagem se dá através da ação motivada pela situação problemática extraída da realidade, a aprendizagem é um ato de conhecimento da situação real vivenciada pelo educando mediante a aproximação crítica dessa realidade. A repercussão destas concepções pedagógicas, seja no nível pessoal e no nível coletivo, foi apresentada por De Figueiredo Pereira (2003) tendo como base uma sistematização realizada por Bordenave (1999).

Observa-se que estas concepções estão presentes na prática pedagógica adotada por instituições de ensino na formação em saúde de acordo com De Figueiredo Pereira (2003), Rocha (2005) e Soares e Ribeiro (2008). No intuito de facilitar a visualização e a comparação, as contribuições serão apresentadas conforme o quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Repercussões individuais e sociais das concepções pedagógicas de acordo com Bordenave (1999).

(continua)

Concepção pedagógica	Repercussão	
	Individual	Social
Tradicional	Hábito de tomar notas e memorizar Passividade do aluno e falta de atitude crítica Profundo “respeito” quanto fontes de informação, sejam elas professores ou textos Distância entre teoria e prática Tendência ao racionalismo radical Preferência pela especulação teórica Falta de “problematização” da realidade	Adoção inadequada de informações científica e tecnológica de países desenvolvidos Adoção indiscriminada de modelos de pensamento elaborado em outras regiões (inadaptação cultural) Individualismo e falta de participação e cooperação Falta de conhecimento da própria realidade e, imitação de padrões intelectuais, artístico e institucional estrangeiro Submissão à dominação e ao colonialismo manutenção da divisão de classes sociais (status quo)

Quadro 1 - Repercussões individuais e sociais das concepções pedagógicas de acordo com Bordenave (1999).

(conclusão)

Concepção pedagógica	Repercussão	
	Individual	Social
Tecnicista	<p>Aluno ativo, emitindo respostas</p> <p>Alta eficiência da aprendizagem de dados e processos</p> <p>o aluno não questiona os objetivos nem o método, tampouco participa em sua seleção</p> <p>O tipo e a oportunidade dos reforços são determinados pelo programador do sistema</p> <p>Tendência ao individualismo salvo quando o programa estabelece oportunidades de co-participação</p> <p>Tendência à competitividade: o aluno mais rápido ganha em status e em acesso a materiais ulteriores</p> <p>Tendência a renunciar à originalidade e à criatividade individuais: as respostas corretas são preestabelecidas</p>	<p>Tendência à robotização da população com maior ênfase na produtividade e eficiência do que na criatividade e na originalidade</p> <p>Costumes de dependência de uma fonte externa para o estabelecimento de objetivos, métodos e reforços: necessidade de um líder</p> <p>Falta de desenvolvimento de consciência crítica e cooperação</p> <p>Suscetibilidade dos programas à manipulação ideológica e tecnológica</p> <p>Ausência de dialética “professor-conteúdo”, salvo em sessões eventuais de reajustes</p> <p>Dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos</p> <p>Tendência ao conformismo</p>
Crítica	<p>Aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões</p> <p>Aluno motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço</p> <p>Aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade</p> <p>Desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, compreensão, extrapolação</p> <p>Superação de conflitos como integrante natural da aprendizagem grupal</p> <p>Status do professor não difere do status do aluno</p>	<p>População conhecedora de sua própria realidade e reação à valorização excessiva do forâneo (externo)</p> <p>Métodos e instituições originais, adequados à própria realidade</p> <p>Elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, graças a maior estimulação e desafio</p> <p>Criação (ou adaptação) de tecnologia viável e culturalmente compatível</p> <p>Resistência à dominação por classes e países</p>

Fonte: Elaboração própria, baseado em Bordenave (1999 in De Figueiredo Pereira, 2003).

De Figueiredo Pereira (2003) ao concluir o estudo expressa sua opinião a respeito da concepção pedagógica que mais se adequa as necessidades educativas para a formação de profissionais na área da saúde. Segundo ela embora haja críticas a cada uma delas, é indiscutível que a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é mais adequada à prática educativa em saúde.

Além de promover a valorização do saber do educando e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo (DE FIGUEIREDO PEREIRA, 2003, p. 1533).

Porém, Alves e Aerts (2011) observaram que, ainda hoje, as práticas educativas nos

serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.

De Almeida Souza et al. (1991) destacam que nos serviços de saúde os processos educativos visam o desenvolvimento de trabalhadores utilizando de atividades genericamente denominada de capacitações, treinamentos ou cursos, envolvendo diversos níveis, desde a capacitação emergencial à processos mais estruturados e contínuos. Para eles os processos educativos nos serviços de saúde são organizados no sentido de aprimorar o trabalho através da preparação de seus agentes no sentido de atender as necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde.

De Almeida Souza et al. (1991) destacam que em decorrência desta concepção dos processos educativos surgem problemas que influenciam nos processos de produção de serviço na área da saúde, entre eles: formulação de programas educativos desvinculados da prática concreta; fragilidades de elementos de infraestrutura de serviços; e a utilização de metodologias educativas tradicionais.

Os planejadores do processo educativo orientam suas ações como instrumentos técnicos de intervenção na realidade, sem buscar o conhecimento e compreensão das necessidades a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análise de soluções alternativas [...] Além disso, é importante considerar que os processos educativos nem sempre são considerados na ótica do planejamento; surgem como ações quase espontâneas e se traduzem em eventos pontuais [...] Esta prática de capacitação desvinculada de problemas concretos, tão extensivamente utilizada na América Latina, tem onerado o sistema sem resolver os problemas (DE ALMEIDA SOUZA et al., 1991, p. 254).

O ensino universitário apesar de cientes da dicotomia existente entre a teoria e a prática, “tem restringido suas ações a reformas curriculares e a algumas práticas de extensão, que em geral mantêm os conteúdos atomizados, a teoria distante da prática” (DE ALMEIDA SOUZA et al., 1991, p.255). Os autores citam que não há na rede universitária nacional, quantidade suficiente de profissionais para atuarem nesta função nas unidades de saúde, para que possam assegurar uma ação de supervisão contínua e permanente, assim como também é inadequada a qualificação destes profissionais para atuarem na função docente da prática de instrutor/supervisor.

Acrescentam a este cenário a utilização de metodologias que priorizam a transmissão do conhecimento com base em aspectos técnicos da didática, o esquematismo de atitudes e a

reprodução de rotinas e tecnologias, que garante “os resultados previstos sem, contudo questionar os conteúdos e a sua crítica” (DE ALMEIDA SOUZA et al., 1991, p. 256).

As mudanças no processo de formação do profissional demandam reflexões sobre as práticas pedagógicas em saúde, Feuerwerker e Sena (2002), Da Cruz e Wiemes (2014) e Medeiros et al. (2015) abordam estas questões de maneira a contribuir e subsidiar a atividade acadêmica dos formadores de profissionais de saúde.

Feuerwerker e Sena (2002) analisam as estratégias de mudança e apresentam resultados parciais das experiências de mudança da formação de profissionais de saúde desencadeadas a partir dos projetos UNI (ou programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade)) na América Latina, que envolviam propostas inovadoras de formação, como: currículos integrados, organizados em módulos temáticos baseados em problemas relevantes da realidade; metodologias ativas de ensino-aprendizagem que tomam estudantes como sujeitos; prática nos cenários dos serviços e da comunidade desde o início da carreira; avaliação formativa e somativa ao longo de todo o processo, com objetivo de desencadear mudanças sincrônicas nas universidades, serviços de saúde e comunidades participantes, bem como nas relações entre eles.

Para analisar os projetos, foram definidas algumas categorias analíticas em relação às mudanças, adaptadas do estudo de Almeida (1999) como: a primeira categoria é o plano do reconhecimento da realidade onde se concentram as intervenções (plano da existência do outro, da descoberta da possibilidade de ação) e as mudanças advindas desse plano estão relacionadas a alterações isoladas de processos; a segunda é o plano dos atores sociais e das relações de força (processo da constituição de sujeitos pela construção de espaços coletivos de reflexão, democratização do conhecimento, percepção da possibilidade que os sujeitos têm da ação real), as mudanças estão voltadas ao processo de formação profissional, a prestação de serviços e da participação da população; no terceiro plano estão às mudanças na correlação de forças entre os diversos sujeitos e grupos dentro das instituições e entre elas (envolvem a essência do próprio processo de produção do conhecimento e da construção de novos paradigmas), neste plano as mudanças voltam-se as relações políticas entre os sujeitos sociais e os atores institucionais.

Os dados apresentados foram coletados com base em material documental do programa (FEUERWERKER (1998), FEUERWERKER; SENA (1999), SENA-CHOMPRÉ; EGRY (1998)) e nas visitas periódicas (semestrais ou anuais), comunicação à distância,

oficinas e reuniões, assistência técnica específica e análise do material produzido pelas universidades que aderiram à participação no programa UNI. Como resultado as autoras apontaram que alguns projetos, desenvolveram ações voltadas a proposições globais com vistas a mudanças nos três planos, em especial ao processo de formação profissional. Outros construíram suas estratégias ao longo de seu processo de implementação. Muitos não se deram conta do processo e não conseguiram intervir de maneira mais organizada ou planejada, em todas as esferas predominaram os processos do primeiro e segundo planos.

As autoras acima citadas apontaram que as mudanças ocorreram em respostas ao sinergismo de ações realizadas simultaneamente por diferentes atores com intencionalidades diversas. Dentre as mudanças apresentadas no estudo, destacam-se as denominadas como “mudanças radicais”, nas quais foram adotados currículos integrados, organizados em módulos interdisciplinares, utilizando predominantemente as metodologias ativas de ensino aprendizagem. Estas mudanças ocorreram principalmente no processo de formação dos cursos de Medicina e Enfermagem, em instituições de Londrina/PR, Marília/SP, Barranquilla/Colômbia, Colima/México e na carreira de Enfermagem em Salvador/BA, Mérida/Venezuela e Natal /RN. Outras mudanças sinalizadas foram referentes às relações entre os vários atores e na estrutura organizativa da universidade para dar suporte aos processos de transformação.

Ações na tentativa de superação da dicotomia teoria e prática, também tiveram destaque entre os projetos, foram criadas condições para ação-reflexão-ação, apoiados nas metodologias com base na concepção crítico-reflexiva, especialmente a problematização, desenvolvidas em cenário real aproximando os espaços de trabalho e aprendizagem, possibilitando o enfrentamento de problemas reais.

Outra importante contribuição em relação às práticas pedagógicas na saúde encontra-se no estudo de Da Cruz e Wiemes (2014) sobre uma proposta de aplicação de metodologias ativas de aprendizagem (mais especificamente, usando a Aprendizagem Baseada em Problemas (APB) ou como é mais comumente conhecido PBL (*Problem Based Learning*), como incentivo à melhoria de práticas pedagógicas, em uma Instituição de Ensino Superior, participando do estudo alunos e professores ¹.

¹ O autor não especifica no artigo a quantidade de atores envolvidos, assim como o nome da instituição de ensino superior onde foi realizado o estudo e nem o curso envolvido.

A pesquisa foi dividida em 04 (quatro) etapas (iniciada no segundo semestre de 2006), na primeira teve como objetivo preparar os alunos em relação aos conteúdos e embasá-los para as próximas etapas, para isso os conteúdos, referenciais e estudos de caso foram enviados antecipadamente aos alunos via sistema eletrônico e posteriormente explanados, debatidos e discutidos. A segunda etapa foi a pesquisa extra sala, visando o aprofundamento dos conhecimentos, por parte dos alunos, em relação aos conteúdos. Para esta pesquisa foram estabelecidos critérios de conteúdo, referência, metodologia, apresentação, avaliação e datas de entrega. Na terceira etapa foi realizada uma pesquisa extra sala em organizações (previamente selecionadas, mas o aluno tinha liberdade de optar por outras empresas fora da relação), a coleta de dados para esta pesquisa foi através de pesquisa de campo, com entrevistas e observação, para posteriormente apontarem os pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades. Esta etapa teve como objetivo incentivar os alunos a saírem da zona de conforto, praticar princípios básicos de administração e visualizar na prática as aplicações das metodologias apresentadas no conteúdo. A quarta etapa, considerada pelo autor como inovadora, que foi a aplicação de metodologias de ensino diferente das exposições de conteúdo comumente utilizadas, consistiu na aplicação do PBL, pois os alunos tiveram uma preparação anterior para identificar e propor soluções aos problemas das organizações participantes.

Os resultados (parciais) apresentados com base nas três primeiras etapas concluídas com a realização dos trabalhos e dos depoimentos dos alunos, os autores consideraram que as atividades que levam o aluno a sair da sala de aula e verificar na prática as metodologias e conteúdos estudados agregam valor ao aprendizado, e em relação à aplicação do PBL, os autores consideram que a realização da pesquisa oportunizou a ampliação dos conhecimentos referente a metodologias ativas de aprendizagem, e com base nos relatos e pela aplicação prática da metodologia, afirmam também que a resolução de problemas pode ser aplicada tanto nas Instituições de Ensino Superior quanto em outras empresas/organizações. Reconhecem que no início de sua aplicação foi nítida a preocupação por parte dos alunos em realizar o trabalho, porém, ao final, ficou evidente a satisfação em conseguir realizá-la.

Medeiros et al. (2015) considerando a necessidade de práticas pedagógicas que possibilitem o desenvolvimento de competências no processo de formação orientados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), buscaram investigar, através da fala de 30 (trinta) estudantes voluntários, matriculados no 9º período do curso de Odontologia da Universidade

Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a compreensão sobre as competências gerais estabelecidas pelas DCN presentes no processo de formação profissional. Os dados foram coletados através de entrevistas que foram gravadas, transcritas e lidas em sua totalidade formando um *corpus*. Segundo os autores para compreensão das implicações relacionadas a questões acadêmicas, as práticas pedagógicas e o desenvolvimento de competências gerais na formação em Odontologia, elaborou-se uma situação problema que se aproximava da realidade enfrentada por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual foi usada como tema gerador, lida antes da entrevista.

Utilizou para a interpretação dos resultados, a técnica de Análise de Conteúdo com auxílio do software ALCESTE. O programa dividiu o *corpus* em 131 (cento e trinta e um) Unidades de Contexto Elementares (UCE) que foram distribuídas e agrupadas em 05 (cinco) classes lexicais, que foram: espaços formativos, lacunas na formação profissional, determinantes sociais em saúde, dificuldades de comunicação e problemas de saúde que aparecem na ESF.

Os resultados indicam que mesmo com a inclusão de clínicas multidisciplinares e inclusão de vivências formativas voltadas à realidade dos serviços, existem dificuldades na articulação da academia com os serviços de saúde, escassez de componentes curriculares com as práticas pedagógicas e da integração dos conteúdos com a realidade social.

As respostas das entrevistas indicaram que: é necessária uma formação universitária que extrapole seus muros, rompendo preconceitos, respeitando às diferenças econômico-sociais e também os diferentes saberes existentes na sociedade; apostar na flexibilização curricular e na aproximação entre os diferentes cursos de graduação da saúde; faz-se necessário também mobilizar a construção de espaços formativos de pesquisa-ação interprofissional e interdisciplinar; discutir propositivamente a formação pedagógica para o trabalho docente na superação da dicotomia teoria-prática, para proporcionar aos estudantes desempenho acadêmico satisfatório em diferentes níveis de atenção à saúde. (MEDEIROS et al., 2015).

Deste modo, os autores consideram a necessidade de reavaliar o modelo de formação, com vistas a estimular a ampliação de conhecimentos e de espaços que promovam compromissos interinstitucionais para a inovação na resolução de problemas e a transformação social. Ressaltam que práticas inovadoras integradas ao contexto formativo desenvolvidas de forma pontual não beneficiam a totalidade dos alunos e apesar das ações

desenvolvidas pela UFRN no aperfeiçoamento do Plano Pedagógico- PP e das iniciativas que objetivam a aproximação da vivência educativa conectada a atuação profissional como Pró-Saúde, Pet-Saúde da Família, Pet-Vigilância, Pet-Urgência emergência, Pet-Saúde mental, entre outras, ainda verifica-se que os estudantes apresentam limitações na mobilização dos conhecimentos, na interpretação das informações e em atuar junto à equipe multiprofissional no enfrentamento dos problemas de saúde.

Iniciativas que integram a educação ao serviço e ações educativas que mobilizam conhecimentos dentro do contexto do trabalho desempenham um importante papel no cenário de formação profissional em saúde seja no âmbito da formação inicial ou na formação continuada. Antunes Cortez (2013) consideram que a educação de trabalhadores de saúde demanda métodos educativos que alcancem com eficácia os profissionais, estimulando a participação de todos e a capacitação profissional.

O Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.996/20 de agosto de 2007, que aprovou as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, recomenda que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, ressaltando que as transformações e avanços devem ser baseados na análise do processo de trabalho, nos seus problemas e desafios.

Outras iniciativas governamentais, como o Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, viabilizado em parceria com instituições de ensino vêm sendo desenvolvidas, e é sobre uma dessas parcerias que trata o tópico a seguir.

2.2 O CURSO DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS EM SANTARÉM – PA: caso em estudo

Para uma melhor compreensão do presente estudo, faz-se necessário um breve relato sobre o contexto em que ele foi originado. De forma breve, porém, cuidadosamente elaborada, será apresentado o Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores do SUS, suas origens e fundamentos.

A qualidade da formação de profissionais de saúde é uma preocupação anterior até mesmo a Lei 8.080/90 que define, em seu artigo 27, a formalização e a execução da política de recursos humanos na área da saúde, inclusive de pós-graduação e elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, assim como é contemporânea à necessidade de

reflexão sobre o papel do formador, mais especificamente para este estudo, o papel do preceptor, que é o profissional que está ao lado, auxiliando e orientando o aluno em sua aprendizagem integrativa do conhecimento científico/teórico com a edificação das habilidades práticas/ação.

O Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores do SUS faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Portaria GM/MS nº 3276/2007 e GM/MS nº 936/2011, que regulamenta o PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), realizado em parceria com o Ministério da Saúde e o Hospital Sírio Libanês/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Fundação Dom Cabral (FDC). O curso de Especialização faz parte do projeto “Gestão da Clínica no Sistema Único de Saúde” que é estruturado de acordo com as necessidades apontadas pelos gestores do SUS e da excelência do HSL nas áreas de Gestão, Saúde e Educação, com ações voltadas para a capacitação de profissionais do SUS, utilizando uma abordagem construtivista da educação de adultos, com vistas à melhoria da qualidade de atenção à saúde e fortalecendo o sistema de saúde nacional (TEMPSKI, 2012).

O objetivo do curso foi contribuir para a melhoria da atenção a saúde no SUS, através da capacitação de profissionais em educação na saúde, a partir de sua atuação como preceptor em cenários reais do trabalho, favorecendo a aprendizagem e a produção de novos conhecimentos (TEMPSKI et. al., 2013).

A Região Oeste do Pará foi contemplada em 2013 com três cursos de especialização, que são: (I) “Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde”, (II) “Regulação em Saúde no SUS” e (III) “Educação na Saúde para Preceptores do SUS”. Os cursos utilizaram uma abordagem construtivista da educação de adultos, incentivando o trabalho em equipe e o pensamento crítico e reflexivo, com ênfase na facilitação de metodologias ativas de ensino aprendizagem, com uma abordagem que valoriza o conhecimento prévio e a experiência do educando, promovendo a co-responsabilização e a pro-atividade na construção de novos saberes e da aprendizagem voltada a transformação das práticas profissionais e institucionais.

Foram ofertadas 48 (quarenta e oito) vagas para cada um dos cursos, distribuídas aos 20 (vinte) municípios da região, totalizando 144 (cento e quarenta e quatro) vagas. As inscrições foram realizadas através de indicação do gestor de saúde de cada município. Como

pré-requisito básico foi determinado aos gestores que somente indicassem profissionais com formação universitária completa e vínculo com o SUS.

O 9º Centro Regional de Saúde/SESPA ficou responsável pela divulgação dos cursos, mobilização dos Municípios de sua jurisdição e pela inscrição dos participantes. As indicações deveriam atender aos pré-requisitos gerais (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrição dos pré-requisitos gerais e perfil do profissional para indicação ao processo seletivo 2013 para os cursos de especialização do HSL/IEP.

Pré-requisito	Perfil profissional
Diretriz geral	Diversidade de núcleo profissional/área de formação Diversidade de cenários de atuação considerando a vinculação à região de saúde estabelecida e contemplando serviços da gestão municipal e estadual Compromisso com o fortalecimento do SUS em suas regiões Motivação para participar de processos e iniciativas de transformação da realidade
Capacidades desejáveis	De comunicação e de trabalho em equipe De negociação e construção de pactos nas Regiões de saúde De articulação e mobilização de coletivos, coordenação e gestão de recursos De liderança e protagonismo De resolubilidade, responsabilização e construção de vínculo com a população Afinidade com metodologias ativas Atuação em processos de formação no seu espaço de trabalho
Disponibilidade requerida	Para participação de todos os encontros presenciais e de no mínimo, quatro horas semanais, para estudos e pesquisas; Acesso a computadores e recursos de conectividade na Internet

Fonte: Ofício Nº 149/2013 – Direção/9ºCRS/SESPA, 2013.

Também foram estabelecidos pelo HSL/IEP pré-requisitos mínimos específicos de cada curso (Quadro 3).

Quadro 3 - Descrição dos pré-requisitos específicos de cada Curso de Especialização e perfil do profissional para indicação ao processo seletivo 2013 para os cursos de especialização do HSL/IEP.

Curso	Área de atuação e/ou experiência segundo Curso de Especialização (continuação)
Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde	Atenção direta em serviços de saúde Em serviços de apoio técnico à atenção Em gestão de serviços e sistemas de saúde Em atividades de formação de pessoas nos cenários do SUS
Regulação em Saúde no SUS	Vinculação direta as funções de regulação, controle e auditoria, e avaliação Atenção direta em serviços de saúde – atenção primária, equipes de apoio matricial, NASF, atenção especializada ou de referência, serviços de urgência/emergência, serviços hospitalares vinculados ao SUS Em serviços de apoio técnico à atenção vigilâncias Em gestão de serviços e sistemas de saúde planejamento, informação, gestão da assistência, outros)
Educação na Saúde para Preceptores do SUS	Profissionais dos serviços e/ou das instituições de ensino Com vinculação direta a formação e desenvolvimento de pessoas nos cenários do SUS; Envolvidos em processos educacionais na saúde na graduação, pós-graduação, cursos técnicos e de atualização Envolvidos na gestão dos processos educacionais e da articulação ensino serviço

Fonte: Ofício Nº 149/2013 – Direção/9ºCRS/SESPA, 2013.

De maneira geral, os cursos foram oferecidos na modalidade semipresencial, com carga horária total de 360 (trezentos e sessenta) horas, sendo: 288 (duzentos e oitenta e oito) horas presenciais e 72 (setenta e duas) horas de trabalho a distância. As atividades educacionais presenciais foram desenvolvidas semanalmente, sendo 3 (três) encontros uma vez por semana e 1 (um) encontro, por conta do encontro do grupo afinidade, era utilizado 2 (dois) dias na semana, por um período de 10 (dez) meses, no Campus da UEPA/STM. Foram estabelecidos os dias da semana para os encontros presenciais específicos para cada curso, sendo: segundas e terças feiras - Educação para preceptores, terças e quartas feiras - Gestão da clínica, e quartas e quintas feiras - Regulação em saúde. As atividades à distância representaram 20% da carga horária total do curso.

O Curso Educação na Saúde para Preceptores do SUS teve duração de 09 (nove) meses, com início em Agosto de 2013 e encerrando em Maio de 2014. O objetivo geral foi contribuir para a melhoria da atenção à saúde no SUS, através da capacitação de preceptores de saúde, partindo de cenários reais de trabalho, favorecendo a aprendizagem e a produção de novos conhecimentos (TEMPSKI et al., 2013).

O processo de ensino aprendizagem foi pautado nas teorias interacionistas da aprendizagem, na metodologia científica, na construção de projetos aplicativos voltados para a realidade local, na dialogia e nas comunidades de aprendizagem formadas pelos especialistas, facilitadores, gestores e coordenadores do curso e dos projetos do IEP/HSL.

As comunidades de aprendizagem apoiam-se na dialogia, na perspectiva da integração e troca de experiências para a construção do novo conhecimento. Para os encontros presenciais com os especializandos, foram formados dois grupos distintos de comunidades de aprendizagem, intitulados “equipe diversidade” e “grupos afinidade”.

A equipe diversidade reunia-se semanalmente, no auditório da UEPA, eram encontros com todos os 48 (quarenta e oito) especializandos, que foram divididos em subgrupos formados por 6 (seis) a 7 (sete) especializandos, que atuavam em locais diferentes, profissões diferentes, entre outras características, ou seja, procurou-se formar um grupo com a maior diversidade possível, a fim de proporcionar uma maior troca de experiências.

Os grupos afinidade, por sua vez, eram compostos por no máximo 12 (doze) especializandos que tivessem o maior número possível de vínculos a um contexto de interesse comum. Cada curso formou 4 (quatro) grupos afinidade, que reuniam-se uma vez a cada 3

(três) encontros do grupo diversidade. Cada grupo foi acompanhado por um facilitador durante todo o curso, cada facilitador responsabilizou-se por 2 (dois) grupos afinidade.

O projeto previa 2 (dois) facilitadores para cada curso, porém, em Santarém contou-se com mais 3 (três) profissionais voluntários que colaboraram nas atividades de facilitação e acompanharam os facilitadores no desenvolvimentos das atividades da equipe diversidade e dos grupos afinidade.

As propostas de atividades educacionais do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS foram elaboradas a partir de um perfil de competência (Quadro 4) com vistas a promover o desenvolvimento articulado de capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, com foco na identificação e na solução de problemas na atenção a saúde (TEMPSKI et al., 2013, p.5).

Quadro 4 - Perfil de competência do preceptor do SUS, MS E IEP/HSL, por ações-chave, do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, 2013.

Área de competência	Ações-chave
Gestão educacional	Identifica o contexto da preceptoria
	Desenvolve iniciativas de integração ensino-serviço e de processos educacionais no cenário do SUS
	Avalia iniciativas de integração ensino-serviço
Assistência e preceptoria	Identifica as necessidades de saúde individuais e da comunidade
	Elabora planos de cuidado individualizados e coletivos
	Acompanha e avalia os planos de cuidado
Ensino-aprendizagem e preceptoria	Identifica necessidades de aprendizagem
	Elabora e desenvolve o processo educacional
	Avalia o processo educacional
	Apoia a construção de novos conhecimentos em saúde

Fonte: Caderno do curso IEP/HSL-2013.

De acordo com o Caderno do Curso Educação na Saúde para Preceptores do SUS (TEMPSKI et al., 2013) as atividades educacionais desenvolvidas pelo curso foram: Situação-problema, Narrativa, Aprendizagem baseada em equipe - TBL (*team based learning*), Plenárias, Oficina de trabalho, Viagem, Portfólio de realizações, Trabalho de conclusão de curso (TCC), Educação permanente, Educação à distância (EAD), Aprendizagem autodirigida (AAD) e Projeto aplicativo (P.A), as quais encontram-se descritas a seguir:

A atividade do tipo Situação-problema (SP) (com carga horária de 24 horas) objetivou o processamento de situações baseadas no mundo do trabalho, elaboradas como disparadores do processo ensino aprendizagem. Sua dinâmica de funcionamento é processada em dois momentos, primeiramente na síntese provisória (onde é explorada com base no conhecimento prévio e nas questões de aprendizagem), e na segunda etapa, a nova síntese, o momento em que o especializando retorna para o grupo (próximo encontro) após a busca de novas

informações sobre a situação, para a construção de novos conhecimentos gerados a partir das questões de aprendizagem. As situações são elaboradas pelos autores do curso e trabalhadas em pequenos grupos.

Nesta atividade os especializandos, no decorrer do curso, foram estimulados a identificar os problemas, formular hipóteses que explicam a situação apresentada, relacionar com situações reais, elaborarem questões de aprendizagem (que são perguntas que auxiliarão na busca e explicação da situação), fundamentando-as através de informações científicas, elaborar um esquema de conhecimentos de forma clara e cientificamente respaldada e para encerrar a atividade foi feita uma auto avaliação, avaliação do grupo e do facilitador.

Outra atividade desenvolvida em pequenos grupos foi a Narrativa, nela os especializandos elaboram situações a partir de sua experiência, sendo uma forma direta e intensa de reflexão da realidade local de cada participante, assim como, abre espaço para o trabalho de capacidades como o olhar, o sentir, a percepção, o respeito pela fala do outros, entre outros.

A Aprendizagem Baseada em Equipe - TBL (*Team based learning*) foi uma estratégia utilizada para o desenvolvimento da aprendizagem colaborativa e domínio cognitivo, também utilizando a resolução de problemas. Seu desenvolvimento parte de uma situação problema que foi apresentada pela equipe técnica do IEP/HSL, para o aluno analisá-la individualmente e em seguida responder um teste que trazia possibilidades de tomada de decisão para o enfrentamento da situação. Em seguida, formaram-se grupos onde foram compartilhadas as decisões individuais e discutida novamente as alternativas na busca de consenso. Ao votarem e chegarem a um consenso, os resultados foram debatidos por um especialista convidado.

As atividades de TBL foram realizadas na sala de multimídia da UEPA, pois a participação do especialista era transmitida através de vídeo conferência da sede do IEP/HSL para as 20 (vinte) Regiões de Saúde de 15 (quinze) Estados Brasileiros (Pará, Rondônia, Tocantins, Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Bahia, Alagoas, Pernambuco, Ceará, Piauí, Maranhão) onde estavam ocorrendo os cursos. O diálogo entre os grupos e a equipe do IEP/HSL, também era realizada via *Skype* (que é um *software* que possibilita comunicação através de vídeo e voz via internet, com chamada gratuita entre usuários do mesmo *software*) como alternativa, quando ocorriam problemas na vídeo transmissão.

As Plenárias são atividade de compartilhamento das sínteses e produções com as demais comunidades de aprendizagem. Funciona como uma nova síntese ampliada, realizada nos encontros presenciais, onde as questões inicialmente tratadas em um encontro eram discutidas no encontro subsequente, sob a luz de novas informações.

O intervalo entre os encontros presenciais foram estabelecidos de forma que o aluno pudesse aprofundar e/ou sistematizar a síntese a ser apresentada, utilizando os recursos disponibilizados na plataforma de EAD do curso e onde lhe fosse conveniente buscar mais informações.

Outra atividade eram as oficinas de trabalho, atividade voltada para o desenvolvimento de capacidades de caráter instrumental e de conhecimentos operacionais, específicos de cada curso. Também era uma atividade presencial e podia ser aplicada a grandes e pequenos grupos.

As “Viagens”, atividades de cunho social e artístico direcionada ao contexto pedagógico do curso. A intencionalidade desta atividade era contribuir para a aprendizagem ampliada e diversificada, podendo ser trabalhada de maneira articulada com uma oficina de trabalho.

No curso foram apresentados como viagem, filmes de longa e curta metragem e após sua exibição eram realizados momentos de compartilhamento de sentimentos e reflexões em relação ao contexto apresentado, relacionando-o a realidade de cada um. Para a realização das atividades de Plenária, TBL, Oficinas e para as Viagens, foram estabelecidas uma carga horária de 80 (oitenta) horas.

O Portfólio de realizações era o conjunto de trabalhos realizados, sendo o registro da trajetória do aluno. Era também o momento (presencial e/ou a distância) de diálogo individual do facilitador com o aluno, com objetivo de orientação na construção do portfólio e do trabalho de conclusão do curso (TCC). O TCC era uma síntese reflexiva do portfólio do aluno, construída individualmente. Para estas atividades foram estabelecidas 12 (doze) horas para o portfólio e 80 (oitenta) horas para a elaboração do TCC.

A Educação Permanente era o espaço proposto pelos organizadores do curso, para que os facilitadores discutissem sobre os percursos singulares de cada grupo, preservando suas especificidades, mas buscando alternativas para garantir o alcance dos objetivos do curso, era o momento de reflexão, planejamento e avaliação da trajetória dos participantes, com vistas à melhoria da qualidade do curso.

Na EAD (com carga horária de 72 (setenta e duas) horas) as atividades foram desenvolvidas na plataforma do IEP/HSL, com acesso através da página <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/>, através de ferramentas com interação síncronas como *Chat* e assíncronas como o Fórum, possibilitando o compartilhamento de atividades, materiais, informações e troca de experiências entre os participantes. A plataforma também disponibilizou materiais didáticos utilizados nos encontros presenciais, assim como também os vídeos das atividades a distância.

A Plataforma de EAD era um instrumento que possibilitava a sistematização, a organização e a publicação de produções acadêmicas para suporte às atividades à distância, de avaliação e de gestão acadêmica.

A Aprendizagem autodirigida (AAD), era o momento de aplicação e desenvolvimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em que o aluno realizava a busca por novos conhecimentos, análise de informações e a construção do seu portfólio. Para esta atividade foi destinada a carga horária de 110 horas.

O Projeto aplicativo (P.A) era uma atividade coletiva, realizada por um grupo pequeno de participantes, de suma importância para o especializando, pois era o exercício de elaboração de uma ação com vistas à intervenção na realidade, a construção de novos conceitos e paradigmas e a identificação de oportunidades e ameaças (situações que estão fora do controle e governabilidade do grupo) e as fortalezas e fragilidades que se encontram disponíveis para o enfrentamento do problema/situação ora elencado. Era uma produção na modalidade pesquisa-ação ou pesquisa participativa, com a finalidade de aplicação das ferramentas de gestão da clínica e da educação, com vistas à melhoria dos processos de formação de profissionais e da qualidade e segurança na saúde.

A construção do P.A proporcionava o diálogo entre as aprendizagens, as capacidades desenvolvidas no curso e as possibilidades de aplicação, intervenção e transformação da realidade de acordo com as especificidades de cada grupo e curso. Para esta atividade foi estabelecida a carga horária de 62 horas.

No curso do IEP/HSL, a construção do P.A, foi realizada paulatinamente durante os encontros dos grupos afinidade, originado das discussões e reflexões sobre os problemas encontrados na realidade regional ou local dos grupos. Ao concluir os P.A, foi realizada a apresentação dos mesmos visando uma pactuação e o envolvimento dos atores relacionados ao projeto (gestores e profissionais relacionados à governabilidade no caso da execução real

dos projetos), na tentativa de superação dos problemas priorizados. Não houve a obrigatoriedade na execução dos P.As, mas como prerrogativas, os mesmos teriam que ser viáveis, caso houvesse o interesse em sua aplicação.

O Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS teve uma carga horária total de 360 (trezentos e sessenta) horas para as atividades educacionais, acrescida de 80 (oitenta) horas para elaboração do TCC de acordo com a programação do curso. De acordo com a proposta do curso, a avaliação, considerada uma atividade permanente e crítico-reflexiva, esteve voltada para o desenvolvimento do curso, nos aspectos relacionados aos processos de ensino-aprendizagem, aos encontros e desempenho dos especializandos e dos professores/facilitadores, assim como também, estava voltada a questões referentes as regiões de saúde, sedes dos cursos, no que se refere aos produtos e/ou resultados de melhoria da atenção a saúde, norteados pelos planos aplicativos.

As estratégias de avaliação trabalhada no curso foram voltadas aos princípios de: critérios referenciados aos produtos são avaliados com base nos objetivos e perfil desejado, contínua, dialógica, ética, democrática, corresponsável, formativa (quando se objetiva a melhoria dos processos e aprendizagem) e somativa (para tornar visíveis as aprendizagens realizadas e o desempenho de competência, indicada para aprovação ou reprovação no curso), usando-se os conceitos de “satisfatório” e “precisa melhorar” para aprovado e reprovado, respectivamente. Para avaliação do processo ensino-aprendizagem, foram considerados o desempenho dos especializandos, dos professores/facilitadores, os aspectos pedagógicos das atividades, assim como também os aspectos voltados à infraestrutura, os recursos educacionais e a organização dos encontros e atividades desenvolvidas.

Foi aprovado o especializando que teve frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento) nas atividades presenciais, desempenho satisfatório nas avaliações, conceito satisfatório no Trabalho de Conclusão de Curso e no Projeto Aplicativo. A turma de educação na saúde para preceptores do SUS iniciou com 48 (quarenta e oito) inscritos de diferentes áreas de graduação (Tabela 1) com predominância para os profissionais com graduação em Enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Especializandos inscritos no Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores dos SUS, 2013/2014, Santarém-PA, de acordo com a graduação.

Profissão	Quantidade
Enfermeira	22
Assistente Social	8
Fisioterapeuta	10
Biologo	1
Educador Físico	1
Pedagoga	2
Psicologo	1
Nutricionista	1
Gestor em Saúde	1
Terapeuta Ocupacional	1
TOTAL	48

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Os inscritos foram indicados por instituições vinculadas ao SUS, que desenvolvem ações de formação de profissionais de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Quantidade de inscritos no Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores dos SUS, 2013/2014, Santarém-PA por instituição a qual estão vinculados.

Instituição	Quantidade
Hospital Regional do Baixo Amazonas	13
Secretaria Municipal de Saúde	10
Universidade Estadual do Pará	10
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Para / 9º Centro Regional de Saúde	6
CEREST	4
Unidade de Ensino e Assistência a Saúde do Baixo Amazonas	3
Hospital Municipal de Santarém	2
TOTAL	48

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Dos 48 (quarenta e oito) inscritos, 37 (trinta e sete) concluíram todas as etapas do curso, perfazendo um percentual de 77,08% concluintes.

O encerramento das atividades do curso ocorreu no dia 02 de junho de 2014, com uma solenidade e apresentação dos Projetos Aplicativos (em formato de Pôster), contando com a presença dos especializandos, familiares, equipe técnica, gestores das diversas instituições da região, que direta e indiretamente estavam envolvidos no projeto de apoio ao desenvolvimento do SUS e nos Projetos Aplicativos (desenvolvido pelos especializandos).

O Projeto de Gestão da Clínica no Sistema Único de Saúde teve sua terceira edição com início em abril de 2014, porém, a região Oeste do Pará não foi contemplada.

É neste cenário de busca por mudanças metodológicas na formação de profissionais da saúde e em um esforço de aproximar-se das orientações sugeridas nas DCN para a área de saúde, que instituições de ensino vêm adotando metodologias ativas de ensino aprendizagem. E no intuito de compreender o que são as metodologias ativas de ensino aprendizagem, que este estudo apresenta a seção a seguir.

3 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM

Esta seção apresenta um breve relato das contribuições de teóricos diversos para a compreensão do termo Metodologias Ativas. Na sequência, são comentados os usos das Metodologias Ativas na área de saúde, sendo destacadas as estratégias mais utilizadas. Finaliza-se com o estado da arte sobre o assunto, no qual são referenciados alguns trabalhos que têm aproximação com o tema desta dissertação e que serão retomados na discussão dos resultados de pesquisa.

3.1 CONTRIBUIÇÕES AO CONCEITO DE METODOLOGIAS ATIVAS

Na literatura científica, os termos Metodologias Ativas e Métodos Ativos têm sido usados comumente não havendo menção de diferenças entre as duas conceituações. Esta subseção trata das contribuições que diferentes teóricos fizeram ao longo do tempo, para a construção da compreensão sobre Metodologias Ativas.

O uso do termo Métodos ativos, remonta ao final do Séc. XVIII, onde teóricos como: Jean Jacques Rousseau (1712-1778), Johann Friedrich Herbart (1776-1841) Maria Montessori (1870-1952) e John Dewey (1859-1952) entre outros, discutiram sobre a educação e as práticas pedagógicas, a partir de um novo olhar direcionado ao aluno e sua forma de aprender, no qual o processo educativo deveria encontrar-se conectado com a realidade e com o contexto em que o aluno estava inserido, em contraponto com os métodos tradicionais de ensino e aprendizagem. Um pouco mais tarde, Jean Piaget (1896-1980) trouxe contribuições para essa visão focada no ser humano e sua maneira de aprender.

As contribuições desses pensadores são comentadas brevemente a seguir, no intuito de auxiliar na compreensão de como a ideia das Metodologias Ativas se construiu ao longo do tempo.

Para Rosseau (1712-1778) a função social da educação era a liberação do indivíduo, a exaltação da atividade criadora, a liberdade de ação em relação ao aprender, portanto, uma educação voltada para aprendizagem a partir do interesse e da individualidade de cada um (BELTRÃO, 2011). Nesse sentido, criticou os métodos de ensino baseados na repetição e memorização de conteúdos e pregou sua substituição pela experiência direta por parte do aluno, a quem caberia conduzir pelo próprio interesse, o aprendizado. Para ele, a experiência

direta e o interesse dos alunos deveriam ser valorizados na condução do aprendizado, pois mais do que instruir, a educação deveria se preocupar com a formação moral e política (FERRARI, 2011).

Nesse sentido, Johann Friedrich Herbart (1776-1841) psicólogo e teórico da educação, colaborou com os pressupostos em relação aos métodos ativos quando entre suas reflexões, referiu-se à relevância do uso da experiência anterior do aluno, associada ao novo conhecimento. Tais contribuições foram contempladas, anos mais tardes, nos Parâmetros Curriculares Nacionais (Lei Federal nº. 9.394/96), elaborados com o propósito de difundir os princípios da reforma curricular e orientar os professores na busca de novas abordagens e metodologias.

Ao tratar de novas abordagens e metodologias destaca-se o trabalho de Maria Montessori (1870-1952) primeira mulher na Itália diplomada em Medicina, dedicou-se ao estudo e ao tratamento de crianças “anormais”. Segundo Costa (2001) desde 1907, Montessori já recomendava uma educação libertadora para crianças, com o intuito de formar uma personalidade autônoma, com capacidade para autogestão do educando e a criação de uma sociedade democrática. Valorizava a criança como um ser pensante, com capacidade para responder aos apelos do mundo real, partindo da premissa que “o ser toma conhecimento do mundo real pelas atividades que realiza”(COSTA, 2001, p. 307).

Dewey (1859-1952) filósofo, psicólogo e pedagogo norte-americano, que teve grande influência sobre a pedagogia contemporânea, formulou um ideal pedagógico (da Escola Nova) de que a aprendizagem ocorresse pela ação – *learning by doing* - ou o aprender fazendo, para superar as posturas de uma pedagogia centrada na transmissão do conhecimento e na superioridade de quem a transmitia. Dessa maneira, a realização dos princípios da Escola Nova demandava métodos ativos e criativos, centrados no aluno. Esse movimento ficou conhecido como Escola Ativa ou Escola Progressiva, sendo considerado como um movimento de renovação do ensino, especialmente intenso na Europa, na América e mais especificamente no Brasil, onde vários educadores influenciados pelas ideias de Dewey e Durkheim se aliaram e, em 1932 promulgaram a publicação do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova (PAGNI, 2011). “Segundo Dewey (1979) a escola nova ou progressista é o resultado do descontentamento com a educação tradicional” (GONZATTO, 2011, p. 132).

Dewey elaborou suas teorias educacionais baseado no pragmatismo de Charles Sanders Peirce e William James, onde o aprendizado se dá por meio da reconstrução da

experiência do indivíduo e a sua capacidade de usá-la como instrumento para o aprendizado futuro, no qual a escola apresentava-se como um laboratório de experiências (GONZATTO, 2011). Porém, Dewey chama atenção ao fato de que não se deve acreditar que experiência e educação sejam termos equivalentes, visto que nem toda experiência é educativa, ou seja, existem experiências que são “deseducativas”, ou seja, são aquelas que “produzem o efeito de parar ou distorcer o crescimento para novas experiências posteriores” (DEWEY, 1979 apud GONZATTO, 2011, p. 133).

Toda experiência modifica quem a vive e por ela passa. Modificação que acaba por afetar todas as qualidades das experiências subsequentes. O crescimento que o princípio de continuidade da experiência almeja não é apenas físico, mas também intelectual e moral (DEWEY, 1979 apud GONZATTO, 2011, p. 134).

Para essa visão do ser humano, tomando papel ativo em sua própria aprendizagem, também contribuiu Piaget (1980) que em sua teoria da Epistemologia Genética ou Teoria Psicogenética, explicou o desenvolvimento do indivíduo, ressaltando que a constituição do sujeito se dava através da interação com o objeto e o ambiente que o cercava, num processo relacional e contínuo. O ser humano, ao conhecer um objeto atuava sobre ele transformando-o, ao mesmo tempo em que também se transformava. Porém, observou que a experiência oriunda desta interação para tornar-se conhecimento, deveria esta acompanhada do comportamento ativo do indivíduo com base na relação contínua de equilíbrio/desequilíbrio/reequilíbrio (ROSSO; TAGLIEBER, 1992). Nesse sentido, as ações não deveriam ser isoladas, separadas do pensamento, pois constituíam uma unidade inseparável na aprendizagem.

De posse dessas ideias, há necessidade de conceituar o termo Metodologias Ativas. Bastos (2006) conceitua as metodologias ativas como sendo processos interativos de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais ou coletivas, com a finalidade de encontrar soluções para um problema. Segundo o autor, trata-se de um processo que oferece meios para que se possa desenvolver a capacidade de análise em situações com ênfase nas condições local/regionais e apresentar soluções em consonância com o perfil psicossocial da comunidade na qual a população a ser atendida está inserida.

Definição esta adotada por este estudo, por abranger aspectos relevantes que fazem parte da prática dos profissionais de saúde, que lidam diariamente com diversidades e divergências e necessitam desta atitude ativa diante dos problemas e de seu cotidiano.

Para Gaeta e Masetto (2010) metodologias ativas são situações de aprendizagem que planejadas pelo professor em parceria com os alunos, tem o objetivo de provocar e incentivar

a participação, postura ativa e crítica frente á aprendizagem, estimulando a troca de ideias e experiências.

A metodologia ativa para Cotta et al. (2013, p. 176) é uma estratégia inovadora, por “[...]estimular a discussão e a análise crítica dos temas apresentados, fundamentais para o aprendizado”.

Berbel (1998) ao refletir sobre as metodologias ativas observou que é usada uma variedade de termos para designá-las, tais como: técnica de ensino, método de ensino, metodologia, pedagogia, proposta pedagógica, proposta curricular, estratégia de ensino aprendizagem, procedimento metodológico, entre eles.

Para este estudo, as metodologias são compreendidas como estratégias de ensino aprendizagem e a utilização deste termo justifica-se devido a acepção da palavra estratégia, que significa a arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos (derivação por extensão de sentido) (HOUAISS; VILLAR, 2001).

Porém, Berbel (1998, p.140) chama atenção ao fato de que as metodologias ativas têm apresentado repercussões positivas, “[...] devido suas características, pressupostos e consequências diferenciadas, provocadas pelo discurso e pela prática daqueles que passam a apreciar as novas maneiras de ensinar e de aprender”; assim como repercussões negativas, provocadas pelas resistências às mudanças e também por parte daqueles que não alcançam os resultados esperados, devido utilizarem as metodologias ativas fazendo pequenas adaptações em suas práticas tradicionais e passam a denominar tais práticas, inconvenientemente, como Aprendizagem Baseada em Problemas e Problematização.

Berbel (1998, p. 141) ainda observa que existem os que anunciam uma destas propostas com o nome da outra (PBL e Metodologia da Problematização), “[...] considerando que se trata do mesmo assunto ou aqueles que julgam que o exercitar de uma das propostas é condição suficiente de preparo para a adoção da outra”. Tais observações são um desafio para este estudo, no sentido de abordar estas propostas de metodologias ativas evitando cometer tais equívocos.

3.2 METODOLOGIAS ATIVAS NA SAÚDE

Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de

profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. Este processo de mudança da educação impõe desafios significativos, como o rompimento das estruturas arraigadas dos modelos tradicionais de ensino, no sentido de formar profissionais de saúde capazes de recuperar a essência do cuidado que é a relação entre humanos (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Diante desta perspectiva de mudança na formação do profissional, ressalta-se que a atividade profissional é um processo a qual o indivíduo desenvolve ao longo de anos e que concomitantemente, os conhecimentos e competências vão sofrendo modificações, portanto, deve-se pensar em uma metodologia sustentada na prática de educação libertadora e numa formação profissional onde o sujeito é ativo, apto a aprender a aprender, a enfrentar as divergências e ser protagonista na aquisição de seu conhecimento (FERNANDES et al., 2003) aprender partindo de problemas reais que irão ser enfrentados no seu cotidiano profissional. Contudo, essa concepção é relativamente nova na saúde.

A formação dos profissionais da área de saúde era baseada em currículos predominantemente centrados na doença, em detrimento da promoção à saúde e prevenção das doenças (PAGLIOSAI; DA ROS, 2008). Na tentativa de superação deste modelo na formação de profissionais, é que se busca construir um novo padrão de integralidade que procura equilibrar a excelência técnica com a relevância social.

Venturelli, discutindo o processo educacional no mundo contemporâneo, resgata a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, preocupados apenas em recuperar tais informações quando solicitados (VENTURELLI, 1997 apud CYRINO; PEREIRA, 2004, p. 781).

Mitre et al. (2008, p. 2135) ressaltam que “[...] abordagens pedagógicas progressivas de ensino aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento”. Cunha et al. (2011 apud CYRINO; PEREIRA, 2004, p.781) ao estudarem os processos de mudança em diferentes áreas de formação profissional, assinalam experiências inovadoras que contribuem para a quebra de “paradigma dominante, fazendo avançar em diferentes âmbitos, formas alternativas de trabalhos que quebrem com a estrutura tradicional”.

Cyrino e Pereira (2004, p. 781) ressaltam ainda que “[...] uma experiência inovadora é um processo situado em um contexto histórico e social, que exige uma ruptura com procedimentos acadêmicos inspirados nos princípios positivistas da ciência moderna”. Nesta perspectiva, as instituições buscaram utilizar as metodologias ativas com enfoque

problematizador na formação de profissionais.

As primeiras experiências com a utilização de metodologias ativas foram realizadas pelas Escolas Médicas de McMaster no Canadá desde 1969, seguida pela de Maastricht na Holanda. A partir da Universidade de McMaster, o modelo da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) se expandiu para muitas escolas de Medicina em todo o mundo. “Muitas das características da ABP já estavam presentes em uma reforma curricular da Escola de Medicina da Universidade de Case Western Reserve, nos anos de 1950” (CYRINO; PEREIRA, 2004, p. 782).

Nos Estados Unidos sobressaíram-se as escolas de Albuquerque, de Harvard e do Havaí. A Escola de Medicina de Harvard, em 1984, implantou um programa curricular, voluntário para professores e alunos de Medicina, com base em ABP paralelo ao currículo tradicional, e após avaliação entre os processos curriculares, a escola passou a adotar um currículo único com base em ABP. Harvard “marcou a incorporação de um novo modelo no cerne das instituições de ensino e pesquisa de indiscutível prestígio, gerando uma significativa pressão para mudanças em outras instituições” (AGUIAR, 2001, p.164 apud CYRINO; PEREIRA, 2004, p. 783).

A ABP é, assim, considerada uma das mais significativas inovações na educação médica nos últimos anos, surgindo como um movimento de reação aos currículos das escolas médicas sob a forte influência do modelo flexneriano que privilegiava o modelo biomédico e o ensino centrado no hospital (AGUIAR, 2001, apud CYRINO; PEREIRA, 2004, p.783).

As Sociedades de Escolas Médicas tem recomendado o método e inúmeras escolas da África, da Ásia e da América Latina tem aderido a ele (EVANGELISTA, 2012).

No Brasil, as questões relacionadas à educação na saúde fazem parte das atribuições do Sistema Único de Saúde - SUS, que vem desenvolvendo estratégias e políticas, no sentido de melhorar a qualidade da assistência dos serviços, desde a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, voltada a atender suas prerrogativas.

Dessa maneira, esforços têm sido realizados no sentido de promover ações pedagógicas educacionais de qualidade. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a educação deveria ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o desenvolvimento da pessoa com vistas ao exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Nesta perspectiva, devido à necessidade de mudanças na formação profissional, algumas universidades adotaram uso das Metodologias Ativas. Entre elas destaca-se a

Universidade Estadual de Montes Claros, que a mais de uma década implantou no curso de Medicina as metodologias ativas, assim como outras instituições de ensino como: Faculdade de Medicina de Marília (FAMENA) em São Paulo, a Universidade Estadual de Londrina (UEL) no Paraná, a Universidade Federal de Roraima (UFRR) e a Universidade Estadual do Pará (UEPA), polo Santarém-Pa. Desde então, o uso destas metodologias têm se difundindo, inicialmente nos cursos da área da saúde e, posteriormente na formação de áreas diversificadas como os cursos Engenharias, Economia, Psicologia, Arquitetura, Física, Química e Biologia, entre outros (BERBEL, 1998).

Cyrino e Pereira (2004, p.786) acreditam que estas experiências pedagógicas centradas na problematização, “[...] aparentemente pontuais, geradas no contexto dos conflitos e das contradições das relações institucionais, voltadas para a mudança de processos, relações e conteúdos, podem representar um movimento inovador” na formação significativa do profissional, possibilitando a quebra do modelo tradicional de ensino e impulsionando movimentos mais amplos de mudança.

3.3 ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIAS ATIVAS COMUMENTE UTILIZADAS NOS CURSOS EM SAÚDE

Foram encontradas diversas estratégias pedagógicas de utilização das metodologias ativas, como por exemplo: a Aprendizagem Baseada na Reflexão sobre a Experiência (Kolb), Estudo de Caso, Ciclos de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP) (*Peer Review*) e Intervenções multifacetadas (GUEDES et al., 2015) Aprendizagem Colaborativa em Rede - utilizada em cursos de educação à distância (ROPOLI, 2009) Método de Problema ou Projeto (EVANGELISTA, 2012) Aprendizagem Baseada em Problemas - *Problem-based learning* – PBL (TEMPSKI et al., 2013) e Metodologia da Problematização (BERBEL, 1999).

Mitre et al. (2008) ressaltam que duas estratégias pedagógicas em metodologias ativas vêm sendo reconhecidas como ativadoras da integração ensino e serviço de saúde: o Ensino pela Problematização e a organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP. Em ambas as propostas pedagógicas o ensino e aprendizagem ocorrem a partir de um problema, a aprendizagem está centrada no aluno e o conhecimento já elaborado é usado para estimular o pensamento e propor soluções para os problemas apresentados. A seguir busca-se apresentar estas duas estratégias.

3.3.1 Metodologia da Problematização

Berbel (1999) aponta que o estabelecimento da relação entre teoria e prática, entre o conhecimento e a ação, entre o sujeito e o objeto, em um procedimento consciente e intencional de desvelamento, construção e transformação do homem, de suas relações e da realidade a sua volta, são fundamentais para o entendimento teórico da Metodologia da Problematização.

Este termo, “metodologia da problematização” foi denominado a princípio por Nelsi Aparecida N. Berbel, doutora em Educação, para designar os trabalhos desenvolvidos com alunos do ensino superior na UEL a partir de 1992, com base na problematização utilizando o Arco de Maguerez, junto a um projeto de ensino na área da saúde na UEL/PR (BERBEL, 1999).

Vasconcelos (1999) aponta que a estratégia da metodologia da problematização está voltada para a transformação social e conscientização do cidadão, com base nas teorias de educadores como Paulo Freire (1995), Demerval Saviani (1996) e outros.

A ideia de Educação Libertadora, de acordo com Vasconcelos (1999) preconiza que o homem é o sujeito da educação. O conhecimento e ampliação da consciência servem para libertar o homem e transformar a realidade, transformando a si mesmo a partir da percepção da realidade social, política e ética, com a qual esta interagindo. Na Educação Libertadora, para aprender deve-se apreender a razão de ser do próprio objeto (do problema, do tema, da realidade) que se quer conhecer, aprofundar o conhecimento, sair do senso comum e das primeiras percepções. O aluno só aprende através do envolvimento com o objeto; envolvido, ele olha a realidade e pensa sobre ela de uma forma reflexiva, utiliza o que já sabe como subsídio para buscar o novo, confirmando ou retificando o conhecimento prévio.

Já de acordo com a visão da Educação histórico-crítica, a educação é uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, tendo como ponto de partida a prática social. Para Saviani (1984) a educação não muda diretamente a prática social, mas é transformada indiretamente à medida que age sobre o sujeito da prática.

Vasconcelos (1999) em seu artigo “Aspectos Pedagógicos e Filosóficos da Metodologia da Problematização”, contribui para o entendimento das origens que fundamentam as metodologias ativas, ao realizar um apanhado histórico dessa estratégia. Segundo o autor, a origem filosófica dessa estratégia tem raízes na antiguidade grega, na

chamada maiêutica de Sócrates (469 - 399 a.C), que é a arte de fazer nascerem ideias através da problematização e do diálogo, e em um sentido mais amplo, nos fundamentos do Humanismo, no qual o homem e os seus valores humanos estão acima de todos os outros valores. Porém, conforme Vasconcelos (1999) sua fundamentação pode também estar vinculada a outras correntes filosóficas, entre elas, a fenomenologia, o existencialismo e o marxismo.

A fenomenologia tem como postulado básico a noção de intencionalidade, na qual toda consciência é consciência de alguma coisa e toda consciência é intencional. Para essa corrente de pensamento, o objeto não existe se o seu significado não foi atribuído pelo sujeito. Portanto, a fenomenologia trata da relação do sujeito com o objeto, a qual, entre outros, é fundamento básico na educação problematizadora, no qual o processo de conscientização é contínuo, pois o conhecimento não se esgota, a cada nova realidade desvelada surge um novo objeto e uma nova reflexão crítica revela-se.

Para o existencialismo, e de acordo com Heidegger (1889-1976) o homem é um ser-do-mundo, que carrega consigo a herança biológica e cultural do tempo e do lugar onde nasceu. Diferencia-se de outros homens por sua própria existência, caracterizando sua especificidade no mundo. Para Sartre (1905-1980) o homem é responsável por si só, tornando-se livre para fazer suas escolhas e suas ações, porém, esta responsabilidade vai além do individual, pois envolve toda a humanidade. Sua liberdade tem significado na sua ação e na sua capacidade de transformar a realidade (VASCONCELOS, 1999).

O homem é lançado no mundo de maneira passiva, mas pode tomar a iniciativa de descobrir o sentido da existência e agir nas direções mais diversas. Na transcendência, o homem descobre a temporalidade, pois ao tentar compreender o ser, dá sentido ao passado e projeta o futuro (VASCONCELOS, 1999, p.45).

Esses pressupostos são importantes para entender a metodologia da problematização, que se fundamenta na visão do homem integrado e comprometido com o contexto histórico em que está inserido; no aluno como sujeito responsável e capaz de construir seu conhecimento; no protagonismo do aluno no processo de conscientização, criticidade e transformação da realidade; na crença da capacidade do aluno de transcender situações problemáticas, enxergando além, projetar-se para o futuro e aprender com isso (BERBEL, 1999).

A metodologia da problematização também apoia sua fundamentação nos conceitos de Dialética e Práxis, a luz dos pressupostos marxistas ou neomarxistas do Séc. XX, os quais tem como base filosófica o materialismo dialético. Para o marxismo, o mundo é uma realidade

material, representado pela natureza e pela sociedade, na qual o homem faz parte, podendo transformá-la.

A dialética, que em sentido genérico significa oposição, conflito originado pela contradição entre princípios teóricos (de acordo com o dicionário Houaiss). Para Hegel (Filósofo da Idade Moderna), o processo dialético é um processo racional, e nele a contradição não é percebida como irracional, mas sim como o verdadeiro motor do pensamento e da História (HOUAISS; VILLAR, 2001).

Nesse sentido, a dialética existente entre teoria (conhecimento) e a prática (ação) não devem ser separáveis, pois “os conhecimentos partem da prática e a ela voltam teoricamente” (VASCONCELOS, 1999, p.50). Esta dialética entre a teoria e a prática é entendida pela Metodologia da Problematização como a possibilidade de superação do senso comum, contribuem para um movimento de tomada de consciência (sobre a teoria e a prática), possibilitando a transformação da realidade através dos meios adequados oriundos de um processo dialógico.

Vasconcelos (1999) chama a atenção ao fato de que para compreender o marxismo é fundamental que se entenda o conceito de dialética, no qual a metodologia da problematização tem profunda relação.

Faz parte dos procedimentos da Metodologia da Problematização ir direto à realidade, para perceber suas contradições e as inter-relações dos fenômenos, procurando apreender o movimento inerente dos processos e intervir nesta realidade para transformá-la. [...] ao estudar uma realidade objetiva, analisa metodicamente os aspectos e os elementos contraditórios desta realidade, exigindo constantemente o reexame da teoria e a crítica da prática (VASCONCELOS, 1999, p 52).

O estabelecimento da relação entre teoria e prática, entre o conhecimento e a ação, entre o sujeito e o objeto, num procedimento consciente e intencional de desvelamento, construção e transformação do homem, de suas relações e da realidade a sua volta, são fundamentais para o entendimento teórico da Metodologia da Problematização.

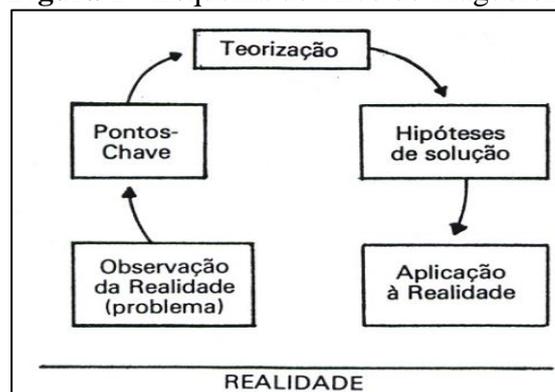
Como estratégia pedagógica, a Metodologia da Problematização é utilizada para trabalhar conteúdos relacionados a temas referentes à vida em sociedade, nos quais os problemas são extraídos da realidade que os cerca. Emprega um esquema denominado de Método do Arco ou Arco de Magueréz, de Charles Magueréz (1966) inicialmente divulgado por Bordenave e Pereira (1985) em seu livro intitulado “Estratégias de Ensino Aprendizagem”, elaborado a partir do diálogo com 500 (quinhentos) professores universitários que participaram de um curso de Metodologia de Ensino Superior. Nele, os autores detalharam o esquema de utilização do arco, descrevendo-o como um caminho metodológico norteador da

prática do educador que se preocupa com a formação de um aluno com pensamento crítico e criativo, assim como com sua atuação política e autonomia intelectual (BERBEL, 1999).

O uso do arco de Magueréz tem sido relatado na formação de profissionais técnicos e Auxiliares de Enfermagem e, posteriormente, na graduação de Enfermeiros. Em 1992, o esquema foi utilizado no ensino de primeiro, segundo e terceiro graus, por um grupo de professores, em um projeto especial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, a partir do qual foi iniciado um estudo teórico-prático em torno do Arco de Magueréz (BERBEL, 1999).

De acordo com Berbel (1998) o esquema “do Arco de Magueréz” tem como ponto de partida a realidade vivida, o que está acontecendo ou um recorte deste e dividem-se em 05 (cinco) etapas, ilustrada na figura 1.

Figura 1 - Esquema do Arco de Magueréz.



Fonte: BERBEL, 2012, p. 269.

A primeira etapa é denominada de **Observação da realidade** é o momento em que o aluno observa a realidade que o cerca ou a situação indicada, com um olhar ampliado e atento a todos os aspectos relacionados. É o início da problematização, que é realizado partindo da percepção individual do aluno, com base em seu conhecimento prévio, é a primeira leitura sincrética da realidade. Ao analisar a situação, reflete-se sobre o problema que se manifesta e irá ser investigado, identificam-se os possíveis fatores associados ao problema, surgem os “por quês” e estabelecem-se os “pontos-chave” a estudar.

Para Bordenave (1989 apud BERBEL, 1999) a segunda etapa, denominada de **pontos-chave**, caracteriza a superioridade desta pedagogia sobre as outras de transmissão e condicionamento do conhecimento. Nela o aluno destaca o que julga verdadeiramente importante (é o momento de síntese após a análise inicial), extrai as variáveis mais relevantes,

define o que será estudado, o que precisa ser conhecido e melhor compreendido, estabelece o caminho que deverá trilhar para realizar o estudo, definindo as fontes, os instrumentos e até mesmo o “quando”, numa atitude autônoma de buscar conhecimento, ou seja, aqui se define a Metodologia para realizar o estudo.

A terceira etapa é a **teorização**, caracterizada pelo momento da investigação, do estudo, da comparação entre a percepção inicial e o resultado do aprofundamento realizado de forma sistematizada e científica. Bordenave e Pereira (1985) afirmam que se esta fase for bem sucedida, o aluno consegue compreender o problema empírica e teoricamente. Esta etapa compreende o que Piaget denominou de operações analíticas da inteligência, onde através do próprio esforço, os alunos passam do domínio das “operações concretas” para as “operações abstratas”, conferindo-lhes um poder de generalização e extrapolação do conteúdo aprendido.

A etapa de maior criatividade é a de **elaboração das hipóteses de soluções**, na qual o aluno é estimulado a formular hipóteses de soluções para os problemas em questão, através de novas ações e incentivando a originalidade e inovações. Para Berbel (1998) as hipóteses são construídas após o estudo, como resultado da compreensão obtida sobre o problema, ao observá-lo por todos os ângulos possíveis. Porém, é necessário, nesta etapa, o confronto das hipóteses de soluções com as condições e limitações da realidade.

Na quinta etapa, tem-se a **aplicação à realidade**, caracterizada pela ação, onde o aluno após compreender a realidade que o cerca, tem a possibilidade de colocar em prática as soluções que o grupo apontou como viáveis e de aplicar o conhecimento adquirido em outras situações, permitindo também a intervenção na realidade. Esta etapa completa o esquema do “Arco de Maguerez”.

As etapas utilizadas fazem parte do caminho a ser percorrido, que se repete a cada novo desafio a partir do problema identificado, no propósito de habilitar o aluno a perceber-se enquanto protagonista na busca pelo conhecimento e na realização de transformações significativas no seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo.

3.3.2 Aprendizagem baseada em problemas (*Problem Based Learning* - PBL)

A outra estratégia ressaltada por Mitre et al. (1998) é a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou *Problem Based Learning* (PBL) a qual busca valorizar a capacidade de aprender e aplicar o conhecimento em soluções práticas, valorizando também o aprendizado

por meio do pensamento crítico e reflexivo. Surgiu entre o final da década de 60 e início da década de 70 nas Faculdades de Medicina da Universidade de McMaster, no Canadá, com base no método de estudo de caso da Escola de Direito de Harvard (EUA); seguido pela Universidade de Maastricht, na Holanda, onde se desenvolveu e adquiriu uma fração significativa do alicerce empírico que hoje sustenta sua doutrina (COSTA, 2011).

Para Barrows (1996, apud RIBEIRO, 2005) a Universidade de McMaster implantou a PBL em decorrência da insatisfação dos alunos do curso de Medicina diante da quantidade de conhecimentos percebidos como irrelevantes para a prática profissional, assim como uma grande quantidade de conceitos e pouco comportamento e estratégias para aplicá-los na prática.

Têm suas origens nas ideias do psicólogo americano Jerome Seymour Bruner, precursor da proposta educacional denominada *Learning by Discovery* (Aprendizagem pela Descoberta) que versava, no confronto de estudantes com problemas e na busca de sua solução por meio da discussão em grupo, e na teoria do conhecimento do filósofo americano John Dewey, expoente do movimento da Escola Nova. Segundo Pagni (2011) Dewey se preocupou com os sentidos estéticos, éticos e políticos do pensamento reflexivo, bem como a qualidade estética da experiência, o princípio de continuidade e de integração que condicionam a educação como crescimento. Essa concepção de educação está centrada na Teoria da Experiência e da qualidade da experiência educativa, a que leva efetivamente ao aprendizado. Experiência para Dewey é toda relação entre um organismo vivo e o ambiente, onde ambos são modificados (PAGNI, 2011). Portanto, o ambiente se modifica ao receber a ação desse organismo, que também sofre transformação à medida que o ambiente exerce uma reação sobre ele.

Os princípios da Aprendizagem Baseada em Problemas demonstram derivar das teorias de Ausubel, Bruner, Dewey, Piaget e Rogers (DOCHY et al., 2003 apud RIBEIRO, 2005) fundamentados na psicologia cognitivista, na qual a aprendizagem não é um processo de repetição, no qual não há relação entre o conteúdo novo e o anterior, mas sim, um processo de construção de novos conhecimentos, relaciona-se o novo conteúdo com o conhecimento prévio do estudante (RIBEIRO, 2005).

A PBL pode ser utilizada em vários níveis educacionais, porém, sua predominância ainda está relacionada ao ensino superior, especialmente nos cursos de Medicina, Enfermagem, Pedagogia, Administração e Engenharia.

A PBL é um método ativo, de construção da aprendizagem, baseado no estudo de casos/problemas e, assim como a metodologia da problematização, é uma estratégia pedagógica formativa centrada no aluno. O objetivo principal desta abordagem é desenvolver as diversas habilidades do aluno, através do equilíbrio entre a teoria e a prática, favorecendo a integração entre diferentes áreas e aquisição de conhecimento significativo para sua profissão.

O problema, ponto de partida e motor do processo ensino aprendizagem, é utilizado como motivador na aquisição de conhecimento, na compreensão de conceitos e como estímulo para buscar soluções significativas. É elaborada com base em situações reais ou simulada, similar a realidade, proporcionando o diálogo interdisciplinar no encaminhamento de sua explicação e análise.

O problema é o núcleo central do módulo temático, estabelecido para que os temas sejam trabalhados de acordo com os conteúdos necessários do curso, proporciona e estimula a discussão no grupo tutorial, com o intuito de que ao final da discussão, os alunos elaborem os objetivos a serem estudados.

Sakai e Lima (1996 apud DA CRUZ; WIEMES, 2014, p.91) esclarecem que a Faculdade de Medicina da Universidade de Maastricht-Holanda, adota os seguintes critérios na construção de seus problemas:

(i) consistir de uma descrição neutra do fenômeno para o qual se deseja uma explicação no grupo tutorial; (ii) ser formulado em termos concretos; (iii) ser conciso; (iv) ser isento de distrações; (v) dirigir o aprendizado a um número limitado de itens; (vi) dirigir apenas a itens que possam ter alguma explicação baseada no conhecimento prévio dos estudantes; (vii) exigir não mais que em torno de 16 horas de estudo independente dos estudantes para que seja completamente entendido de um ponto de vista científico, (complementação e aperfeiçoamento do conhecimento prévio).

Santos et al. (2010) apresentaram os sete passos, aos quais o tutor deve estar atento durante o processo de exploração e análise do problema, independente da etapa de discussão, que são:

1) clarificar termos e conceitos não imediatamente compreensíveis; 2) definir o problema; 3) analisar o problema; 4) elaborar um inventário sistematizado das explicações/hipóteses inferidas a partir do passo 3 e proceder à divisão de tarefas que cada elemento deve desempenhar; 5) formular metas de aprendizagem; 6) coligir informação adicional fora do grupo e 7) sintetizar e testar a nova informação adquirida (IOCHIDA, 2001; WALSH, 2005; PARK, 2006 apud SANTOS et al., 2010, p.3).

De acordo com Da Cruz e Wiemes (2014) quanto menos estruturado o problema maior as chances de desenvolver nos alunos, as habilidades para resolvê-los. Um bom problema leva o grupo a uma boa discussão, a elaborar objetivos de aprendizagem adequados e a desenvolver o elenco de competências e habilidades estabelecidas para o tema em questão.

O professor é um mediador da aprendizagem, assumindo o papel de tutor, aquele que acompanha e ajuda, saindo da perspectiva de ser o transmissor do conhecimento. Nesse contexto, cria dinâmicas individuais ou coletivas para estimular o pensamento crítico e a criatividade na elaboração dos problemas, utilizando casos práticos relacionados à profissão do aluno, com o objetivo de que o aluno estude determinado conteúdo curricular. Como apoiador, o professor assume a postura e atitudes no sentido de facilitar o processo ensino aprendizagem, despendo-se da função de transmissor do conhecimento pronto. Ao facilitador cabe a atribuição de estimular o aluno a refletir sobre o conhecimento que possui sobre o tema, a instigar a pesquisa, motivá-lo e apoiá-lo na busca de novos conhecimentos, assim como se posicionar como membro do grupo que está aberto a novos conhecimentos (MITRE et al., 2008).

Para Guedes et. al. (2015) o facilitador/tutor deve estar atento ao fato de que é no grupo tutorial que acontece a aprendizagem no contexto vivencial do cotidiano e a motivação individual, sendo necessário observar se esses fatores estão sendo contemplados no desenvolvimento da atividade aplicada no grupo.

No grupo tutorial, os problemas são discutidos e analisados, a princípio, partindo-se do conhecimento prévio de cada participante, em seguida são formulados os objetivos de aprendizagem, que por sua vez deverão estar em consonância com a intencionalidade educacional definido previamente pela comissão de currículo do curso e, em um segundo momento, após o estudo individualizado e da busca por informações, volta-se para o grupo e novamente discute-se o problema, agora sob a luz de novos conhecimentos (BERBEL, 1998).

Sua composição varia de 05 (cinco) a 12 (doze) pessoas, de acordo com a organização determinada pelo curso. Dentre os componentes do grupo serão nomeados um coordenador e um secretário, que será rodiziado a cada nova sessão, para que todos tenham a oportunidade de vivenciar os papéis importantes no aspecto de desenvolver diferentes competências, entre elas, a capacidade de organização, gestão e liderança. O coordenador é responsável pelo gerenciamento dos encontros e de garantir a participação democrática de todos na discussão. O secretário é responsável pelas anotações dos produtos das etapas da discussão, das referências a serem usadas e de elaborar o relatório para entregar ao tutor (BERBEL, 1998).

Para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas é preparada uma lista de problemas/situações, prévia e cuidadosamente analisados, que o aluno deverá dominar. Esta lista corresponde aos temas a serem estudados. Cada tema originará um

problema que irá ser discutido em grupo tutorial. Este conjunto (tema-problema) caracteriza um módulo temático, onde o problema é o núcleo central, estruturado com o objetivo de levar os alunos a atingirem determinados objetivos de conhecimento (BERBEL, 1999).

Berbel (1998) descreve alguns passos importantes que devem ser seguidos na utilização do método: leitura do problema; identificação e esclarecimento de termos desconhecidos; identificação dos problemas propostos pelo enunciado; formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (partindo do conhecimento prévio sobre o assunto); resumo das hipóteses; formulação dos objetivos de aprendizagem (identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos, ou seja, os objetivos do estudo, formulados nas hipóteses explicativas); estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizagem; e retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior.

Para a organização dos currículos, elaboração dos problemas e atividades de cada módulo, é necessária a constituição de comissões, entre elas: Comissão de Currículo, que de acordo com Vignochi et al (2009) organizam um vasto elenco de situações que pretendem que os estudantes dominem, a fim de determinar os diferentes temas de estudo; a Comissão de Avaliação, as Comissões Diretoras e a Comissão de Proposição de Problemas, que tem como objetivo reunir um grupo de pessoas com vastas competências técnicas, capaz de propor problemas adequados ao desenvolvimento dos temas de estudo (MORALES-MANN e KAITELL, 2001 apud VIGNOCHI et al., 2009).

A avaliação do aprendizado no método da PBL diverge da utilizada na maioria dos métodos tradicionais, pois cabe ao aluno a incumbência de transcrever os conteúdos que lhe foram transmitidos pelo professor em sala de aula. Na PBL, a avaliação pode ser realizada de diversas formas, por exemplo: por módulo temático, pelo desenvolvimento das habilidades esperadas para cada conteúdo, avaliação progressiva dos conhecimentos do aluno, avaliações informais do grupo, do ciclo, dos professores, um aluno avaliando o outro e também se auto avaliando (oralmente ou por escrito), o que propicia a percepção do movimento do seu grupo, no processo de construção do conhecimento, identificando as fragilidades e fortalezas do percurso realizado, compreendendo o caminho da construção do conhecimento, pois para a educação formativa, o aluno aprende ao longo do processo e não de forma estanque, desconectada da realidade que o cerca.

Por representar uma proposta de mudança nas estratégias metodológicas e o seu caráter formativo, a PBL é adotada no ensino de diversas áreas profissionais, pois estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento, incentivando e possibilitando maneiras para que ele seja o protagonista em sua caminhada, o que futuramente será um diferencial em sua prática profissional. Mas, apesar desta abordagem, utilizar técnicas de solução de problemas como fundamental para o seu desenvolvimento, a PBL não se resume somente a elas, sua relevância está no conhecimento construído na busca da solução dos problemas e nas habilidades e atitudes desenvolvidas (RIBEIRO, 2005).

Ribeiro (2005) ressalta que a PBL não é uma metodologia que venha resolver os problemas na educação, assim como, também, não abarca todos os estilos de aprendizagem, porém, entende-se que tem contribuído de maneira significativa na formação de profissionais e sua utilização tem se difundido, principalmente na área da saúde.

Com base em Berbel (1998) foi elaborado um quadro comparativo entre a Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas - PBL, o que possibilita visualizar de forma objetiva as aproximações e distanciamentos entre as duas estratégias (Quadro 5).

Quadro 5 - Comparativo das estratégias da Metodologia da Problematização e da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). (continua)

Metodologia Da Problematização (Berbel)	Aprendizagem Baseada Em Problemas - PBL
Os problemas são identificados pelos alunos e extraídos da realidade, não há restrições quanto aos aspectos incluídos na sua formulação	Os problemas são elaborados por uma equipe capacitada na metodologia, direcionado aos conhecimentos essenciais. Deve haver tantos problemas quanto necessários para atender aos temas
Após o estudo de um problema pode surgir outro problema como desdobramento, de acordo com a percepção do aluno	Há uma sequência de problemas a serem estudados, ao final de um, inicia-se o outro
A estratégia pode ser utilizada somente para determinados temas, principalmente os que envolvem vida em sociedade	A estratégia pode ser utilizada enquanto proposta na organização do conteúdo curricular
Os resultados em termos de conhecimento não são totalmente previstos. Os conteúdos podem ou não satisfazer o professor quanto ao que ele gostaria que fosse aprendido pelo aluno. Porém é possível que o conteúdo seja retomado em outra oportunidade pelo professor	O conhecimento é avaliado ao final de cada módulo, com base nos objetivos e conhecimentos específicos

Quadro 5 - Comparativo das estratégias da Metodologia da Problematização e da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL).

(conclusão)

Metodologia Da Problematização (Berbel)	Aprendizagem Baseada Em Problemas - PBL
As hipóteses são a princípio analisadas partindo do conhecimento prévio, porém sua elaboração se dá após o estudo das informações científicas	As hipóteses são elaboradas pelos alunos antes de seu estudo, estimulando o conhecimento prévio e suas experiências
Trabalho em grupo com a supervisão de um professor	Inicia-se com o trabalho em grupo, vai para o momento individual de estudo (preferencialmente na biblioteca) e retorna para a discussão em grupo
Requer flexibilidade no local de estudo e aprendizagem Não há necessidade de muitas alterações materiais ou físicas na escola	Necessita de espaços equipados para estudo, horário previamente planejado, organização de laboratórios para as atividades opcionais, distribuição dos temas por tempo
Tem a realidade social como ponto de partida e chegada, refletindo sobre a própria vivência	Parte de problemas previamente analisados por técnicos especialistas na área
Sua utilização é uma opção de todo um corpo docente, administrativo e acadêmico, já que as consequências afetam a todos, durante todo o curso	Sua utilização fica a critério do professor
A elaboração do novo conhecimento parte da aproximação da realidade em que o tema em estudo é vivenciado pelos diferentes atores. Também utiliza o conhecimento elaborado no processo de aprendizagem	Utiliza do conhecimento já elaborado para a aprendizagem e formulação de soluções
Os conhecimentos deverão ser utilizados em algum tipo de intervenção na realidade da qual foi extraído, dentro do nível possível de atuação permitido pelas condições de aprendizagem e envolvimento do grupo	Os resultados dos estudos (o conhecimento) serão utilizados para resolver os problemas como exercício intelectual e nas práticas de laboratórios

Fonte: Elaboração própria (2015) com base em Berbel (1998).

Ao estabelecer a comparação entre as duas abordagens, a autora conclui “cremos ser possível afirmar que Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas não são apenas dois termos, mas dois caminhos diferentes de ensino e de formação profissional, com diferentes consequências” (BERBEL, 1998, p.152) visto que as duas estratégias tem como fundamento, o problema. Porém, a forma com que este problema é abordado difere tanto no ponto de partida da atividade, quanto nos resultados almejados. A autora alude ainda que a explicação para esta inferência possa estar na fundamentação teórica de cada uma.

Outro aspecto de distanciamento entre as estratégias da metodologia da problematização e a ABP diz respeito aos autores da base que fundamentam cada uma delas. Para a metodologia da problematização, de acordo Berbel (1998, p. 152).

Vimos explicando e desenvolvendo a Metodologia da Problematização como uma alternativa metodológica que busca mediar à concepção Histórico-Crítica da Educação e o trabalho pedagógico do professor com seus alunos (Berbel, 1995 e 1996). Encontramos para isso respaldo na Filosofia da Praxis (Adolfo Sanchez Vazquez) e na Pedagogia Libertadora/Problematizadora (Paulo Freire e outros), com inspiração nos princípios do Materialismo Histórico Dialético. A máxima ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação de todo o processo.

E, no que se refere a ABP, Berbel (1998, p. 152) afirma que:

A Aprendizagem Baseada em Problemas tem como inspiração os princípios da Escola Ativa, do Método Científico, de um Ensino Integrado e Integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos

aprendem a aprender e se preparam para resolver problemas relativos à sua futura profissão.

Ambas as estratégias (PBL e Metodologia da Problematização) apresentam contribuições para a atividade profissional, por este motivo sua utilização tem se expandindo. Segundo Hadgraft e Holecek (1995 apud DA CRUZ; WIEMES, 2014) através delas são desenvolvidas características como a adaptabilidade a mudanças, habilidade de resolver problemas em situações não rotineiras, pensamento crítico e criativo, adoção de uma abordagem sistêmica ou holística, trabalho em equipe, capacidade de identificação de pontos fortes e fracos e compromisso com o aprendizado e aperfeiçoamento contínuos. Atributos de fundamental importância quando se trata da formação de profissionais que irão atuar com as diversidades, dificuldades e peculiaridades da área da saúde.

Para Marin et al. (2010) a ABP e a Metodologia da Problematização indicam novas possibilidades no processo de aprendizagem, pois constituem formas de enfrentamento das rápidas mudanças, cada vez mais necessárias na atual sociedade complexa e globalizada, em que a criatividade e a capacidade de soluções originais frente à diversidade se apresentam como condições indispensáveis aos profissionais.

Contribuições a respeito das metodologias ativas são apresentadas em artigos científicos, justificadas por Batista et al.(2005), Veiga (2015), Rocha e Ribeiro (2012) que relatam, na sua maioria, experiências desenvolvidas com vistas à melhoria da qualidade do processo de formação dos profissionais da saúde, da prática profissional, no cuidado a população e sobre as mudanças nas propostas pedagógicas para a área da saúde. Neste sentido, o próximo tópico trata do estado da arte em Metodologias Ativas.

3.4 ESTADO DA ARTE EM METODOLOGIAS ATIVAS

Este item tem como objetivo realizar o levantamento de trabalhos publicados com títulos que incluíssem os termos “metodologias ativas de ensino aprendizagem” e sobre o “preceptor de profissionais de saúde e sua prática em metodologias ativas”.

A pesquisa foi realizada através de busca nas bases eletrônicas do Portal de Periódicos CAPES/MEC (Biblioteca Virtual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior - CAPES) que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional.

Utilizando as palavras-chave “metodologias ativas de ensino aprendizagem” foram

encontrados 120 (cento e vinte) trabalhos, publicados entre 1999 e 2015, com destaque para os anos de 2009, 2010, 2012 a 2014, com mais de 10 (dez) publicações em cada ano. Destes, 95 (noventa e cinco) são artigos científicos, 20 (vinte) são dissertações e 05 (cinco) teses. No que se refere ao idioma de publicação, a somatória foi de 160 (cento e sessenta) produções, sendo: 69 (sessenta e nove) em Português, 45 (quarenta e cinco) em Inglês, 44 (quarenta e quatro) em Espanhol e 02 (duas) em Francês. Observa-se que alguns trabalhos foram publicados em mais de um idioma, motivo pelo qual o valor total (160) excede o inicial (120 produções).

Ao selecionar os trabalhos por tópicos, verificou-se que aproximadamente 44% das publicações são relacionadas à área da saúde (Tabela 3), o que demonstra a relevância dos estudos e experimentos relacionados à utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem nesta área.

Tabela 3 - Produções com tema metodologias de ensino aprendizagem, por tópico publicados no Portal CAPES/MEC de 1999 à 2015.

Tópico	Quantidade (continua)
Health Education	10
Nursing Education	10
Problem-based Learning	8
Nursing	8
Medical Education	6
Teaching	6
Higher Education	5
Education	5
Curriculum	5
Bioethics	4
Primary Health Care	4
Nurses	3
Active teaching- learning methodologies	3
Ethics	3
Enfermagem	9
Educação Médica	8
Educação em enfermagem	8
Educação em saúde	7
Currículo	5
Total	121

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Portal Periódicos CAPES, 2015.

No item referente à autoria, Siqueira-Batista foi o autor que mais apresentou publicações no período investigado (Tabela 4) com artigos voltados a mudança dos paradigmas na formação do profissional de saúde.

Tabela 4 - Produções com tema metodologias de ensino aprendizagem por autor publicados no Portal CAPES/MEC de 1999 a 2015.

Item	Autor	Quantidade
1	Siqueira-Batista, Rodrigo	6
2	Gomes, Andréia P	4
3	Marin, Maria José S	4
4	Braccialle, Luzmarina A.D	4
5	Frinkler Mirelle	3
6	Gomes, Romeu	3
7	Druzian, Suelaine	2
8	Kempfer, Silvania S	2
9	Mitre, Sandra Minardi	2
10	Holffmann, Leonardo M.A	2
11	Marvulo, Marilda M.L	2
12	Carraro, Telma E.	2
13	Sebold, Luciara F.	2
14	Radunz, Vera	2
15	Pinto-Porto, Cláudia	2
16	Moreira, Tânia	2
17	Conesqui, Ana M	2
18	Simionata, Cláudia	1
19	Sani, Ana I.	1
20	Finkler, Irene	1
TOTAL		49

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Portal Periódicos CAPES, 2015.

Na busca por coleções que apresentassem as temáticas pesquisadas, descobriu-se que a SciELO (Scientific Electronic Library Online) veiculou 58 (cinquenta e oito) artigos, seguida pela onifale (GALE) com 54 (cinquenta e quatro) publicações (Tabela 5). O periódico com maior número de publicações no período de 1999 a 2015 foi Ciência & Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, com 39 (trinta e nove) artigos. Tais resultados podem ser observados na tabela 5, a seguir.

Tabela 5 - Quantidade de produções com tema metodologias de ensino aprendizagem, por coleção de 1999 à 2015.

Coleção	Quantidade
SciELO (Scientific Electronic Library Online)	58
onifale (GALE)	54
Directory of open access journals (DOAJ)	23
Scopus	18
NDLTD unicon catalog	15
Dialnet	5
Repositório Científico de acesso aberto de Portugal	2
Physical Education index	1
Sociological Abstracts	1
Total	177

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Portal Periódicos CAPES, 2015.

Em continuidade a pesquisa, foi realizada nova busca ao *site* do portal de periódicos

CAPES, desta vez referente ao objeto deste estudo, “as percepções de preceptores de saúde sobre metodologias ativas”, porém, nenhum trabalho foi encontrado com este tema. Alteraram-se as palavras-chave para “metodologias ativas e preceptor” e foram encontrados 02 (dois) artigos publicados, o de Correia et al. (2009) e de Ferreira et al. (2012). Ambos tratam de experiências de profissionais em residência multiprofissional, ligadas a Estratégia de Saúde da Família, uma em Ilhéus-Bahia e a outra em Marília-SP, propondo um novo perfil ao profissional de saúde referente à organização do cuidado e da integração ensino-serviço.

A pesquisa de Ferreira et al. (2009) intitulada “Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família”, buscou analisar a percepção dos residentes médicos em saúde da família acerca do trabalho multiprofissional desenvolvido no Programa de Saúde da Família do município de Marília-SP. O estudo contou com 10 (dez) residentes médicos, sendo cinco R1 e cinco R2.

Os dados foram coletados através da realização de 2 (dois) grupos focais, sendo um grupo composto por cinco residentes - R1 e outro grupo composto por cinco residentes - R2. Os dados foram interpretados por meio da análise temática de conteúdo e como resultado o estudo apresentou as dificuldades que fazem parte do cotidiano do trabalho em equipe, no que se refere a articulação do trabalho multiprofissional e do treinamento em serviço. O estudo apontou para as dificuldades do cotidiano do trabalho em equipe relacionado a articulação entre o trabalho multiprofissional e o treinamento em serviço, ou seja, entre a visão de trabalho interdisciplinar do residente médico em contraponto a visão de trabalho da equipe dentro do Programa de Saúde da Família com processos de trabalho cuja base é a linha de montagem. Os resultados do estudo “apontam para o avanço que o trabalho em equipe multiprofissional traz para a formação médica, pois permite uma visão de perspectivas que, sem a equipe, não seria possível”(FERREIRA et al., 2009, p. 1425).

O estudo realizado por Ferreira et al. (2012) relata a experiência de integração ensino-serviço-comunidade vivenciada por membros de equipes de Saúde da Família e graduandos de Medicina e Enfermagem participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual de Santa Cruz, através do projeto “Unidos contra a dengue”, que constitui uma mobilização conjunta da instituição de ensino com o serviço de saúde e a comunidade no combate à dengue no bairro Nossa Senhora da Vitória, Ilhéus-Bahia. O projeto foi realizado no período de abril e maio de 2010 e a estratégia metodológica utilizada foi centrada nas atividades de educação em saúde com objetivo de

sensibilizar e mobilizar a população com relação às medidas de prevenção da dengue no bairro de Nossa Senhora da Vitória, utilizando para desenvolvê-las, preferencialmente, as metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

As atividades envolveram: caminhadas nas ruas do bairro contando com a presença de todos os proponentes do projeto; produção de vinhetas pelos graduandos do curso de Medicina e Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC); uma peça teatral com situações do cotidiano da comunidade, para educadores e alunos, considerados como potenciais multiplicadores das informações de saúde para os demais membros da comunidade, buscando levar os espectadores a refletirem sobre as informações a respeito das formas de contágio, prevenção e combate à dengue, para posterior reflexão em conjunto com os atores da peça, elaborar soluções para os principais problemas enfrentados pela comunidade. A última atividade foi a realização de uma reunião com representantes das instituições locais para informação a respeito da doença e dos resultados alcançados até aquele momento com o desenvolvimento do projeto.

Os autores concluíram que com esta experiência, em que se valorizou o desenvolvimento do cuidado em saúde de forma integrada e integradora com a comunidade, possa ter contribuído “com a formação dos graduandos em saúde, para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde participantes do PET-Saúde/ Ilhéus e para a sensibilização da comunidade” (FERREIRA et al., 2012, p. 151).

Também foi realizada busca ao *site* <http://scholar.google.com.br/>, no qual foram encontrados diversos trabalhos que colaboraram com o presente estudo, tais como Mitre et al. (2008), Bastos (2006), Vasconcelos (1999), Costa (2011).

A seguir serão comentados os trabalhos que foram considerados mais relevantes e com maior aproximação com o estudo em questão.

Dentre estes trabalhos, está a Dissertação de Araújo (2013) intitulada “Análise da produção científica brasileira sobre as metodologias ativas de aprendizagem na área de saúde”, a qual apresenta uma análise da produção científica brasileira sobre metodologias ativas de aprendizagem na área de saúde, realizada através de uma revisão integrativa da literatura, utilizando as bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Em sua busca, a autora supracitada encontrou mais de 4.000 publicações, porém, ao

aplicar os critérios de inclusão (artigos de publicação nacional, especificamente de autores brasileiros, escritos em português e disponível na íntegra), resultaram 126 (cento e vinte e seis) publicações e destas após leitura criteriosa, foram selecionados 23 (vinte e três) artigos que atendiam aos objetivos do estudo. Os achados da pesquisa foram analisados em dois grupos; o primeiro tratou da caracterização da produção científica, onde concluiu que a maioria da produção sobre o tema concentra sua publicação entre os anos de 2011 e 2012, nas regiões sul e sudeste, caracterizam-se como pesquisa e vinculam-se a instituições públicas de ensino.

Em relação aos elementos teóricos e conceituais dessa produção, a conclusão foi a que os autores não apresentaram claramente definições de metodologias ativas, indicando a problematização e a aprendizagem baseada em problemas como as mais usuais. Quanto à fundamentação teórica predominante, constatou-se que os trabalhos baseavam-se no pensamento de Paulo Freire, mais especificamente na pedagogia libertadora, e na aprendizagem significativa. Araújo (2013) fez um destaque a (in)definição sobre metodologias ativas e a fragilidade conceitual e teórica que estavam presentes nas produções.

Um trabalho mais recente, publicado em 2015 por Freitas et al (2015) também pesquisou mediante análise da produção científica, o uso das metodologias ativas na área da saúde, mediante pesquisa no portal Biblioteca Virtual em Saúde. Foram pesquisados artigos publicados no período de 2001 a 2012. Ao final foram analisados 15 (quinze) artigos. Da análise surgiram as categorias temáticas: Inserção de abordagens pedagógicas inovadoras nos currículos de graduação e na formação técnica; aplicação de metodologias ativas na capacitação de profissionais de saúde; e contribuições das metodologias ativas de aprendizagem para a formação e/ou capacitação das profissões em saúde. Sintetizando, os autores do estudo apontaram para o efeito motivador das metodologias ativas para o discente e a vantagem dessa estratégia impulsionar o educando à busca de informações para resolver seus impasses, vendo que a aprendizagem é necessária para ampliar suas possibilidades. Indicam também que as metodologias ativas têm contribuído para mudanças no pensar e agir dos profissionais de saúde.

Outro trabalho que merece destaque é o estudo de validação das metodologias ativas de educação em saúde, na promoção da alimentação saudável de crianças do Ensino Fundamental, desenvolvido por Maia et. al. em 2009 (publicado em 2012) com 25 (vinte e cinco) crianças de 5 a 7 anos, estudantes de uma escola privada em Juazeiro do Norte/Ceará,

selecionadas por meio da amostragem não probabilística intencional. O estudo foi realizado por estudantes da Faculdade de Enfermagem daquela cidade.

Para este estudo primeiramente foi realizada revisão de literatura nacional acerca das metodologias ativas de ensino aprendizagem, compatíveis com desenvolvimento infantil de crianças na faixa etária selecionada, onde foram analisadas 8 (oito) metodologias de educação em saúde e destas foram selecionadas para validação 4 (quatro) tecnologias educacionais, que foram: dinâmicas de avaliação, minuto-cinema, momento-teatro e caixa dos sentidos.

As atividades foram aplicadas em 3 (três) encontros com o grupo das crianças, previamente agendados com os docentes e a coordenação da escola. A coleta de dados foi realizada através da observação das atividades desenvolvidas e anotadas em diário de campo, assim como pela filmagem e fotografia no decorrer da pesquisa. A análise ocorreu através da descrição das atividades, conforme objetivos propostos. Como resultados, os autores indicaram que as metodologias utilizadas favoreceram o desenvolvimento de competências dos estudantes na promoção da saúde. O que chamou a atenção sobre este estudo foi sua originalidade, ao apropriar-se de estratégias educacionais utilizadas rotineiramente e inserir no seu fazer pedagógico as metodologias ativas, oportunizando a perspectiva de novas aplicações dos princípios das metodologias ativas para estruturação do conhecimento.

Outro relevante estudo encontrado através da pesquisa aos periódicos CAPES, é o de Cotta et al. (2013) intitulado “Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?” no qual os autores tiveram como objetivo discutir a experiência do curso de capacitação dos profissionais de saúde com base na perspectiva da humanização, visando a implementação de um modelo sanitário comprometido com os valores essenciais impressos nos ideais do SUS da Unidade de Saúde Pública Ambulatorial da Universidade Federal de Viçosa (USUFV), instituição esta, que atende aos respectivos docentes, discentes, pessoal técnico-administrativo e familiares. Participaram do estudo 23 (vinte e três) profissionais de diferentes categorias (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, auxiliares de laboratórios e pessoal técnico-administrativo).

O curso de capacitação, que possui o mesmo título do estudo, teve a duração de 16 h (dezesesseis horas), realizado a partir de exposições dialogadas, dinâmicas de grupo e processamento de uma Situação Problema. Utilizaram como estratégia metodológica a problematização, partindo do processamento de uma situação problema elaborada a partir da experiência dos docentes. Os dados foram coletados e analisados a partir dos materiais

elaborados nas atividades desenvolvidas no curso.

Como resultado Cotta et al. (2013, p.171) relatam que os “profissionais identificaram que o padrão instituído no modo de pensar e fazer em saúde é insatisfatório para suprir os desafios enfrentados no setor”, ressaltam também que as estratégias utilizadas no curso, contribuíram para sistematizar o conteúdo através da reflexão sobre os referenciais teóricos, estimulando o pensamento reflexivo e crítico, “[...] aspectos estes fundamentais para ampliar e aprofundar o processo de empoderamento dos profissionais” e concluem o estudo com a afirmativa de que “[...] o curso estimulou a grupalidade, colocando em pauta na agenda, a discussão sobre a humanização das ações em saúde”.

Marin et al. (2010) em seu artigo denominado “Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem”, analisaram as fortalezas e fragilidades dos métodos ativos de aprendizagem na ótica de 24 (vinte e quatro) estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem (que cursavam entre a segunda a quarta série) que utilizavam os métodos ativos de aprendizagem pelo período mínimo de um a três anos na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Os participantes foram selecionados através de sorteio, a partir da lista de estudantes fornecida pela secretaria da faculdade (sendo 4 (quatro) alunos de cada série). Os dados foram coletados através de instrumento com dados referentes a curso, série, sexo, idade e seis questões abertas, sendo duas sobre percepção dos estudantes quanto a cada uma das metodologias ativas utilizadas na FAMEMA (ABP e Problematização), e as demais sobre as respectivas vantagens e desvantagens das duas metodologias, e as análises baseadas na hermenêutica dialética, tendo como referência os princípios do método de interpretação de sentidos.

Os relatos dos estudantes de Medicina e Enfermagem participantes do estudo consideram como fortalezas das metodologias ativas a utilização de situações reais ou próximas a realidade que os cercam; a possibilidade de integração entre os ciclos de formação básico e clínico , entre as disciplinas e a dimensões biopsicossociais e por prepararem o aluno para o trabalho em grupo. Para eles as “metodologias ativas estimulam o estudo constante, a independência e a responsabilidade, possibilitando a integração das dimensões biopsicossociais, preparam para o trabalho em equipe e aproximam os alunos dos usuários” (MARIN et al., 2010, p.13).

As fragilidades estão relacionadas à abrupta ruptura do método tradicional para as metodologias ativas, fazendo com que se sintam perdidos e inseguros na busca do

conhecimento, principalmente em disciplinas básicas, argumentando que os conteúdos ficam pouco explorados.

Como contribuição ao levantamento de trabalhos voltados a estratégias de metodologias ativas, Veiga (2015, p. 24) organiza um livro intitulado “Formação Médica e Aprendizagem Baseada em Problemas”, onde apresenta uma descrição detalhada da pesquisa que tem como objetivo, “compreender as potencialidades e as fragilidades da alternativa pedagógica da PBL, implantada em cursos de graduação de medicina, para a constituição e o desenvolvimento do currículo e da docência”, realizada em 04 (quatro) instituições de ensino superior com cursos de Medicina orientados pela metodologia do PBL, situados na região Centro-Oeste e Sudeste do Brasil.

A pesquisa de aspecto qualitativo com característica etnográfica teve como *corpus* a “compreensão e análise interpretativa da PBL, coletada através de entrevistas, de observação das atividades acadêmicas, do preenchimento de questionário, do desenvolvimento dos grupos tutoriais e dos grupos focais com os estudantes” (VEIGA, 2015, p. 25) assim como da análise dos projetos político-pedagógico dos cursos pesquisados. A escolha de docentes-tutores da pesquisa foi realizada de forma deliberada em cada uma das instituições pesquisadas, através de indicação dos coordenadores com base no conhecimento sobre a metodologia, o indicado deveria estar trabalhando no curso, ter pelo menos 02 (dois) anos de experiência, demonstrar interesse em participar do estudo como interlocutor do projeto de pesquisa voltado para o curso de medicina com base em PBL.

Os dados coletados foram mapeados e sistematizado nos 05 (cinco) capítulos de análise e interpretação, que constituem o referido livro. Para a autora, este livro, com o relato dessas experiências, possui como característica o olhar e a discussão das experiências da utilização do PBL a partir de referenciais da educação relacionando-os com a saúde. Como resultados, os estudos citados apontam para a importância que “as pesquisas em educação médica tem ocupado um lugar privilegiado nas pesquisas educacionais e passa, como toda atividade de produção científica, por profundas transformações teórico-metodológicas” (VEIGA, 2015, p. 307). Assim como trazem contribuições no sentido de refletir sobre as mudanças no pensar e no agir de profissionais responsáveis pela formação de outros profissionais, impulsionadas pela necessidade de respostas as demandas sociais.

Ao considerar a formação profissional, ressalta-se a importância da Educação Permanente em Saúde, que é o processo que coloca no centro das questões o cotidiano do

trabalho – ou da formação – em saúde “que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”. (CECCIM, 2005 apud RIBEIRO, 2011, p.19).

Porém, Antunes Cortez (2013) ressalta que para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional.

Neste sentido, uma das vertentes do processo de formação de profissionais de saúde (formação inicial ou permanente) encontra-se voltada a questão do envolvimento de profissionais trabalhadores do SUS com atividades de supervisão/orientação, denominado de preceptor, o qual desempenha um importante papel na formação dos profissionais de saúde, “seja pelo exemplo prático de suas ações no serviço, seja pela supervisão/orientação dedicada aos alunos, aos especializandos e aos residentes em estágio nas unidades de saúde” (RIBEIRO, 2011, p 6). E é sobre este profissional, denominado por Botti e Rego (2008) de experiente que auxilia na formação do profissional de saúde, que abordará a próxima seção deste estudo.

4 PRECEPTORIA EM SAÚDE: conceitos e atribuições do preceptor

A questão da educação para profissionais de saúde é uma constante preocupação e tema de debates em Conferências de Saúde nas três instâncias de deliberação (Federal, Estadual e Municipal). Transformar práticas arraigadas é um desafio para o profissional que tem como responsabilidade contribuir com a formação acadêmica e profissional de outros profissionais de saúde, de forma a quebrar paradigmas hegemônicos e promover a aproximação do profissional ao contexto real de sua prática. Neste contexto surge a figura do preceptor.

De acordo com o Dicionário Houaiss (2001) A palavra “preceptor” - adjetivo e substantivo masculino, deriva do latim *praecéptor, óris* “o que lança mão de algo antecipadamente, o que ordena, instrui, mestre” 1- superior ou comendador de ordem militar (Diacronismo: ant./antigo); 2- que ou aquele que dá preceitos ou instruções: educador, mentor, instrutor; 3- que ou aquele que é encarregado da educação e/ou da instrução de uma criança ou de um jovem.

Preceptorial significa: prebenda (ocupação rendosa e de pouco trabalho) dada a lentes e magistrados, e a atividade proveniente da preceptorial é chamada de “preceptorado”, termo que não é muito utilizado no meio médico, sendo mais comum encontrar referência à palavra preceptorial (BOTTI; REGO, 2008, p. 365) segundo os autores:

A palavra *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”, era aplicada aos mestres militares. Desde 1540, era atribuída aos educadores, mentores e instrutores, designando aqueles que dão preceitos e instrução.

Para Skare (2012) o preceptor historicamente é estereotipado como um médico mais velho, com experiência profissional reconhecida e que é responsável pela introdução de seus pupilos nas atividades práticas da profissão. No decorrer do tempo, essa função cresceu em importância.

Botti e Rego (2008) buscaram na literatura acadêmica nacional os conceitos aplicados ao termo preceptorial e fizeram alusão a duas formas distintas de entendimento, sendo que na primeira definição o termo é empregado para designar o profissional que não é da academia, mas que tem a atribuição de inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho (MILLS, 2005 apud BOTTI; REGO, 2008). Já a segunda definição apresentada, enfoca que o preceptor é o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática e na habilidade clínica (RYAN-NICHOLLS, 2004 apud BOTTI; REGO,

2008).

Autonomo et al. (2015) realizaram análise das publicações brasileiras em saúde, no período de 2002 a 2012, objetivando analisar os conceitos e atividades de preceptoría. Os dados foram buscados nas bases bibliográficas Lilacs, Medline, SciELO, Wholis e Portal Capes. Ao final da busca foram encontradas 29 (vinte e nove) publicações a serem analisadas. Dessas 29 (vinte e nove) publicações, 16 (dezesesseis) delas consideraram que o conceito de preceptor não está muito claro. Os resultados principais quanto aos conceitos de preceptoría estão no quadro 6 (seis) abaixo.

Quadro 6 - Conceitos de Preceptoría.

Autor	Ano	Conceito de preceptor
Pontes, ALM	2005	Docente ou tutor que acompanha um grupo de alunos no cenário de aprendizagem do trabalho de campo supervisionado
Albuquerque, CP	2007	Educador responsável por supervisionar os alunos
Botti, SHO	2009	Profissional que “domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela” (p. 8), “contribui para a formação moral do residente” (p. 53)
Santos, FA	2010	Preceptor de equipe: faz acompanhamento dos alunos nas atividades de campo; preceptor de território: oferece aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada área programática
Missaka, H	2010	Profissional que muitas vezes não é da academia e que tem importante papel na inserção e na socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimento de habilidades para desempenhar procedimentos clínicos” (p. 20)
Fajardo, AP	2011	Facilitador do processo ensino-aprendizagem” (p. 46), e ainda “profissionais que se abrem ao novo trazido pela (con)vivência junto a residentes, pacientes, colegas e gestão” (reconhecimentos)
Missaka, H; Ribeiro, VMB	2011	Preceptor: “médico que atua junto a alunos, internos e residentes na construção de conhecimentos específicos da sua área, tendo ou não título de professor” (p. 344) Preceptoría: “uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e formação profissional, no momento do exercício clínico, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não” (p. 346)
Rocha, HC; Ribeiro, VMB	2012	“Preceptor de território”: “profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes da Estratégia Saúde da Família” (p. 94)

Fonte: Elaboração própria com base em Autonomo et al. (2015).

Observa-se no quadro anterior, definições mais gerais e definições voltadas para contextos específicos, como o chamado “preceptor de território”. Como ponto comum entre as definições destaca-se o trabalho voltado para a prática profissional, onde se destaca o caráter pedagógico/educacional das práticas em campo.

Para este estudo, adota-se a compreensão de que o preceptor é o profissional responsável pelo ensino, inserção e socialização de um grupo de alunos ou residentes, no ambiente no qual este realiza suas atividades profissionais, sendo dada ênfase à prática e à habilidade clínica.

Neste contexto, surge em cena as atribuições inerentes ao preceptor. Como atribuição entende-se que são as responsabilidades próprias de um cargo ou função; competências e prerrogativas (HOUSAISS; VILLAR, 2001).

Para apresentar as atribuições do preceptor no contexto da saúde, este estudo aborda as documentações legais que regulamentam as modalidades de formação nas quais esta figura está presente, como as residências médicas, integradas e multiprofissionais. São apresentados estudos que abordaram a questão das atribuições do preceptor, realizados no Brasil. Finaliza-se com as áreas de competência e atribuições previstas no curso de Especialização em Saúde para preceptores do SUS, caso principal estudado nesta pesquisa.

Em se tratando da documentação legal, a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, apresentou 12 (doze) eixos norteadores orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, que subsidiam o desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Multiprofissional e a Residência em Área Profissional da Saúde. Dentre tais eixos, destaca-se o eixo XI, que trata do monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados.

Observa-se em tal portaria a presença do preceptor, enquanto parte do sistema de formação. As atribuições do preceptor foram delimitadas pela Portaria Nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005, Art. 6º, Inciso I, sendo :

I - o preceptor: tem a função de supervisão docente assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, através da Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (publicada no Diário Oficial da União; Poder

Executivo, Brasília-DF, de 16/04/2012, Seção I, p. 24-25) que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde, em seu Art. 6º, estabelece que os envolvidos na implementação do projeto pedagógico de Residência Multiprofissional e em Área da Saúde, serão: A Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU, A Coordenação de Programa, o Núcleo Docente-Assistencial Estruturante - NDAE, Docentes, Tutores, Preceptores e Profissionais da saúde residentes (BRASIL, 2012). Especificando as atribuições inerentes a cada uma dos envolvidos, mantendo as especificidades das funções dos docentes, do tutor e do preceptor:

Art. 10 Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP, devendo ainda: I. Articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção; [...] Art. 11 A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos [...] Art.13 A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (BRASIL, 2012).

Percebe-se nesse documento, assim como na Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007, a presença de outros profissionais que trabalham na formação em saúde, denominados de tutores, supervisores e mentores. No intuito de diferenciar as atribuições realizada por esses diferentes profissionais, Botti e Rego (2008), criaram um quadro (Quadro 7) comparativo, explicando as principais diferenças entre as atribuições de cada um deles, ilustrados na pagina seguinte.

Quadro 7 - Principais diferenças nas atribuições de preceptores, supervisores, tutores e mentores.

Profissional	Principais papéis	Principal local de atuação	Principais requisitos
Preceptor	Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas Integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho	Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho	Conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos Competência pedagógica
Supervisor	Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade Atuar na revisão da prática profissional	Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho Situações fora do ambiente de trabalho	Excelência no desempenho de habilidade técnica profissional Capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional
Tutor	Guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno Atuar na revisão da prática profissional	Ambientes escolares	Competência clínica e capacidade de ajudar a aprender a aprender Compreensão da prática profissional em sua essência
Mentor	Guiar, orientar e aconselhar na realização dos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional	Fora do ambiente imediato de prática profissional	Capacidade de se responsabilizar, de servir como guia, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio crítico

Fonte: Elaboração própria com base em Botti e Rego (2008).

Ainda neste sentido, Autonomo et al (2015) contribuíram para a discussão das atribuições do preceptor, ao realizarem uma análise nas publicações brasileiras em saúde, entre 2002 e 2012, dos conceitos e atividades da preceptoría. Os dados foram buscados nas bases bibliográficas Lilacs, Medline, SciELO, Wholis e Portal Capes. Quanto aos conceitos, já foram mencionados anteriormente. Abaixo segue quadro 8 (oito) com as atribuições encontradas neste estudo.

Quadro 8 - Atribuições do preceptor segundo estudo de Autonomo et al (2015).

Autor	Ano	Conceito de preceptor (continua)
Barreto, ICHC; Oliveira, EN; Andrade, LOM; Sucupira, ACL; Linhares, MSC; Souza, GA	2009	Articular o trabalho morto com o trabalho vivo; possibilitar o ambiente de ensino e a produção de conhecimento; avaliar o educando
Missaka, H; Ribeiro, VMB	2011	Estreitar a distância entre teoria e prática
Rocha, HC; Ribeiro, VMB	2012	Capacitar futuros profissionais ou residentes para exercerem atividades práticas; experimentar com eles algumas inserções teóricas; construir e transmitir conhecimentos relativos a cada área de atuação; auxiliar na formação ética e moral dos alunos, internos e residentes, e estimulá-los a atuar no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania
Pagani, R; Andrade, LOM	2012	Problematizar, refletir sobre as concepções teórico-vivenciais da promoção da saúde, da educação permanente, sobre as políticas públicas locais; atuar junto aos residentes no acompanhamento das atividades dos módulos da residência, acompanhar a equipe como um todo e apoiar na formação-capacitação dos profissionais diante das dificuldades
Autor	Ano	Conceito de preceptor (conclusão)
Pires, T	2006	Fazer a mediação entre as necessidades do serviço, sua organização, o enfoque prático da aprendizagem em suas múltiplas faces e as necessidades de cada residente
Albuquerque, CP	2007	Mediar situações para as quais as insatisfações dos profissionais da unidade com o próprio processo de trabalho não sejam associadas à presença dos estudantes no serviço; estimular e apoiar o estudante a desenvolver a importante ferramenta médica para o cuidado – a comunicação
Oliveira, FR	2007	Supervisionar, individualmente e em grupo, os residentes com formação profissional igual a sua
Nascimento, DDG	2008	Desenvolver atividades docente-assistenciais no acompanhamento dos residentes
Botti, SHO	2009	Estimular o raciocínio e a postura ativa do residente; planejar, controlar o processo de aprendizagem e analisar o desempenho; aconselhar, usando de sua experiência, cuidando do crescimento profissional e pessoal do jovem médico; observar e avaliar o residente executando suas atividades; ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas
Rossoni, E	2010	Intermediar tensões e entendimentos ambíguos que permeiam processos de subjetivação do sujeito, mesmo que ele se sinta com medo e inseguro para isto; orientar a construção do trabalho final
Costa, SRB	2009	Ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica
Santos, FA	2010	Facilitar os processos de ensino-aprendizagem e não intervir nesse processo; acompanhar diretamente as ações dos residentes; mediar as subjetividades que permearão as convivências de trabalho; formular conjuntamente as agendas e por isso construir vínculos mais estreitos
Fajardo, AP	2011	Envolver-se ativamente em todas as fases da proposta pedagógica, desde sua elaboração, passando pela seleção dos candidatos e pelo acolhimento dos novos residentes; contribuir com sugestões para a aquisição de insumos, equipamentos, publicações e na qualificação dos próprios colegas; tomar atitudes administrativas; sensibilização de todos os colegas do serviço; integrar o residente com a equipe multiprofissional; promover processo de ensino-aprendizagem, de pesquisa e assistência

Fonte: Elaboração própria adaptado de Autonomo et al (2015, p.321).

No quadro acima, diversos autores traçam o perfil das diferentes atribuições que o preceptor deve cumprir, introduzindo seu aluno no campo prático profissional, organizando e supervisionando as atividades, facilitando o processo ensino-aprendizagem, conjugando ensino e assistência e estimulando a postura ativa, dentre outros.

Em se tratando de estudos empíricos, Dias et. al. (2015) ao analisar a percepção de 15 (quinze) profissionais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que atuavam como preceptores em uma unidade de ensino e saúde, com objetivo de avaliar a percepção e conhecimento dos profissionais de saúde que atuam como preceptores, em uma unidade de ensino-assistência, acerca das funções de preceptoría. A pesquisa foi transversal e qualitativa, utilizou a técnica de grupos focais para coleta de dados. Os resultados foram obtidos a partir da análise do discurso, e os resultados apontaram para os fatores que dificultam a realização das atividades de preceptoría, dentre eles: ausência de política de capacitação, desarticulação entre ensino e assistência; carência de elementos legais que amparem a atividades da preceptoría.

Missaka e Ribeiro (2009) analisaram a prática pedagógica quanto aos aspectos referentes à educação permanente (problematização do processo de trabalho e capacidade de acolher e cuidar das dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações) e à relação pedagógica que se estabelece nesta atividade docente, tendo em vista a competência técnica e a capacidade de entender as relações humanas. Participaram do estudo 14 preceptores, em atividade docente, que atuavam na formação do estudante de Medicina durante o internato em emergência e medicina intensiva de um hospital público. Os dados foram coletados através de aplicação de questionários semiestruturados com preceptores e internos envolvidos no cenário da emergência-medicina intensiva e, de um grupo focal com parte desses preceptores e com um grupo de internos. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise temática, de Bardin (1979).

Os resultados apontam que a preceptoría é uma atividade de ensino que favorece a construção de um conhecimento mais significativo à formação humana e profissional dos alunos, porém, a importância de seu trabalho de ensino está em segundo plano, tanto pela instituição de ensino como pela de serviço. Contudo, na perspectiva do preceptor ele percebe-se como um profissional com experiência, especializado, mas sem a devida capacitação pedagógica para exercer suas atividades de preceptoría. Na perspectiva dos alunos, o estudo aponta que eles acreditam que não é qualquer médico que pode ser um preceptor e identificam

como característica importante para um bom preceptor a sua capacidade de estabelecer uma relação pedagógica e não somente um aprimoramento técnico-científico.

No contexto da prática da preceptoría, Barreto et al. (2014) constatam a existência de concepções diferentes para a atuação da preceptoría, e a partir das discussões de situações-problema do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade com a participação de residentes, preceptores, internos e professores de Medicina Social e Clínica Médica, da Universidade Federal de Pernambuco. O estudo teve como objetivo disponibilizar diretrizes para servir de base para reflexão das equipes de atenção primária. As diretrizes foram elaboradas a partir de um documento que inicialmente foi discutido à distância pelos alunos do programa de residência, do núcleo pedagógico do curso médico da UFPE (Nuped) e da Associação Pernambucana de Medicina de Família e Comunidade (APEMFC), e após um mês, as contribuições foram acolhidas e o documento gerado a partir desta discussão, o qual atualmente faz parte das referências utilizadas para o Manual de Preceptoría do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Estas diretrizes visam levar as equipes a refletirem sobre o desenvolvimento de um ensino em serviço compatível com as necessidades de saúde da população.

Parente (2008) partindo de inquietações e de reflexões junto ao corpo docente da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral, em relação a duas categorias de profissionais que fazem parte da equipe de formação profissional do município, o preceptor e o tutor, buscou dialogar com estes profissionais (não especificou a quantidade de participantes do estudo), sobre os limites, desafios e cenários de atuação destas duas categorias profissionais da escola de formação em saúde da família Visconde de Sabóia de Sobral. Como resultados observou-se que mais do que diferenças entre as duas categorias, estão as afinidades na mediação das relações, na facilitação e inserção nos locais de atuação e criando ambientes metodológicos que potencializem a aprendizagem e o trabalho interdisciplinar, entre outros. Ao concluir o autor estabelece o desafio de continuar procurando a melhor forma de dialogar e de discutir sobre as práticas de tutores e preceptores.

Outra importante contribuição encontra-se no estudo de Rodrigues (2012) ao buscar identificar e analisar as competências para a preceptoría no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Foi um estudo exploratório descritivo quali-quantitativo, tendo como público alvo 26 (vinte e seis) preceptores vinculados a serviços de atenção básica de um distrito assistencial de Porto Alegre - RS. Primeiramente, o estudo visou fazer o

levantamento das competências e depois foi organizado um questionário com as competências geradas na primeira etapa do estudo e adicionada uma escala Likert com objetivo de obter o grau de concordâncias entre os entrevistados. Realizou análise qualitativa para obter as competências e a análise quantitativa para estabelecer o consenso entre as respostas, resultando 43 (quarenta e três) competências, classificadas em 09 (nove) áreas de domínio, que são: educacional, valores profissionais, em ciências básicas da saúde pública, gerência, atenção à saúde, trabalho em equipe, comunicação, orientada a comunidade e desenvolvimento profissional. Os resultados apontaram para o compromisso dos preceptores com a formação dos futuros profissionais, porém, mais uma vez, indicaram a necessidade de preparo para o preceptor, visto a ênfase dada ao desenvolvimento de habilidades pedagógicas para sua atuação. A autora aponta que muitas competências de cunho educacional foram indicadas, e a preocupação dos preceptores em apoiar e escutar os alunos traduzindo suas dificuldades, assim como enfatiza a importância da efetivação de momentos de formação para a preceptoría. Ressalta ainda, que as competências da preceptoría identificadas a partir do PET-Saúde, poderão colaborar com a discussão sobre a formação da preceptoría nos serviços de saúde do Brasil.

A capacitação para formação de preceptores já é uma realidade em algumas instituições de ensino, como na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que oferta esta capacitação a preceptores médicos, como indica Rocha e Ribeiro (2012). Após a realização do curso, os autores se propuseram a analisar a prática dos preceptores egressos do curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico, da UFRJ. O estudo foi realizado através de um questionário eletrônico e análise de conteúdo de suas informações, enviados a 60 (sessenta) participantes das três últimas versões do curso, somente 30 (trinta) questionários foram devolvidos. Os resultados apontam que “os preceptores assumiram uma ruptura de padrões tradicionais de ensino, passando a atuar como protagonistas de mudanças que viabilizam um ensino médico inovador, nos moldes das atuais necessidades da sociedade brasileira” (ROCHA; RIBEIRO, 2012, p. 343).

Jesus e Ribeiro (2012) realizaram uma avaliação do modelo de formação pedagógica para preceptores médicos da UFRJ e da rede de saúde do município do Rio de Janeiro, levando em consideração aspectos relacionados à natureza das condições, dos processos de trabalho e da especificidade do conhecimento desses profissionais, utilizando como referencial teórico a educação permanente em saúde, a aprendizagem significativa e o método

de análise do discurso. Inicialmente foi realizado um levantamento dos profissionais que atuavam como preceptores no internato médico da UFRJ, e o instrumento elaborado possibilitou a construção do perfil dos preceptores que atuam nos dois principais hospitais da UFRJ: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG). Para colaborar na construção do modelo de formação de uma experiência-piloto, foram convidados 08 (oito) preceptores. Porém, foram estabelecidos como critérios para o convite o nível de comprometimento e o tempo de envolvimento com a atividade de preceptoría no internato do curso médico.

Realizaram-se 12 (doze) encontros, que foram gravados e transcritos e, a partir deles, identificados os nós críticos do exercício da função apontados pelos preceptores. Com base nestes nós críticos foi construída uma primeira situação-problema, e dado o início a experiência-piloto de formação pedagógica, com base no método de aprendizagem fundamentada em problemas (ABP). Foram analisados textos dos 38 (trinta e oito) preceptores de duas turmas que concluíram o curso de formação em 2008 e 2009 da UFRJ, usando-se como técnica a análise do discurso. O estudo possibilitou a análise das concepções de educação e de saúde assumidas por esses profissionais, assim como também a maneira como eles se apropriaram dos conteúdos em seus discursos e as relações que constroem em suas vidas pessoais. Entre os resultados levantados pelos preceptores do internato médico da UFRJ na avaliação do curso, destacou-se como aspectos relevantes das avaliações analisadas: a apropriação de técnicas de ensino e de avaliação referenciadas nas correntes críticas da educação; a valorização da função do preceptor e a mobilização das capacidades individuais e sociais de transformação das práticas assistenciais e educacionais.

Outro aspecto relevante da preceptoría diz respeito à integração ensino e serviço, e neste contexto, Albuquerque et al. (2008) refletem sobre esta integração a partir das discussões de um grupo multiprofissional de um Curso de Especialização para ativação de mudanças na formação superior em saúde, promovido pelo Ministério da Saúde 2005/2006. O grupo foi constituído por três médicos, duas enfermeiras e um biólogo, que participam de processos educacionais, de gestão e de atenção à saúde em instituições públicas e privadas nos municípios do Rio de Janeiro (RJ), Teresópolis (RJ), Uberlândia (MG) e Montes Claros (MG). Os participantes refletiram sobre sua prática profissional, formulando questões, buscando e analisando criticamente novas informações e elaborando estratégias para enfrentar problemas, em atividades presenciais e a distância. O material analisado teve origem nesta

construção coletiva dos grupos do curso e considerou os aspectos relacionados a integração ensino-serviço com a formação superior dos profissionais de saúde, com os modelos tecno-assistenciais, com a prática do cuidado em saúde, com o trabalho em equipe e com a educação permanente, que surgiram nas reflexões dos grupos.

Os resultados do estudo indicam que são muitas as críticas em relação à integração ensino e serviço, sendo necessária a ampliação dos espaços de diálogo e sensibilização para a co-responsabilização de todos os atores envolvidos na formação de novos profissionais e na prestação de serviços em saúde, assim sendo, não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre esta articulação entre o ensino-serviço. Os autores afirmam que para se construir um novo modo de organizar e praticar a atenção à saúde é preciso um novo perfil de trabalho e de trabalhadores, com formação e qualificação voltadas para as necessidades da população, portanto, deve-se aproximar a relação entre o ensino e o serviço visando à transformação das práticas profissional e da organização dos serviços.

Nas várias fontes de dados, tanto teóricas quanto empíricas, percebe-se a menção à prática pedagógica do preceptor. Cunha (2004 apud ALBUQUERQUE et al., 2008) justifica essa atribuição ao afirmar que o preceptor ensina, acompanha, orienta e compartilha experiências no sentido de desenvolver habilidades clínicas e contribuir com a formação do profissional de saúde. Nesse contexto entra em cena a questão da formação para o ensino em saúde.

Portanto, em face as constantes exigências e mudanças no cenário da saúde e da educação, Jesus e Ribeiro (2012) asseguram que a formação pedagógica de preceptores deva compreender o significado de um processo dialético de ensino-aprendizagem, utilizando modelos educativos pedagógicos que ultrapassem a mera transmissão de conhecimentos, permitindo aos profissionais extraírem das situações complexas e contraditórias de seu cotidiano a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução.

Neste sentido, cursos de formação para preceptores podem ser ferramentas para o desenvolvimento de habilidades que auxiliarão no processo de ensinar, presente como atribuição da preceptoría.

Neste contexto, o Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, caso sobre o qual essa pesquisa se debruça, delimitou perfis de competência com o objetivo de promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras atitudinais

(TEMPSKI et. al, 2013, p. 5), voltadas para a Educação na Saúde. No primeiro quadro a seguir são delimitadas três áreas de competências e suas ações-chave. Na sequência cada área de competência é detalhada em termos das atribuições esperadas (Quadro 9).

Quadro 9 - Perfil de competência do preceptor do SUS, MS E IEP/HSL, por ações-chave, do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, 2013.

Área de competência	Ações-chave
Gestão educacional	Identifica o contexto da preceptoría
	Desenvolve iniciativas de integração ensino-serviço e de processos educacionais no cenário do SUS
	Avalia iniciativas de integração ensino-serviço
Assistência e preceptoría	Identifica as necessidades de saúde individuais e da comunidade
	Elabora planos de cuidado individualizados e coletivos
	Acompanha e avalia os planos de cuidado
Ensino-aprendizagem e preceptoría	Identifica necessidades de aprendizagem
	Elabora e desenvolve o processo educacional
	Avalia o processo educacional
	Apoia a construção de novos conhecimentos em saúde

Fonte: Elaboração própria adaptado do Caderno do curso IEP/HSL (2013).

Destaca-se no quadro 9 (nove) acima apresentado, as ações voltadas para o ensino-aprendizagem na preceptoría, que compreendem atividades que focam a elaboração e avaliação de processos educacionais e o apoio à construção de novos conhecimentos. Na sequência são apresentados três quadros que detalham as atribuições dentro das três áreas de competência que o curso abarcou. O primeiro, encontra-se ilustrado a seguir no quadro 10.

Quadro 10 - Atribuições para a área de competência Gestão Educacional.

Ações-chave	Atribuição
Identifica o contexto da preceptoría	Identifica obstáculos e oportunidades para o exercício da preceptoría, levando em conta as potencialidades e limitações das instituições envolvidas, do Sistema Único de Saúde - SUS e das políticas nacionais da educação, saúde e de integração de profissionais de saúde, bem como dos parceiros envolvidos nas iniciativas de integração ensino-serviço, buscando a construção de uma relação ética, solidária e transformador Identifica e promove a identificação de problemas que retardam ou impedem o desenvolvimento de iniciativas de integração ensino-serviço e do exercício da preceptoría, incluindo uma análise de estrutura, processos e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades
Desenvolve iniciativas de integração ensino-serviço e de processos educacionais no cenário do SUS	Elabora suas atividades de preceptoría em conjunto com os responsáveis pelas instituições de ensino e serviço parceiras, de modo pactuado com a equipe e com os gestores do serviço de saúde no qual atua Busca a participação da equipe no processo educacional e estimula que os educandos participem do trabalho da equipe Desenvolve as atividades educacionais, considerando a Lei de Estágios e a regulamentação das instituições parceiras, buscando respeitar as normas e os valores das organizações envolvidas Mostra abertura e disponibilidade para lidar com conflitos e situações de crise, buscando a construção de novos pactos, mostrando flexibilidade e capacidade de adaptação
Avalia iniciativas de integração ensino-serviço	Promove e participa da avaliação do programa educacional e da parceria, visando à superação de obstáculos e à potencialização da preceptoría e da integração ensino-serviço no processo de ensino-aprendizagem de educandos e na melhoria da qualidade da atenção à saúde

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Caderno do curso IEP/HSL-2013.

Dentre as atribuições do preceptor relacionadas à competência de gestão educacional, constantes no quadro 10 (dez) acima, este estudo destaca duas, que são: identificação de obstáculos e oportunidades para o exercício da preceptoría, fundamental para a organização das atividades evitando ou diminuindo a probabilidade de contratempos que poderão influenciar na qualidade da formação profissional e, a busca pela integração e participação da equipe do serviço de saúde no processo educacional, de forma que todos possam contribuir e desenvolver suas ações de maneira adequada, primando pelo bom desempenho dos serviços e da assistência em saúde.

Outra área de competência trabalhada no curso diz respeito a assistência a saúde e a preceptoría, ou seja, aos serviços inerentes a atividade de cada profissão e a forma como a preceptoría deveria desenvolver mais esta atribuição. As competências selecionadas pelos organizadores do curso, encontra-se relacionadas no quadro 11, a seguir.

Quadro 11 - Atribuições para a área de competência Assistência e Preceptoría.

Ações-chave	Atribuição
Identifica as necessidades de saúde individuais e da comunidade	Identifica e favorece a identificação de necessidades de saúde, de modo que suas ações e as dos educandos estejam orientadas às necessidades identificadas de cada pessoa, família ou grupo populacional Articula os aspectos biológicos, sociais, culturais e subjetivos envolvidos no processo saúde-doença das pessoas e populações, de modo a promover uma compreensão singularizada Realiza e favorece a realização da história e de exame clínicos para a coleta qualificada de dados Utiliza e interpreta recursos de investigação diagnóstica, segundo evidências e acesso à tecnologia Utiliza e favorece a interpretação de indicadores de saúde e sociodemográficos e das ferramentas epidemiológicas, visando ampliar a análise sobre as necessidades de saúde de pessoas, famílias e de grupos populacionais atendidos
Elabora planos de cuidado individualizados e coletivos	Elabora planos de cuidado orientados às necessidades de saúde identificadas, promovendo a adesão pactuada e corresponsável das pessoas, famílias e cuidadores e a articulação de ações e serviços do SUS Constrói os planos de cuidado voltados à integralidade da atenção, de modo a compartilhado com a equipe de saúde, oferecendo aos educandos oportunidades de vivenciar essa elaboração e construção Atua garantindo a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a biossegurança, de modo ético, estimulando o desenvolvimento de capacidades dos educandos e das equipes para essa prática Realiza o registro de seus atendimentos de forma legível, clara e completa promovendo a qualificação dessa prática
Acompanha e avalia os planos de cuidado	Avalia constantemente os planos de cuidado, identificando conquistas, obstáculos e aspectos limitantes, de modo a encontrar alternativas contextualizadas Utiliza o acompanhamento de pessoas, famílias ou de grupos populacionais como oportunidade para que os educandos e a equipe identifiquem como melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços das redes de atenção à saúde Aprimora sua assistência a partir da reflexão e análise crítica de sua prática, favorece que todos os envolvidos no cuidado realizem sua autoavaliação, tendo como referência as melhores práticas

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Caderno do curso IEP/HSL-2013.

Para a área de competência voltada ao ensino-aprendizagem e preceptoría (Quadro 12), assinala-se como aspecto importante a utilização da realidade dos serviços de saúde para

favorecer a identificação da necessidade de aprendizagem, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e respeitando o conhecimento prévio dos educandos.

A segunda ação-chave “Elabora e desenvolve o processo educacional” (Quadro 12), encontra-se em consonância com a Portaria GM Nº 1.111/05, faz parte das competências da preceptoría à organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, logo as competências estabelecidas.

Quadro 12 - Atribuições para a área de competência Ensino-aprendizagem e preceptoría.

Ações-chave	Atribuição
Identifica necessidades de aprendizagem	<p>Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem de educandos, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um, na perspectiva da construção de competência profissional</p> <p>Utiliza a realidade do trabalho em saúde para favorecer a identificação de necessidades de aprendizagem dos educandos, da equipe, das pessoas e famílias atendidas</p> <p>Identifica as suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor</p> <p>Identifica os diferentes ritmos, estilos, facilidades e dificuldades de aprendizagem dos educandos, das equipes e das pessoas e famílias atendidas, levando em conta o contexto sociocultural dos envolvidos e as características das instituições parceiras na integração ensino-serviço</p>
Elabora e desenvolve o processo educacional	<p>Estimula a curiosidade, a independência intelectual, a racionalidade científica e o pensamento complexo de todos os envolvidos no cotidiano do trabalho em saúde.</p> <p>Define os processos educacionais, a partir do diálogo entre necessidades de aprendizagem identificadas, objetivos educacionais a serem alcançados e perfil de competência desejado</p> <p>Elabora atividades educacionais de modo vinculado à prática em saúde no serviço, considerando as diretrizes curriculares, os objetivos educacionais, as necessidades de saúde da população e os saberes prévios dos envolvidos, diante do perfil de competência desejado</p> <p>Utiliza diferentes métodos de ensino, empregando-os de modo coerente com os objetivos educacionais e com o cenário de ensino-aprendizagem</p> <p>Favorece a aprendizagem significativa e o desenvolvimento articulado de capacidades cognitivas, habilidades e atitudes, no sentido da construção de competência</p> <p>Estimula a busca e a análise crítica de informações, favorecendo a capacidade de aprender e de reconhecer conflitos entre os conhecimentos prévios e os novos saberes. Promove a educação pelo exemplo e atua como apoiador ou consultor de educandos e da equipe com os quais atua</p>
Avalia o processo educacional	<p>Identifica e promove a identificação de conquistas, limitações e dificuldades no processo ensino-aprendizagem, utilizando a metacognição para potencializar a aprendizagem dos educandos</p> <p>Participa e promove a participação dos educandos e da equipe em espaços de educação permanente, estimulando a reflexão sobre o processo educacional e o trabalho em saúde, no sentido da melhoria da aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde</p>
Apoia a construção de novos conhecimentos em saúde	<p>Apoia o desenvolvimento ou participa e estimula a participação dos educandos na produção científica ou tecnológica em saúde, orientadas por princípios ético-científicos e pela necessidade de saúde das pessoas e de fortalecimento do SUS em seu contexto</p> <p>Promove o desenvolvimento, a utilização e avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora na assistência e na educação, voltadas à melhoria da eficiência, eficácia e efetividade</p>

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Caderno do curso IEP/HSL-2013.

O perfil de competência utilizado no curso foi fundamentado em referenciais teóricos políticos e pedagógicos como: Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), Lei nº 8.080/90, nos princípios da aprendizagem de adultos de Paulo Freire (1996), de Albert Bandura (1982), de Malcom Knowles (1990) e de Lev Vigostsky (2011) (TEMPSKI, 2012).

Conforme mencionado no decorrer desta seção, são diversos os estudos que buscam compreender os aspectos relacionados à formação profissional, a percepção do conhecimento, as práticas pedagógicas, as competências e atribuições do preceptor e as perspectivas de integração ensino e serviço na área da saúde. Estas considerações tornaram-se imprescindíveis neste momento do estudo, pois possibilitaram um olhar mais abrangente sobre as compreensões e percepções de profissionais que vivenciam os limites e desafios da função de preceptor e profissional da saúde, colaborando sobremaneira na busca pelo estabelecimento de novos conhecimentos.

Deste modo, para que o conhecimento almejado por este estudo alcance os seus objetivos de averiguar as percepções do preceptor de saúde em relação a sua prática após a conclusão do curso com base em metodologias ativas de ensino aprendizagem, faz-se necessário estabelecer o caminho a ser trilhado para a realização desta pesquisa, aonde se pretende chegar, ou seja, o caminho metodológico do estudo, o qual será apresentado na seção seguinte.

5 CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

A presente seção trata do caminho percorrido para o alcance dos objetivos do estudo, que parte das inquietações sobre metodologias ativas que motivaram a busca por respostas sobre quais são as percepções que os preceptores de profissionais de saúde têm de sua prática pedagógica em relação às metodologias ativas de ensino aprendizagem, após concluírem o curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, realizado em Santarém/PA, no ano de 2014.

A seção está dividida em 07 (sete) sub-tópicos, sendo: o desenho da pesquisa, o *lócus* da pesquisa, o delineamento do estudo, seus participantes, os instrumentos, a coleta de dados e a forma como estes dados foram analisados.

5.1 DESENHO DE PESQUISA.

A pesquisa constituiu-se num estudo de caso, centrado em aspectos qualitativos, segundo o método descritivo utilizado por ser uma modalidade propícia a dar sentido/significado ao objeto de estudo. Neste contexto, segundo Gaskell (2002) o objetivo da abordagem é a exploração de opiniões e representações sobre um tema. Neste sentido, a pesquisa caracteriza-se como pesquisa social, pois, de acordo com Bauer et al (2012) o interesse da pesquisa social está na maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre o que é importante para elas e como elas pensam sobre suas ações. Minayo e Sanches (1993) ao discutirem sobre a pesquisa qualitativa, chamam atenção à importância da palavra como elemento fundamental de expressão dos sentimentos e valores humanos.

O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. [...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

Por sua vez, a opção pelo estudo descritivo foi devida ao mesmo proporcionar meios possíveis para apresentar os fatos e fenômenos de determinada realidade, procurando explicar suas origens, relações, mudanças e as consequências que terão para a vida humana

(TRIVIÑOS, 1987) o que favorecerá a compreensão das categorias emergentes nos relatos dos participantes, possibilitando também a manifestação espontânea de suas ideias.

5.2 LOCUS DA PESQUISA.

A Pesquisa desenvolveu-se no município de Santarém, que faz parte de Região Oeste do Estado do Pará. A Região é formada por 20 municípios (Figura 2), apresentando uma área de 527.956 km², correspondendo a 42,09% da área do Estado. Com população estimada de 912.007 habitantes, representando 12,03% da população do Estado do Pará, que é de 7.581.051 hab., com densidade demográfica de 56,04 hab/km² (DATASUS, 2010).

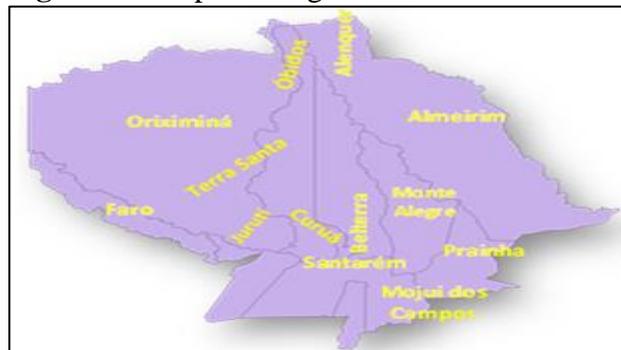
Figura 2 - Mapa da Região Oeste do Pará.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde- 2013

A região Oeste do Pará divide-se em duas regiões de saúde, a Região do Baixo Amazonas, composta por 13 (treze) municípios (Faro, Juruti, Óbidos, Oriximiná, Terra Santa, Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Monte Alegre, Mojuí dos Campos, Prainha e **Santarém**) com 689.777 hab.(CNES, 2011) (Figura 3).

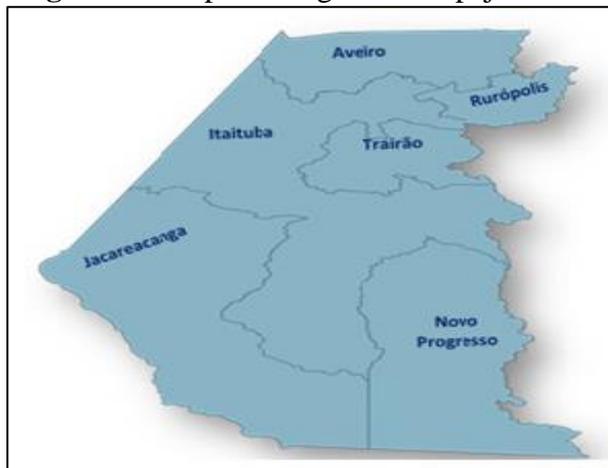
Figura 3 - Mapa da Região do Baixo Amazonas



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde- 2013

E a Região do Tapajós (Figura 4) composta por 06 (seis) municípios (Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis e Trairão) com 204.887 hab.(CNES, 2011) (Figura 4).

Figura 4 - Mapa da Região do Tapajós



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde- 2013

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Pará (2013) Santarém é a cidade polo da Região, possui uma população de 294.580 habitantes (IBGE, 2012), é sede Regional de Órgãos e Instituições Federal e Estadual da Saúde e da Educação. Por ser um município polo, Santarém contribui com a formação de profissionais em diversas áreas, pois sedia Instituições privadas de ensino superior e 02 (duas) Universidades Públicas que são: a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e a Universidade Estadual do Pará (UEPA).

O município é referência para ações e serviços de saúde, considerando sua proximidade com os municípios adscritos em relação a capital do Estado, mesmo diante de toda a dificuldade de acesso característico da região e, por apresentar infraestrutura e rede de assistência à saúde pública, privada e conveniada de baixa, média e alta complexidade, além de 01 (um) Hospital Regional que oferece residência multiprofissional (em Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Fisioterapia), pioneiro na formação do profissional de saúde nesta região, consolidando a parceria entre a formação e a atuação profissional, o que desponta como um diferencial para a região.

Neste sentido, os 20 (vinte) municípios da Região de saúde do Oeste do Pará foram contemplados com a segunda edição do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, realizado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

– IEP/HSL, através do curso de pós-graduação, em nível de especialização, em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, em Santarém-PA, no período de 2013-2014, com parceria local do 9º Centro Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde Pública e pela Universidade Estadual do Pará - UEPA, Campus Santarém.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.

Os participantes desse estudo foram 15 (quinze) preceptores concluintes do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, baseado em estratégias de Metodologias Ativas de ensino aprendizagem, ocorrido em Santarém- PA.

Como critério de inclusão, participaram do estudo preceptores da Região Oeste do Pará, formadores de profissionais de Saúde, concluintes do curso, atuantes como preceptores de profissionais de saúde durante e após o período de realização do curso de especialização (entre 2013 e 2015). Foram excluídos do estudo profissionais participantes do curso, que não o concluíram e que não atuam ou atuaram como preceptores de profissionais de saúde durante a realização do curso (entre 2013 e 2015).

5.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.

Para atender aos objetivos da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Folha de dados sociodemográficos: com questões relacionadas à caracterização dos participantes do estudo, quanto às variáveis: sexo, idade, profissão, local de atuação, tempo de atuação, pós-graduação, experiência em educação, tempo de atuação na docência, experiência em metodologias ativas e o tempo desta experiência, assim como o tempo e a área de atuação em preceptoria.
- b) Roteiro de entrevista semiestruturada: com questões relativas às percepções sobre quem é o preceptor e suas atribuições, percepções quanto ao curso realizado, sobre as metodologias ativas e as práticas pedagógicas após a realização do curso.

As questões relativas ao roteiro de entrevista semiestruturada foram submetidas à análise semântica, que objetivou verificar a compreensão de todos os itens constantes no mesmo. De acordo com Pasquali (1999) a análise semântica deve verificar se todos os itens são inteligíveis a todos os participantes do estudo, independente de sua habilidade de

compreensão, mas deve-se ter o cuidado de evitar a deselegância na formulação dos mesmos, ou seja, as questões devem ser formuladas de maneira que a dificuldade na compreensão dos itens não se constitua em um fator complicador na resposta dos indivíduos participantes do estudo.

A análise semântica foi realizada com os concluintes do curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, que não atenderam os critérios de inclusão da pesquisa. Vale ressaltar que a análise semântica não deve ser considerada como entrevista piloto, pois não houve entrevista, somente foi perguntado ao participante o que ele entendeu da questão apresentada, e havendo alguma expressão incompreensível ou com sentido duvidoso, foi realizada a alteração e novamente realizou-se checagem com outros participantes, até o texto das questões ficar claro e compreensível.

Os itens testados foram as seguintes questões, constantes no roteiro de entrevistas:

- 1 - Conte sobre suas atividades de preceptoria.
- 2 - O que vem a sua mente quando você pensa em Metodologias Ativas de ensino aprendizagem?
- 3 - Conte sobre suas práticas docentes na preceptoria.
- 4 - Quais as suas percepções sobre os conhecimentos advindos do curso de pós-graduação usando M.A.?

Na análise verificou-se que a substituição da palavra “conte” pela palavra “descreva” facilitou a elaboração da resposta. Fato este confirmado em mais duas testagens. Ainda nos dois primeiros testes, verificou-se que pelo fato dos entrevistados não atuarem como docentes/preceptores, eles tiveram dificuldades na interpretação, chegando a confundi-la com a primeira pergunta. Para este item foi realizada a alteração do termo “conte” pelo termo “fale” que, de acordo com o segundo profissional entrevistado, deixou a redação mais clara e facilitou o entendimento. A segunda questão foi bem compreendida em todas as checagens realizadas. Após as alterações sugeridas por esses primeiros profissionais, foram realizadas mais (05) testagens, desta vez com profissionais que atuam na docência, e nelas as questões 1, 2 e 3 foram bem compreendidas. Em relação a quarta pergunta, eles sugeriram uma alteração na redação, pois a mesma estava muito extensa. Após todas as testagens e levando em consideração as sugestões dos membros da banca de qualificação, o roteiro de entrevista ficou composto pelas questões:

1. Como ocorreu seu ingresso no curso?

2. Conte como foi para você participar do curso.
3. Quais foram os conhecimentos adquiridos a partir de sua participação no curso?
4. Na sua percepção quem é o preceptor?
5. Descreva suas atividades de preceptoria.
6. Na sua percepção, o que são metodologias ativas de ensino aprendizagem?
7. Como você percebe sua prática após ter participado do curso?

A seguir a coleta de dados foi realizada, o que é relatado na sequência.

5.5 COLETA DE DADOS.

Minayo (2013) considera as entrevistas como uma “conversa com finalidade” e sua utilização tem como objetivo construir informações sobre o objeto de pesquisa, possibilitando ao pesquisador obter informes contidos na fala dos atores sociais de forma objetiva ou subjetiva. A entrevista semiestruturada é uma combinação de perguntas fechadas e abertas, o que possibilita ao entrevistado abordar o tema proposto sem se prender a questão formulada (MINAYO et al., 2013).

A utilização de entrevista possibilita ao pesquisador mapear, descobrir e compreender de forma detalhada as crenças, atitudes, valores e motivações dos atores em relação a um contexto específico e a sua realidade, de forma objetiva ou subjetiva, através de sua fala (GASKELL, 2002). Nesse contexto, e levando em consideração os objetivos propostos, escolheu-se essa técnica para a coleta de dados.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras quanto aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, não maleficência, benevolência e justiça. Nesse sentido, os participantes foram contatados para marcação de data e local para a realização das entrevistas. Na ocasião, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo que consta no apêndice A.

A coleta de dados da pesquisa obedeceu as seguintes etapas:

- a) Aplicação da folha de dados sociodemográficos aos concluintes do Curso de Especialização em Educação na Saúde para preceptores do SUS;

b) Análise da folha de dados sociodemográficos com objetivo de identificar dentre os concluintes do curso os profissionais concluintes que atuam como docentes preceptores de profissionais de saúde, os quais, posteriormente foram entrevistados;

c) Realização das entrevistas.

Os concluintes do curso que atenderam aos critérios de inclusão foram contatados e as entrevistas marcadas em dias e horários previamente combinados, de acordo com a disponibilidade de cada um. Na sua maioria, as entrevistas ocorreram no próprio local de trabalho dos preceptores e a duração variou entre 10 (dez) minutos a mais rápida e 17 (dezessete) minutos, aproximadamente, a mais longa.

O procedimento adotado para a realização da entrevista foi: apresentação do entrevistador, posteriormente, dos objetivos do estudo, após a explicação entregou-se o termo de consentimento livre e esclarecimento para que fosse lido, esclarecido quaisquer dúvidas e assinada a aquiescência pelo entrevistado. Mediante a assinatura e entrega do termo, o entrevistado foi informado que não haveria respostas certas ou erradas, pois suas respostas partiriam de sua percepção em relação às questões abordadas pelo estudo, assim esclarecido, iniciava-se a entrevista e ao finalizar foi agradecida sua participação e colaboração

5.6 ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados produzidos foram analisados de maneiras distintas, porém complementares. Os dados descritivos, oriundos da folha de dados sociodemográficos, foram analisados mediante estatística descritiva utilizando-se o *software Excell* e, para os dados de natureza qualitativa foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, com base em Lefèvre e Lefèvre (2005), indicado para pesquisas qualitativas que versam sobre uma ideia, uma opinião, uma percepção, ou seja, pesquisas que buscam averiguar o discurso do sujeito individual de modo que estes discursos expressem o pensamento de uma coletividade.

O conceito do Discurso do Sujeito Coletivo foi criado como “[...] uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos” (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005, p. 17). A proposta permite analisar cada um dos depoimentos coletados, extraindo deles as suas expressões-chaves (ECH), ideias centrais (IC) ou das ancoragens (AC) semelhantes, possibilitando a construção de um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular. “[...] o discurso do sujeito coletivo visa dar luz ao conjunto de

individualidades semânticas componentes do imaginário social” (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005, p. 16).

O sujeito coletivo se manifesta através do discurso de um sujeito individual que expressa uma referência coletiva, na medida em que fala pela ou em nome de uma coletividade. “O discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social” (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005, p. 16). O DSC busca reconstruir, através das Expressões-chave extraídas dos discursos de cada sujeito, tantos discursos-síntese quanto necessários para expressar a representação social do fenômeno estudado.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005) expressões-chave (ECH) são a matéria prima do DSC, pois são trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento, o conteúdo discursivo que geralmente relaciona-se com as questões da pesquisa. Através destes trechos é possível o resgate da literalidade do depoimento, pois através da integralidade do discurso, dos trechos selecionados (Expressões-chave), das ideias-centrais e ancoragens é possível julgar a pertinência da seleção e da tradução dos depoimentos, ou seja, as Expressões-chave “são uma espécie de *prova discursivo-empírica da verdade* das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa” (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005, p. 17).

A ideia central (IC) é uma expressão linguística ou um nome, que representa de maneira simplificada, precisa e fiel o sentido de cada discurso analisado e de cada um dos conjuntos homogêneos de Expressões-chave. São as ideias centrais que originarão o DSC. Estas ideias centrais podem ser extraídas diretamente das descrições do sentido do depoimento (o que foi dito) ou indiretamente, manifestando o tema do depoimento ou sobre o que o sujeito está falando, sendo necessário neste caso fazer a identificação das Expressões-chave, as quais o tema se refere.

A ancoragem (AC) é uma figura metodológica, definida como sendo uma manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença, professada pelo sujeito do discurso na forma de uma afirmação generalizada, usada para definir ou expressar uma situação específica. É importante ressaltar que a ancoragem manifesta muitas vezes conteúdos e ou conceitos latentes, subjacentes às práticas cotidianas e profissionais do sujeito.

As análises dos dados do presente estudo seguiram os 06 (seis) passos que compõem as etapas estabelecidas pela proposta de Lefèvre e Lefèvre (2005) utilizando para tanto tabelas do *Word* e planilhas do *Excell*, com o intuito de melhorar a visualização dos discursos e

organizar as expressões-chave, ancoragens e principalmente na identificação e separação dos grupos representativos das classes que deram origem aos DSC.

Após a realização das entrevistas, que é a matéria prima das representações, o discurso proferido pelo sujeito social, o primeiro passo consistiu na transcrição literal e a organização dos discursos, em uma tabela denominada IAD1 (Instrumento de Análise do Discurso). Foi elaborada uma tabela para cada questão apresentada, contendo a cópia integral dos depoimentos de cada um dos participantes entrevistados e, após sua organização, procedeu-se a análise do discurso de cada sujeito por questão isoladamente. Para cada questão foram trabalhados igualmente os 06 (seis) passos fundamentais para o processamento do DSC (Quadros 13 a 17).

Quadro 13 - Exemplo do 1º passo – IAD 1: Para você quem é o preceptor?

SUJEITO		IC
P-01	Ai o Preceptor é a referência, ele é o formador de opinião, formador de um profissional, né e enfim né contribui para a formação de um outro profissional,	
P-02	Bom na minha percepção o preceptor tem um papel de auxiliar o aprendizado do residente, porque a gente não está aqui para ensinar eles, a gente tá aqui para auxiliar eles, para esclarecer tirar as dúvidas, no exato momento, até quando, gera a dúvida para nós mesmos, porque ninguém sabe tudo, as vezes é um caso diferenciado, até para ele avaliar, a gente tem que pegar e procurar explorar mais isso ...	

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O segundo passo, foi identificar e destacar de amarelo, as expressões-chave e sublinhar, negritar e colocar em itálico as ancoragens, de cada resposta de cada participante.

Quadro 14 - Exemplo do 2º passo: Identificação das Expressões-chave.

SUJEITO	EXCH	IC
P-01	Ai o Preceptor é a referência, ele é o formador de opinião, formador de um profissional, né e enfim né contribui para a formação de um outro profissional,	
P-02	Bom na minha percepção o preceptor tem um papel de auxiliar o aprendizado do residente, porque a gente não está aqui para ensinar eles, a gente tá aqui para auxiliar eles, para esclarecer tirar as dúvidas, no exato momento, até quando, gera a dúvida para nós mesmos, <i>porque ninguém sabe tudo</i> , as vezes é um caso diferenciado, até para ele avaliar, a gente tem que pegar e procurar explorar mais isso, a gente não está ensinando diretamente para eles, a gente tá aprendendo juntamente com o residente, mas não deixa de ser direcionado para gente dar o direcionamento para aquele residente, para que ele não se perca, não deixa ele andar só, estamos ali só para auxiliá-los naquele momento.	

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O terceiro passo foi identificar a partir das Expressões-chave das ideias centrais (IC) e as ancoragens (AC), colocando-as separadamente (IC e AC) nas colunas correspondentes, conforme pode ser observado no exemplo do quadro 15, abaixo.

Quadro 15 - Exemplo do 3º passo: Identificação das ideias centrais a partir das ECH.

S	EXCH	IC	AC
P-01	Ai o Preceptor é a referência, ele é o formador de opinião, formador de um profissional, né e enfim né contribui para a formação de um outro profissional,	É a referência Formador de opinião Formador de profissional Contribui com a formação	

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O quarto passo, foi a identificação e agrupamento das ideias centrais e ancoragens centrais que possuíam o mesmo sentido, sentido equivalente ou sentido complementar. Os grupos foram identificados por letras maiúsculas, vale ressaltar que as letras de identificação não seguiram nenhum critério de ordem, foram utilizadas aleatoriamente.

Quadro 16 - 4º passo: Classificação das ideias centrais semelhantes.

SUJEITO	ECH	IC	Classificação
P-01	O Preceptor é a referência,	É a referência	A
P-01	Ele é o formador de opinião,	Formador de opinião	A
P-01	Formador de um profissional,	Formador de profissional	B

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O quinto passo, foi à denominação de cada grupo, criando uma ideia central ou ancoragem central única que representasse e expressasse o conjunto de ideias centrais e Ancoragens centrais daquele referido grupo. Nesta etapa, foi criada uma tabela para cada grupo e cada tabela foi composta por 4 (quatro) colunas, sendo uma para as Expressões-chave, uma para as ideias Centrais, outra para as Ancoragens e uma para o grupo.

O sexto passo foi à construção do DSC. As informações contidas na tabela do IAD1 foram copiadas para a tabela do tipo IAD2 e os discursos foram construídos, a partir da junção das expressões-chave que pertenciam à mesma classe de ideias centrais, conforme o exemplo na sequência, expressa no quadro abaixo.

Quadro 17 - 6º passo DSC da ideia central A: O preceptor é um profissional de referência

SUJEITO	EXCH	DSC
P-01	O Preceptor é a referência,	O preceptor é a referência, ele tem que ser exemplo para a pessoa e para o residente que está sendo acompanhado por ele. Ele é o formador de opinião
P-15	Ele tem que ser exemplo pra a pessoa, pro residente que ta sendo acompanhado por ele né,	
P-01	Ele é o formador de opinião,	

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Na construção do DSC, para fazer a ligação entre as expressões-chave, podem ser introduzidos conectivos para tornar o discurso mais coeso, também se deve eliminar os

particularismos existentes nas expressões-chaves, assim como eliminar as repetições de ideias, porém, deve-se manter as ideias iguais que forem expressas de forma diferenciada ou com palavras e expressões distintas.

Os resultados foram apresentados por questão através do quadro-síntese com as ideias centrais que surgiram na análise da questão. Depois da construção do quadro-síntese de cada questão foram apresentadas as ideias centrais e seus respectivos DSCs. Os DSCs foram apresentados em *itálico* para caracterizar uma fala, um discurso coletivo, e não foi utilizado “aspas” nos discursos, visto que não se trata de uma citação.

Devido a grande quantidade de dados coletados através dos relatos dos participantes, o estudo optou por apresentar os resultados e em seguida ir tecendo o diálogo com os autores dinamizando assim a discussão e o encadeamento da compreensão do leitor. A seguir a seção que trata dos resultados e discussão, ora mencionada.

PARTE II
RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO

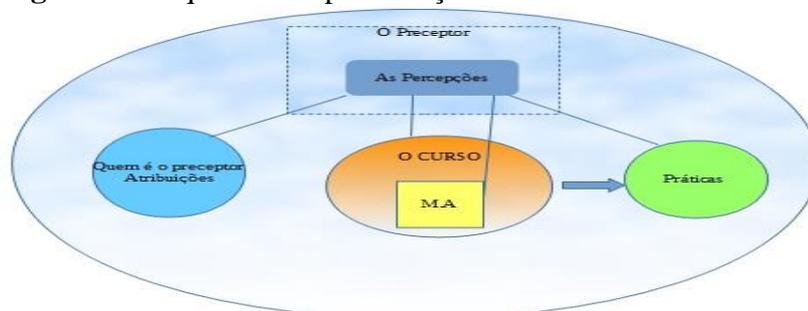
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO.

Devido o grande volume de material extraído das entrevistas e no intuito de objetivar a leitura e compreensão das informações, buscou-se dividir a apresentação dos resultados e a discussão, em quatro partes, sendo que três delas correspondem às grandes temáticas que emergiram do estudo, que são: 1) percepções sobre quem é o preceptor e suas atribuições, 2) percepções sobre o curso em educação na saúde para preceptores do SUS e sobre as metodologias ativas, 3) percepções sobre as práticas pedagógicas a partir do curso. A primeira parte trata da apresentação dos dados sociodemográficos dos participantes e na sequência são apresentados os resultados referentes às três grandes áreas já mencionadas.

Procurou-se, na apresentação, interpretação e discussão, ficar restrito ao que foi manifestado pelos entrevistados (preceptores de saúde) e aceitar os conteúdos expressados como fidedignos. No momento da discussão buscou-se compreender os resultados relacionando os temas com os referenciais teóricos e estudos empíricos encontrados na literatura.

A apresentação seguirá a lógica da figura 1, a qual inicia primeiramente com a caracterização dos participantes da pesquisa, segundo o perfil sociodemográfico. A seguir são apresentadas as percepções dos participantes sobre quem é o preceptor e suas atribuições, sendo os resultados discutidos junto com sua apresentação. O mesmo procedimento será adotado para os temas referente ao curso realizado e as metodologias ativas e as práticas pedagógicas dos preceptores participantes do estudo após a participação no curso em Educação na Saúde para preceptores do SUS.

Figura 5 - Esquema de apresentação e discussão dos resultados.



Fonte: Elaboração própria, 2015.

É salutar lembrar que o estudo em questão objetiva averiguar as percepções de preceptores participantes do curso de Educação em Saúde para preceptores do SUS sobre o

curso realizado utilizando as Metodologias Ativas. Neste bojo, cabem as percepções sobre quem é o preceptor e suas atribuições, quais as percepções dos participantes sobre o curso realizado, as concepções sobre metodologias ativas e quais as suas visões sobre as próprias práticas pedagógicas após a realização do curso.

A técnica utilizada para a análise dos dados, o Discurso do Sujeito Coletivo, prima por respeitar na íntegra toda a gama de respostas possíveis presentes nas entrevistas, assim como manter integralmente os termos utilizados pelos participantes, ainda que tais palavras, termos ou expressões firam a norma culta da língua portuguesa. Ainda neste sentido, na apresentação dos resultados, observar-se-á a repetição de temas assim como a “mistura” de temáticas. Tais situações acontecem em decorrência de 3 (três) fatores: a) técnica para coleta de dados: a entrevista foi caracterizada como semiestruturada, o que permite maior liberdade para o entrevistado falar sobre os temas de maneira mais livre e dá ainda a possibilidade de o entrevistado retomar temas já trabalhados e adiantar temas ainda não abordados. b) A técnica para análise dos dados: Devido a peculiaridades da própria técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que prioriza a organização dos dados oriundos da fala dos participantes, respeitando a ordem e a sequência utilizada pelos mesmos. c) A escolha da pesquisadora: neste sentido, a pesquisadora optou por organizar os dados produzidos de maneira a dar voz aos sujeitos entrevistados, ainda que em alguns momentos os temas se repitam. Compreende-se que tais falas representam a emergência de uma estrutura latente, que é exteriorizada na verbalização realizada.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CURSO SEGUNDO A FOLHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Nesta seção são apresentados os resultados quanto à caracterização dos participantes, do Curso de Educação na Saúde para preceptores do SUS que preencheram a folha de dados sociodemográficos, de acordo com algumas variáveis escolhidas para comporem este estudo.

O estudo teve início com os 37 (trinta e sete) concluintes do curso, entregando-lhes a folha de dados sociodemográficos, com objetivo de traçar o perfil dos concluintes do curso e também selecionar os participantes que correspondem aos critérios de inclusão no estudo. Destes, somente 25 (vinte e cinco) formulários foram preenchidos e devolvidos.

Com base nos dados apresentados pelos 25 (vinte e cinco) formulários devolvidos, verificou-se que: quanto à variável gênero, predominou o feminino, com 20 (vinte) indivíduos, sendo os outros 5 (cinco) do gênero masculino. A idade variou entre 20 a 60 anos, sendo que 44% dos participantes estão na faixa etária de 31 a 40 anos.

Quanto ao município de residência, todos residem em Santarém. Em se tratando da profissão, 32% são Enfermeiros, 20% Fisioterapeutas, 16 % Assistentes Social, 8% docentes² e os 24% restantes correspondem a 1 (um) Nutricionista, 1 (um) Terapeuta Ocupacional, 1 (um) Coordenador Administrativo, 1 (um) Auxiliar Administrativo e 1 (um) Psicólogo.

Quanto ao local de trabalho, 40% dos profissionais atuam no Hospital Regional do Oeste do Pará - HRBA, os demais profissionais atuam em instituições vinculadas ao SUS e Instituições formadoras de profissionais de Saúde, situadas no Município de Santarém. Também se verificou que 24% dos profissionais informaram atuar em mais de uma instituição (Tabela 6)

² Os participantes da pesquisa ao responderem a folha de dados sociodemográficos, informando a docência como profissão não especificaram a formação.

Tabela 6 - Profissionais concluintes do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS de acordo com local de trabalho.

Local de trabalho	Quantidade (continua)
UEPA e ULBRA	1
SEMSA	1
SESPA\ 9ºCRS	1
HRBA	10
SESPA\UEASBA	2
UEPA	1
CEREST	1
AUTONOMO	1
UFOPA	1
SESPA e UEPA	2
SEMSA e UEPA	1
HRBA e UEPA	1
HRBA e FISIOTAP	1
HRBA e HMS	1
Total	25

Fonte: Folha de dados sociodemográficos, 2015.

Quanto a área de atuação, 36% (09 profissionais) atuam na área hospitalar e somente 12% ou seja, 3 (três) profissionais informaram atuar na área da educação, os 52% restantes atuam em áreas diversas (Tabela 7).

Tabela 7 - Profissionais concluintes do Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS de acordo com a área de atuação.

Área de atuação	Quantidade
Educação	3
Saúde coletiva	1
Saúde Pública	2
Hospitalar	9
Serviço social	4
Enfermagem	2
Pró reitoria	1
Educação em saúde	1
Sem especificar	2
Total	25

Fonte: Folha de dados sociodemográficos, 2015.

Em relação à pós-graduação dos participantes do estudo, verificou-se que 18 (dezoito) profissionais (72%) informaram possuir mais de uma especialização (02 na área da educação e 16 na área de saúde); 01 (um) profissional com Residência Multiprofissional na área de psiquiatria; 03 (três) profissionais (12%) possuem pós-graduação em nível de Mestrado, sendo 02 (dois) nas áreas de Biociência e 01 (um) em Ciência da Motricidade Humana respectivamente, 06 (seis) profissionais (24%) encontram-se cursando o Mestrado, sendo 01(um) em Educação e 05 (cinco) em Ensino em Saúde na Amazônia. Dos 25 (vinte e cinco)

profissionais, somente 1 (um) profissional possui pós-graduação em nível de Doutorado em Saúde Pública/Epidemiologia.

No que se refere à experiência em pesquisa, 60% responderam afirmativamente, ou seja, 15 (quinze) profissionais possuem experiência com pesquisa, porém não houve referência ao campo/área ou objeto, 09 (nove) não possuem experiência em pesquisa e 1 (um) participante não respondeu.

Quanto à experiência em docência, 52% (13 profissionais) informaram não possuir experiência, dos 11 (onze) profissionais que informaram ter experiência, 72% (08 profissionais) informaram ter entre 1 a 10 anos de atuação.

Em relação a Metodologias Ativas, 52% (13 profissionais) informaram ter experiência com a utilização das estratégias, sendo que 07 (sete) profissionais apresentam entre 1 a 5 anos de experiência, 02 (dois) possuem de 6 a 10 anos e 04 (quatro) profissionais não informaram o tempo de utilização das metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Para o item referente à experiência com Educação a Distância, 76% dos participantes informaram não ter experiência com a modalidade de ensino, porém verificou-se que os participantes que responderam negativamente este item, não levaram em consideração o curso em educação na saúde para preceptores do SUS, que foi realizado na modalidade semipresencial e utilizou a plataforma interativa para realização das atividades a distância.

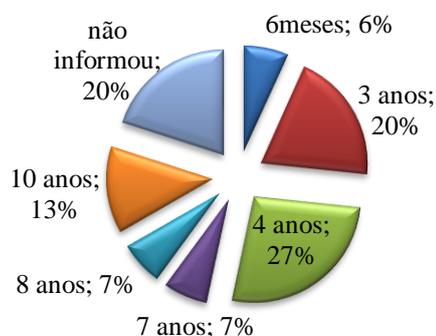
Das 25 (vinte e cinco) folhas de dados sociodemográficos, 17 (dezessete) profissionais (68%), informaram atuar como preceptores de profissionais de saúde, porém 01 (um) profissional se recusou a participar da entrevista e 01 (um) profissional que apesar de ter informado na folha de dados sociodemográficos que atuava como preceptor, verificou-se que o mesmo desenvolvia as atividades de metodologias ativas com a equipe da instituição e ainda iria iniciar suas atividades como preceptor no Programa de Educação no Trabalho/Ministério da Saúde, portanto não se enquadrou nos critérios de inclusão, totalizando 15 (quinze) entrevistados, os quais são os participantes deste estudo.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.

Os 15 (quinze) profissionais concluintes do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, que de acordo com os critérios de inclusão, atuam ou atuaram no período de 2013 e 2014, como preceptores de profissionais de saúde. Destes 12 (doze) são do sexo feminino e 03 (três) do sexo masculino. A idade predominante variou entre 31 a 40 anos (52%).

Quanto à profissão 06 (seis) são Enfermeiras, 05 (cinco) Fisioterapeutas, 03 (três) Assistentes Sociais e 01 (uma) Terapeuta Ocupacional. O tempo de atuação profissional verificou-se que varia entre 06 meses a 10 anos (Gráfico 1).

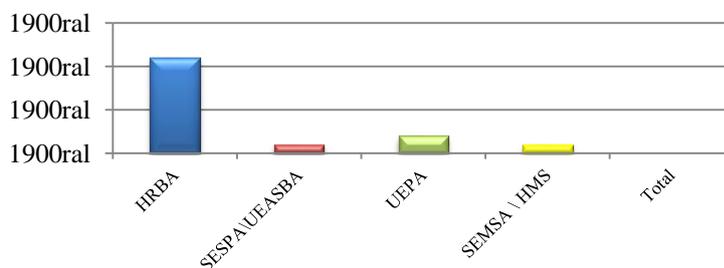
Gráfico 1 - Tempo de atuação profissional dos preceptores.



Fonte: Elaboração própria, 2015.

Verificou-se que 11 (onze) profissionais desenvolvem suas atividades profissionais no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), 02 (dois) na Universidade Estadual do Pará (UEPA), 01 (um) na Unidade de Ensino e Assistência a Saúde do Baixo Amazonas (UEASBA) e 01 (um) na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Preceptores por local de atuação profissional.

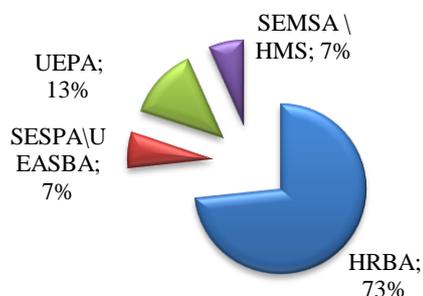


Fonte: Elaboração própria, 2015.

Quanto ao local de atuação na preceptoria 11 (onze) profissionais atuam no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), 02 (dois) profissionais na Universidade Estadual do

Pará (UEPA), 01 (um) profissional na Unidade de Ensino e Assistência a Saúde do Baixo Amazonas (UEASBA) e 01 (um) profissional na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Local de atuação como preceptor.



Fonte: Elaboração própria, 2015.

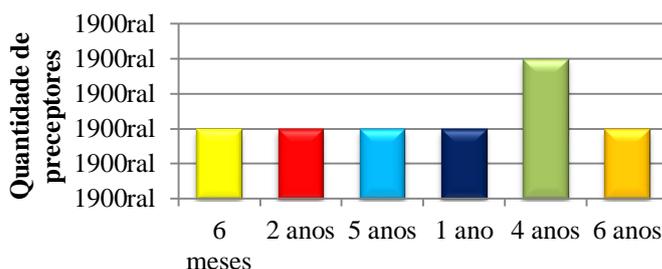
Em relação à área de atuação, 13 (treze) profissionais desenvolvem suas atividades de preceptoria na área hospitalar, 01 (um) profissional atua como preceptor em Saúde Pública e 01 em Educação em Saúde.

Dos 15 (quinze) preceptores, 10 (dez) profissionais não possuem pós-graduação em nível de mestrado, somente 01 (um) possui título de mestrado na área de Biociências, 04 (quatro) profissionais estão cursando Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia pela UEPA.

Em relação à Residência Multiprofissional, 01 (um) preceptor possui o título na área de Psiquiatria pela UNICAMP e 14 (quatorze) preceptores não realizaram nenhum curso de residência. Nenhum dos preceptores possui pós-graduação em nível de Doutorado.

Quanto à experiência em pesquisa 10 (dez) responderam afirmativamente, 04 (quatro) negativamente e 01 (um) não se manifestou.

Verificou-se que 08 (oito) profissionais que atuam como preceptores, não tiveram experiência anterior em docência. Dos 07 (sete) profissionais com experiência em docência, o tempo de experiência não ultrapassou 06 (seis) anos (Gráfico 4).

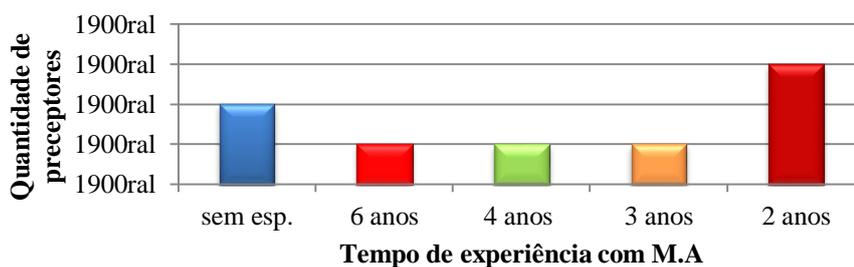
Gráfico 4 - Tempo de experiência em docência.

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Vale ressaltar que estudos empíricos realizados por autores como Rocha e Ribeiro (2012), Cerqueira (2011) entre outros, buscaram compreender o papel do profissional da saúde que se assume enquanto preceptor na formação inicial e continuada de outros profissionais de saúde, articulando de forma efetiva as atividades de ensino com a prática profissional, sem, contudo, muitas vezes, ter formação e ou experiência em docência. Fato este, (de falta de formação e experiência em docência anterior a sua atuação na preceptoria), observado em 46,6% dos sujeitos do presente estudo.

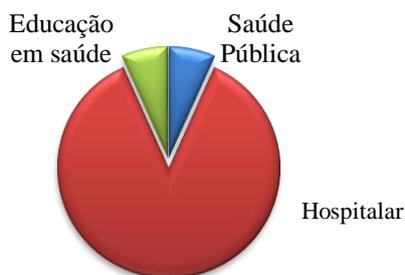
Para Rocha e Ribeiro (2012) é necessário ao profissional que atua como preceptor ou professor universitário, uma capacitação específica, não podendo restringir a uma graduação, uma pós-graduação ou mesmo a boa atuação profissional na área em questão.

Em relação à experiência com Metodologias Ativas, 08 (oito) profissionais possuem experiência com a estratégia, com tempo de 2 (dois) a 6 (seis) anos de experiência (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Tempo de experiência com o uso de metodologias ativas.

Fonte : Elaboração própria, 2015.

Quanto à área da atuação das atividades em preceptoria, verificou-se que 13 (treze) profissionais atuam como preceptores em área hospitalar, 01 (um) na preceptoria em Saúde Pública e 01 (um) na Educação em Saúde (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Área de atuação em preceptoria.

Fonte : Elaboração própria, 2015.

A seguir apresenta-se o quadro 18 (dezoito) contendo um código de identificação dos sujeitos do estudo e suas características, segundo as variáveis de: idade, sexo, profissão, quantidade de anos de atuação como preceptor em saúde e tempo de experiência com metodologias ativas. Este código de identificação será utilizado na seção seguinte, a qual apresentará os discursos que retratam as percepções dos sujeitos.

Quadro 18 - Codificação das características variáveis dos participantes do estudo.

Sujeito	Caracterização para DSC
P-01	(P-01, 36 anos, sexo fem., Assistente Social, 2 anos de preceptoria, não informou tempo de experiência em metodologias ativas)
P-02	(P-02, 27 anos, sexo masc., Fisioterapeuta, 3 anos na preceptoria, sem experiência com metodologias ativas)
P-03	(P-03, 31 anos, sexo fem., Fisioterapeuta, 1 ano na preceptoria, 6 anos de experiência com metodologias ativas)
P-04	(P-04, 41 anos, sexo fem., Enfermeira, 4 anos na preceptoria, não informou tempo de experiência em metodologias ativas)
P-05	(P-05, 43 anos, sexo masc., Fisioterapeuta, 3 anos na preceptoria, 2 anos de experiência com metodologias ativas)
P-06	(P-06, 54 anos, sexo fem., Assistente Social, não informou tempo de atuação em preceptoria, 1 ano de experiência com metodologias ativas);
P-07	(P-07, 30 anos, sexo fem., Fisioterapeuta, não informou tempo de atuação em preceptoria, 1 ano de experiência em metodologias ativas)
P-08	(P-08, 35 anos, sexo fem., Enfermeira, 4 anos na preceptoria, não informou tempo de experiência com metodologias ativas);
P-09	(P-09, 43 anos, sexo fem., Terapeuta Ocupacional, 4 anos na preceptoria, não informou tempo de experiência com metodologias ativas)
P-10	(P-10, 32 anos, sexo fem., Enfermeira, 2 anos na preceptoria, sem experiência com metodologias ativas)
P-11	(P-11, 36 anos, sexo fem., Enfermeira, 4 anos na preceptoria, 4 anos de experiência em metodologias ativas)
P-12	(P-12, 29 anos, sexo masc., Fisioterapeuta, 3 anos em preceptoria, 2 anos de experiência em metodologias ativas)
P-13	(P-13, 29 anos, sexo fem., Assistente Social, 1 ano na preceptoria, não informou experiência com metodologias ativas)
P-14	(P-14, 31 anos, sexo fem., Enfermeira, 1 ano na preceptoria, 2 anos de experiência em metodologias ativas)
P-15	(P-15, 31 anos, sexo fem., Enfermeira, 4 anos na preceptoria, 2 anos de experiência em metodologias ativas)

Fonte: elaboração própria, 2015.

Na sequência, são apresentados os resultados e discussões sobre 1) Quem é o preceptor e suas atribuições, 2) O curso realizado e as metodologias ativas e 3) As práticas pedagógicas após a realização do curso.

7 PERCEPÇÕES SOBRE QUEM É O PRECEPTOR E SUAS ATRIBUIÇÕES.

Nesta seção são apresentados os resultados e realizada discussão quanto às percepções sobre quem é o preceptor e suas atribuições, temas presentes em duas questões abordadas na entrevista aos entrevistados: 1) Na sua percepção quem é o preceptor? e 2) Descreva suas atividades de preceptoria. Quanto ao conceito de preceptor, foram geradas 07 (sete) ideias centrais e 02 (duas) ancoragens e quanto às atribuições do preceptor somaram 14 (quatorze) ideias centrais. Na análise dos dados utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo, percebeu-se que as atribuições do preceptor aparecem algumas vezes em respostas à questão referente ao conceito de quem é o preceptor e vice-versa. Neste sentido, pode-se inferir que para esses participantes, as atribuições podem ser uma parte da definição de quem é o preceptor e no mesmo sentido, o conceito de quem é o preceptor pode estar implícito nas atribuições deste, em algum momento. No entanto, para fins da melhor compreensão do leitor, os resultados serão apresentados separadamente: Os conceitos de quem é o preceptor e suas atribuições.

Os discursos, partindo da percepção do entrevistado, assumem uma característica própria, não havendo conceito certo ou errado, o que poderá ser visto a seguir nas ideias centrais referentes ao conceito de preceptor. Neste sentido, algumas ideias não têm sua fala fundamentada por outros autores, porém é validada por este estudo a partir do momento em que expressa a opinião do sujeito.

7.1 QUEM É O PRECEPTOR?

As ideias centrais quanto a quem é preceptor são sumarizadas no quadro abaixo. Após o quadro 19 (dezenove) cada uma delas é comentada e é apresentado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) gerado.

Quadro 19 - Síntese das ideias centrais quanto a quem é o preceptor.

	Ideias Centrais	Participantes	Questão
A	É um profissional de referência, formador de opinião	P-01; P-15	1
B	É um facilitador	P-08	1
C	É um professor	P-10	1
D	Contribui com sua experiência para formação do profissional	P-01; P-02; P-03;P-07; P-09; P-11; P-15	1
E	É um profissional que conjuga a assistência com a prática educativa	P-06; P-11; P-12; P-13	1
F	É aquele que troca conhecimentos e aprende no processo de preceptoria.	P-02;P-04;0-06; P-08; P-10;P-15	1
I	Compartilha o conhecimento aprendendo com o aluno	P-05; P-07	2
Ancoragens			
A	<u>Ninguém sabe tudo</u>	P-02; P-04; P-08; P-09	1
B	<u>O professor não é dono da verdade</u>	P-10	1

Legenda Questão 1: Conceito de preceptor; questão 2: atribuições do preceptor

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A Ideia central A, denominada de **É um profissional de referência, formador de opinião**, foi construída a partir da percepção de 02 (dois) entrevistados e aponta para a forma como o entrevistado percebe a sua responsabilidade enquanto um profissional de referência, um exemplo a ser seguido, como mostra o discurso a seguir:

O preceptor é a referência, ele tem que ser exemplo para a pessoa e para o residente que está sendo acompanhado por ele. Ele é o formador de opinião (P-01; P-15).

Cerqueira (2011, p. 70) ressalta que o preceptor ao emprestar para o estudante seu universo de trabalho como fonte de estudo, obtêm como resposta o aprendizado e, concomitantemente, a interação com a vida real, num processo proativo de construção de conhecimentos. O autor aponta também, que o preceptor age como um mediador e facilitador entre o estudante e o usuário dos serviços, “qualificando e aumentando a potência do agir em saúde, produzindo conhecimento num processo ativo”.

O papel do preceptor é de fundamental importância nesse momento de transição da teoria para a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e na vivência dos saberes próprios da profissão, além de “viabilizar a introdução do futuro profissional no exercício da medicina em toda a sua complexidade” (ROCHA; RIBEIRO, 2012, p. 346).

Neste sentido, a ideia Central B - **É um facilitador**, corrobora com a visão de Rocha e Ribeiro (2012) quando afirmam que o preceptor viabiliza o futuro profissional na prática de

sua profissão. Além disto, nessa concepção está presente a ideia de que o preceptor é um facilitador do processo ensino aprendizagem, conforme o relato do entrevistado P-08, que diz: *Não usávamos o nome preceptor e sim facilitador (P-08).*

Esse resultado coaduna com o estudo de Fajardo (2011) no qual ele afirma que o preceptor é um facilitador no processo ensino-aprendizagem. Em adição, Feuerwerker (2011) relata que em geral o preceptor tem o papel de mediador, propondo, viabilizando e problematizando as atividades, de forma que façam sentido para o estudante, para a unidade e para os usuários e que agreguem elementos relevantes à produção do perfil profissional.

Quanto à ideia central C - **É um professor**, foi criada a partir da fala de um participante. Para este, o preceptor é o professor, no entanto não há maiores explicações para essa definição, dada pelo participante.

Preceptor ele é o professor (P-10).

Segundo Rocha (2012) o preceptor é um professor que conjuga a assistência com a prática, assim como auxilia o aluno/residente na busca por conhecimento, estimulando o pensamento e a reflexão. Neste sentido, cabe o resgate da discussão sobre a necessidade da formação pedagógica, que segundo a mesma autora, permitirá a compreensão de métodos e técnicas do processo de ensino-aprendizagem. Neste bojo, Dias et al (2015, p.90) em estudo de campo que objetivou avaliar a percepção e conhecimento sobre as funções da preceptoria (de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que atuavam como preceptores), relataram fatores que dificultavam a atividade de preceptoria, dentre outras causas, a ausência de política de capacitação, na qual os profissionais entrevistados não se sentiam capacitados para atuar junto às atividades que envolviam alunos da graduação ou de residência, “eles têm consciência sobre a própria formação universitária, que não foi dirigida para esse tipo de atuação profissional”.

Em contraponto a esse resultado de pesquisa relatado por Dias et al (2015), Rocha (2012) ressalta que a necessidade de formação pedagógica nem se quer é percebida pela maioria dos preceptores, pois ainda prevalece a soberania do saber científico e a excelência da prática médica como essenciais para o ensino, sem que haja necessidade de aprofundamento na prática guiada pelo conhecimento pedagógico.

Para Da Silva, Espósito e Maria (2008, p.463) o docente, na prática da preceptoria, compreende-se como um “formador/preceptor/educador, um ser único que “sendo” na concretude da ação educativa, se dispõe a intervir, transformando”.

Por outro lado, Skare (2012, p.02) aponta que a maioria dos preceptores é escolhida por seus “méritos profissionais, o que nem sempre reflete na capacidade de ensinar”. Nesta perspectiva, ao analisarem a efetividade da proposta inovadora do Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico, desenvolvido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ressaltam que o exercício da preceptoria possui característica fundamentalmente docente, visto que o preceptor atua em atividades que capacitam futuros profissionais e residentes para atuação prática e também experimentam com eles algumas questões teóricas. Com base nos relatos dos sujeitos participantes dessa pesquisa, o curso de formação pedagógica para preceptores, representou uma ferramenta para alcançar os profissionais médicos que participaram do curso, que atuam na formação/capacitação do profissional médico, os quais passaram a “ter como compromisso assumir sua prática como educadores, e colaborar para reverter à lógica reinante no ensino superior, de que não há necessidade de formação pedagógica para o exercício profissional docente”.

Rocha (2012) busca em Missaka (2011) um paralelo sobre a qualificação profissional e docente deste profissional que atua como preceptor conjugando a assistência e a prática pedagógica. Para elas:

Os preceptores, assim como a grande maioria dos docentes universitários, dominam os saberes profissionais, o que é essencial para qualquer tipo de formação, mas não dominam os saberes pedagógicos, aqueles necessários para a organização de ações formativas, tais como os diferentes processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades de avaliação. Atuando de maneira intuitiva, reproduzem modelos de formação pelos quais passaram quando alunos, confundindo transmissão de informação com ensino (MISSAKA, 2011 apud ROCHA, 2012, p.55).

Neste sentido, a autora defende a necessidade de processos formativos que possibilitem uma reflexão consistente sobre o modelo de atenção a saúde, defendendo o incremento de cursos de formação pedagógica, com objetivo de ampliar a percepção dos preceptores em relação a questões sobre educação, trabalho e saúde (ROCHA, 2012).

A ideia central D - **Contribui para a formação do profissional**, agregou percepções sobre o preceptor enquanto profissional que contribui com a formação de profissional de saúde, que abre oportunidades e ajuda o aluno a ser o construtor de seu conhecimento. O discurso, abaixo apresentado, foi composto por relatos de 07 (sete) entrevistados.

Formador de um profissional contribui para a formação de outro profissional, para esclarecer, tirar as dúvidas no exato momento. O preceptor vai fazer com que o residente consiga adquirir um pouco mais, como se ele fosse alinhavar, lapidar, vai qualificar melhor a prática do residente. O preceptor ajuda na formação daquela pessoa, ele pode contribuir

com uma instituição de ensino superior acompanhando o aluno, não necessariamente ele vai ser um professor, é alguém que abre oportunidades, mostra oportunidades de como o aluno possa se conhecer e se envolver dentro do processo de educação e saúde, onde possa dar oportunidades e possa reconhecer também as oportunidades dos alunos dentro desse processo. Eu acho que o preceptor ele colabora muito com a formação daquela pessoa, a gente acaba construindo e desconstruindo o conhecimento na prática a partir do sujeito, ele é como o pai, tem que te dar os subsídios para você caminhar com suas próprias pernas, enfim, fazer para que esse aluno seja o próprio construtor do seu conhecimento. O preceptor é aquele que ajuda através das suas experiências, eu tenho uma vasta experiência e essa experiência eu tenho que passar para os residentes, logo é aquele trabalhador da saúde que faz com que o residente consiga aprimorar o que ele já tem de conhecimento (P-01; P-02; P-03; P-07; P-09; P-11; P-15).

Feuerwerker (1998) afirma que a formação dos profissionais da saúde ainda encontra-se pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, e, esta fragmentação do conhecimento, presente na formação inicial na maior parte dos cursos, apresenta-se como obstáculo na construção da integralidade da assistência. A autora, porém, considera que o exercício da prática profissional pode completar a formação, pois é através da experiência adquirida que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

Brant (2011, p. 6) salienta o importante papel do preceptor na formação dos profissionais de saúde, “seja pelo exemplo prático de suas ações no serviço, seja pela supervisão/orientação dedicada aos alunos, aos especializandos e aos residentes em estágio nas unidades de saúde”.

A ideia central E - **É um profissional que conjuga a assistência com a prática educativa**, aborda um aspecto da atuação do preceptor, que é a junção de suas atribuições de profissional de saúde e de preceptor, expandindo a denominação de preceptor a todo o profissional que atuando em seu campo de trabalho, recebe e auxilia a formação de outro profissional. Este discurso originou-se do relato de 04 (quatro) entrevistados, e ficou assim:

É um profissional, é igual ao residente, formado, logo o preceptor é todo e qualquer profissional que recebe um acadêmico, um estudante, independente dele ter um vínculo com outra instituição ou não, ele está lá no ambiente profissional, é aquele profissional que está em campo de trabalho, é aquela pessoa que está no serviço, na assistência e que acolhe o residente com o intuito de preparar melhor, de dar pra ele uma melhor formação. Portanto, o preceptor é um profissional assistente que acaba conjugando com sua prática de assistência

a uma atividade de ensino promovendo essa interação entre ensino e serviço mais melhorando assim a prática do residente, então qualquer pessoa que esteja inserido na assistência e que tire um pouco do seu tempo pra discutir com o residente, pra olhar o exame pra fazer uma discussão, fazer uma aulazinha que seja é um preceptor (P-06; P-11; P-12; P-13).

O preceptor apresenta diversas possibilidades de vinculação institucional dependendo da profissão e do contexto de aprendizagem, pois uns exercem essa função no trabalho com alunos de graduação e com residentes, outros, somente com residentes; alguns são contratados especificamente para serem preceptores, outros possuem vinculação assistencial, mas também desenvolvem o trabalho de preceptoria.

Neste sentido, essa ideia trazida pelos participantes da pesquisa é corroborada por Rocha (2012, p.86) quando afirma que “o preceptor em saúde é considerado o profissional que atua dentro do ambiente de assistência à saúde, convertendo-o também em ambiente de ensino para a prática profissional”. Logo, o preceptor é um profissional que ao atuar, presta assistência realizando suas funções enquanto profissional de saúde, ao mesmo tempo em que ensina e também aproxima o aluno da realidade a qual será seu futuro campo de atuação.

Ainda em acordo com essa ideia, Botti e Rego (2008); Missaka e Ribeiro (2011 apud ROCHA, 2012) apontam que a preceptoria em saúde é uma prática pedagógica conduzida pelo profissional da assistência, com cargo de professor ou não, que ocorre no mesmo ambiente de trabalho e formação profissional, durante o exercício clínico, no intuito de construir e transmitir conhecimentos de acordo com a área de atuação específica, bem como auxiliar na formação ética e moral dos alunos, estimulando-os a atuarem no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Quanto à ideia central F - **É aquele que troca conhecimentos e aprende no processo de preceptoria**, os entrevistados trazem a percepção de que o processo de ensino aprendizagem ocorre mediante um compartilhamento de conhecimentos novos e trabalho conjunto, no qual o preceptor assume-se enquanto aluno, possibilitando a troca de papéis e de conhecimento. Participaram 06 (seis) preceptores, para a formação do discurso a seguir:

Para mim o preceptor, ou pode ser o aluno ou pode ser o professor, porque acaba que um aprende com o outro é uma troca de conhecimento, então eu como professora posso ser um preceptor mais o aluno também, logo o preceptor para mim é o aluno, é uma parceria dos dois, do aluno e do professor, há troca, o preceptor é a troca, ele é profissional formado igual ao residente. O preceptor nessa prática também vai estar se educando e aprendendo

novas coisas, é um conhecimento que a gente passa para eles e que eles passaram para nós, a gente trabalha em conjunto, a gente não está ensinando diretamente para eles, a gente tá aprendendo juntamente com o residente, ele me mostra de certa forma o que ele está vendo e eu vou mostrar para ele de outra maneira. É alguém que cria um laço dentro do processo educacional, um laço que tenha possibilidade de feedback (P-02; P-04; P-06; P-08; P-10; P-15).

Na literatura pesquisada anteriormente, autores como Rogers e Rosenberg (1997) afirmam a importância da relação entre preceptor e educando como instrumento para a descoberta do trabalho coletivo, porém, para que esta relação aconteça é importante aceitar e valorizar os sentimentos e os conhecimentos teóricos que o aluno traz. “A relação se horizontaliza quando o preceptor não é nem pretende ser a voz da verdade” (ROGERS; ROSENBERG, 1997 apud BARRETO et al., 2011, p. 580). O Discurso do Sujeito Coletivo em questão ecoa essa concepção de horizontalidade proposta pelos autores citados por Barreto et al. (2011).

Em se tratando de ver a relação entre preceptor e aluno como “um laço que tenha possibilidade de *feedback*” apontado pelos participantes no DSC, Barreto et al (2011) defendem que a avaliação realizada pelos alunos, como retorno das atividades pedagógicas desenvolvidas pelo preceptor, é importante na concretização do desempenho dos preceptores e do serviço.

Barreto et al. (2011) apontam alguns modelos de feedback de atuação do docente junto ao preceptor, entre eles o Raft, (rapport-building (vinculação), assessment (avaliação), focused preceptor development (desenvolvimento focado no preceptor), thanks/trinkets (agradecimento). Modelos como esses citados podem ser úteis na formalização do feedback, apontado como necessário, pelos preceptores entrevistados nessa pesquisa.

A ideia central I, formada a partir da fala dos entrevistados na pergunta que tratava das atribuições do preceptor, traz a mesma temática da ideia central anterior, nomeada de: **Compartilha o conhecimento aprendendo com o aluno**. Nela, os entrevistados relataram que o preceptor, quando se depara com um assunto que não tem total conhecimento, procura em parceria com o aluno buscar o conhecimento necessário para sua aprendizagem. Esse discurso foi originado de 02 (dois) entrevistados.

Às vezes eu enquanto preceptor estímulo um tema, mas não tenho conhecimento total, então aquilo que o aluno conhece, tem um conhecimento, uma visão, não é a mesma minha visão, então você adquire várias visões, várias vertentes daquele mesmo tema, e que serve para seu conhecimento sua experiência. Chegou um paciente e eu estou com uma dúvida eu digo para

o residente vamos lá aprender sobre isso, então eu trago um artigo, ele traz um artigo, a gente estuda individualmente e discute (P-05; P-07).

Observa-se também nesse discurso a ideia de parceria e de uma relação de horizontalidade, presente no discurso anterior.

Em prosseguimento aos discursos relacionados ao conceito referente ao preceptor, surgiram “manifestações linguísticas explícitas de uma dada teoria, ou ideologias” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005) denominada de ancoragem - AC, que deram origem a 02 (dois) discursos.

A ancoragem A, denominada de **Ninguém sabe tudo**, explicitou a ideia de que nenhuma pessoa é dotada de todo o conhecimento. O discurso foi formado a partir da fala de 03 (três) participantes:

O preceptor do meu ponto de vista não deve se colocar no lugar daquele que já sabe tudo, porque ninguém sabe tudo, ninguém é dono do conhecimento, porque educação não é construída sozinha, a educação é um conjunto de pessoas que trabalham juntas (P-02; P-04; P-08; P-09).

A ancoragem B, **O professor não é dono da verdade**, apesar de tratar de ideologia similar, focou no professor, enquanto ser que não detém a verdade. Tal teoria foi explícita na fala de um participante:

O preceptor é um professor, mas ele não é o dono da verdade (P-10).

Observa-se que as ideias qualificadas como ancoragem, manifestam a concepção de que o conhecimento é usado como uma forma de poder e de apropriação da verdade, estabelecendo relações hierarquizadas.

A ideia de que o poder não é uma capacidade natural dos indivíduos e sim de que é algo que se adquire em um determinado momento por investidura, reforça o paradigma de que existem pessoas que são guardiões deste poder (REIS MARINHO, 2009). Porém, “ninguém é dono do saber”, logo, “ninguém sabe tudo”, esta é a mensagem proferida pelos sujeitos do estudo.

Neste sentido, de acordo com o relato dos sujeitos do discurso, a educação é construída com base em relações de sujeito-sujeito, com compartilhamento de conhecimentos e respeito aos saberes inerentes as atribuições de cada profissional, o que é reforçado nos DSCs construídos na pesquisa, principalmente quando o preceptor é visto como “aquele que troca conhecimentos e aprende no processo de preceptoría (ideia central F).

Zientarski et al. (2012) afirmam que as práticas educativas pautadas na concepção Freireana, requerem como premissa fundamental o pressuposto de que o educador (como sujeito revolucionário) apropria-se do conhecimento pautado em relações de troca que conduzem a liberdade do indivíduo, em contraponto as práticas de educadores reacionários que utilizam métodos e conteúdos didáticos de “forma mecanicista sem compromisso com o desenvolvimento pleno da criticidade que conduz à emancipação” (ZIENTARSKI, OLIVEIRA & PEREIRA, 2012, p. 119).

Sintetizando esta etapa de discussão, o quadro 20 mostra um comparativo entre os conceitos de preceptor na análise bibliográfica realizada por Autonomo et al (2015) e os resultados dessa pesquisa.

Quadro 20 - Comparativo entre os conceitos de preceptor.

Ideias centrais	Autonomo et al (2015)
É um profissional de referência, formador de opinião	
É um facilitador	Facilitador do processo ensino-aprendizagem” (FAJARDO, 2011, p. 46),
É um professor	Docente ou tutor que acompanha um grupo de alunos no cenário de aprendizagem do trabalho de campo supervisionado.(PONTES, 2005)
Contribui com sua experiência para formação do profissional	Profissional que muitas vezes não é da academia e que tem importante papel na inserção e na socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimento de habilidades para desempenhar procedimentos clínicos” (p. 20).(MISSAKA, 2010) Preceptor: “médico que atua junto a alunos, internos e residentes na construção de conhecimentos específicos da sua área, tendo ou não título de professor” (p. 344) (MISSAKA & RIBEIRO, 2011)
É um profissional que conjuga a assistência com a prática educativa	Profissional que “domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela” (p. 8), “contribui para a formação moral do residente” (p. 53).(BOTTI, 2009) Preceptor de território: oferece aos alunos apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada área programática. (SANTOS, 2010)
É aquele que troca conhecimentos e aprende no processo de preceptorial.	“profissionais que se abrem ao novo trazido pela (con)vivência junto a residentes, pacientes, colegas e gestão” (reconhecimentos). (FAJARDO, 2011)
Compartilha o conhecimento aprendendo com o aluno	
	“Preceptor de território”: “profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes da Estratégia Saúde da Família” (p. 94). (ROCHA & RIBEIRO, 2012)
	Preceptor de equipe: faz acompanhamento dos alunos nas atividades de campo; (SANTOS, 2010) Educador responsável por supervisionar os alunos. (ALBUQUERQUE, 2007)

Fonte: Elaboração própria, com base em Autonomo et al (2015).

Observa-se no quadro 20 (vinte) que algumas ideias centrais não aparecem na literatura pesquisada por Autonomo et al (2015) e nem apareceram nas demais literaturas pesquisadas pela autora deste trabalho. Para esses indivíduos, o preceptor, além de ser um profissional que conjuga assistência com a prática educativa, ser um facilitador e um

professor e aquele que contribui com a formação profissional, ideias contempladas na pesquisa de Autonomo et al (2015) ele é um profissional de referência, um formador de opinião. Ainda que assim o seja, ele não está em uma posição superior, detentor de todo o conhecimento, como observado nas ideias centrais que tratam da questão da troca de conhecimentos entre preceptor e aluno, outra ideia que não foi contemplada nos estudos de Autonomo et al (2015) e que enriquecem o debate sobre o conceito de preceptor.

Outros conceitos encontrados no estudo de Autonomo et al (2015) dizem respeito a contextos específicos de preceptoria e talvez por isso, não tenham figurado nas ideias centrais desta pesquisa.

7.2 QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR?

As ideias centrais reunidas nesse tópico agregaram percepções sobre as atribuições ou competências relativas ao preceptor e seu trabalho. Estão presentes ideias que focam as atividades realizadas, as dificuldades e vantagens encontradas. Foram encontradas 03 (três) ideias Centrais, que migraram da questão anterior (Quem é o Preceptor?) e 11 (onze) ideias centrais, oriundas da questão atual (quais as atribuições do preceptor?) demonstradas no quadro 21.

Quadro 21 - Síntese das ideias centrais sobre as atribuições do preceptor.

(continua)

	Ideias Centrais	Participantes	Questões
G	Direciona, acompanhando a trajetória	P-02; P-03; P-04; P-05; P-10; P-13; P-15	1
H	Direciona orientando as normas, regulamentos e atividades profissionais	P-02; P-03; P-04; P-13	1
I	Auxilia o aprendizado, estimulando a busca por conhecimento	P-02; P-05; P-15	1
J	Faz o aluno raciocinar, pensar e refletir	P-03; P-09; P-13; P-15	1
A	Atribuições oriundas de três vertentes	P-01	2
B	Organiza as atividades do residente	P-08; P-09	2
C	Organiza os conhecimentos com o residente	P-03; P-05; P-14; P-15	2
D	Atividades práticas da preceptoria	P-02; P-07; P-08; P-12; P-13; P-15	2
E	Familiariza o residente e o aluno na rotina dos serviços nas instituições onde atuam	P-03; P-04; P-06; P-14	2

Quadro 21 - Síntese das ideias centrais sobre as atribuições do preceptor.

(conclusão)

F	Tira dúvidas	P-03; P-09; P-10	2
G	O modo de atuar do preceptor	P-03; P-06; P-09; P-10; P-11; P-14	2
H	Apoia e estimula o conhecimento	P-03; P-05; P-10	2
J	Dificuldades de agregar a função de preceptor no mesmo local de atuação	P-08	2
K	Vantagens de agregar a função de preceptor no mesmo local de atuação	P-08; P-11; P-14	2

Legenda Questão 1: Conceito de quem é o preceptor; questão 2: Atribuições do preceptor

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Como foi estabelecido na seção anterior, as ideias centrais referentes as atribuições dos preceptores, que surgiram nos relatos dos preceptores ao serem questionados sobre quem é o preceptor, serão apresentadas e discutidas a seguir, para fins de melhor didática na apresentação.

A ideia central G - **Direciona, acompanhando a trajetória**, foi construída pelas falas de 07 (sete) preceptores entrevistados e refere-se ao papel do profissional preceptor, de direcionar o aluno, o residente em sua busca do conhecimento, de mostrar e acompanhar neste caminho de construção do conhecimento, conforme mostra o discurso a seguir:

Para mim o preceptor é aquela pessoa que vai te direcionar, vamos dar o direcionamento, direcionar, que direciona o seu aluno na busca do conhecimento, na busca de objetivos práticos, que direciona o residente. Eu não me vejo dizendo o que o aluno deve ou não fazer, eu não vou dizer o que ele tem que fazer, eu vejo que meu papel é esse como preceptor, fazer eles enxergarem aquilo que não estão enxergando e obter o autoconhecimento, mas não deixa de ser direcionado para gente dar o direcionamento para aquele residente, para que ele não se perca, não deixa andar só. Ele não está encarregado de te ensinar, eu tento mostra o que é correto, mostrar o caminho, o preceptor eu acho que não é só aquele que manda fazer, é aquele que direciona aquela pessoa. O preceptor é um pai, tipo a mãe que vai guiando o aluno no caminho, é aquele que acompanha, sempre acompanhando, só faço o acompanhamento com ele depois da avaliação, para a gente sentar e ver como ele tá, o preceptor é a pessoa que acompanha o acadêmico ou pessoas que estejam recebendo conhecimento (P-02; P-03; P-04; P-05 P-10; P-13; P-15).

A ideia central H - **Direciona orientando as normas, regulamentos e atividades profissionais**, aponta para mais uma das atribuições do preceptor, que é o direcionamento das

normas e regulamentos inerentes à profissão e ao local de atuação. O discurso foi originado da fala de 04 (quatro) entrevistados e relata que:

Eu explano tudo que ele tem que fazer todas as regras do setor, tudo que tem que ser feito, responsabilidade com o paciente, tudo, tudo que tem que ser feito naquele momento, nossa função primordial é direcionar o residente pro caminho da nossa atuação prática aqui, dar um direcionamento para ele não fazer pelo caminho errado e sim no caminho certo e de dentro das normas, eu vou mostrar as ferramentas, dar as ferramentas, acompanhar os atendimentos (P-02; P-03; P-04; P-13).

As ideias centrais G e H, referem-se a percepção do preceptor como responsável pelo direcionamento, orientação e acompanhamento do aluno e residente.

Botti e Rego (2008), ratificam esta ideia e esclarecem que na literatura médica encontram-se diferentes funções para o preceptor, entre elas as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem na adaptação ao exercício da profissão, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho.

Burke (apud BOTTI; REGO, 2008, p.365) considera que, “o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes”, servindo por vezes, como modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional dos alunos e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais.

Observa-se que o curso Educação em Saúde, previu como parte das atribuições do preceptor, a promoção da identificação das necessidades e oportunidades de aprendizagem dos educandos, na perspectiva da construção da competência profissional.

A ideia central I - **Auxilia o aprendizado, estimulando a busca por conhecimento**, referiu-se ao papel do preceptor de auxiliar e estimular a aprendizagem e a construção do conhecimento do residente, tirando-o de sua zona de conforto. O discurso foi criado a partir das falas de três participantes. O discurso diz que:

O preceptor tem um papel de auxiliar o aprendizado do residente, a gente tá aqui para auxiliar eles, estamos ali só para auxiliá-los naquele momento, auxiliar e também ajudar a favorecer a forma como ele encontre esse conhecimento, portanto não é facilitador, mas alguém que ajudar a construir junto com ele o próprio conhecimento. O preceptor é aquele que estimula o conhecimento, portanto eu acho que ele está ali para estimular, instigar aquele aluno para o aprendizado, ele tira o aluno de uma certa zona de conforto e permite com que ele construa seu próprio conhecimento (P-02; P-05; P-15).

A ideia central J - **Faz o aluno raciocinar, pensar e refletir** traz a perspectiva do preceptor enquanto motivador, sendo a pessoa que estimula o aluno a entender, visualizar suas ações e compreendê-las, ou seja para que ele reflita sobre sua prática. O discurso foi formado pelo relato de 04 (quatro) entrevistados, e diz:

Sou aquela pessoa que vai fazer ele entender o que ele tem que fazer, visualizar ,ter a compreensão, para não virar um repetidor de técnicas e sim pensar no que está fazendo para reproduzir, como se a gente fizesse o aluno refletir mesmo sobre a prática dele e não só fazer por fazer, enfim, fazer ele raciocinar como deve fazer. Eu tento estimular para eles verem e raciocine, fazer com que o residente pense de uma maneira mais concreta, fazer algumas reflexões sobre o espaço de trabalho sobre a atuação, logo é aquele que faz aquela pessoa ter um senso crítico também do que ela está fazendo (P-03; P-09; P-13; P-15).

As ideias centrais I e J possuem sentido complementar, pois ao fazer o aluno raciocinar, pensar e refletir, o preceptor está auxiliando o aprendizado do aluno assim como estimulando a busca pelo conhecimento, pois, apesar de seu principal papel ser ensinar a clinicar, ele também aconselha, inspira e influencia o aluno em seu desenvolvimento, assim como, auxilia-o em sua formação ética como um futuro profissional, de forma que a ação cotidiana da preceptoría provoque a reflexão na ação.

Verificou-se que este papel ao qual Rocha e Ribeiro (2012) se referem do preceptor inspirar e influenciar o aluno encontra-se contemplado no perfil de competências trabalhado no Curso em educação na saúde para preceptores do SUS, na área denominada “Ensino-aprendizagem e preceptoría” (Quadro 12), no qual cabe ao preceptor promover a educação pelo exemplo e atuar como apoiador ou consultor de alunos e da equipe com a qual atua, favorecendo a aprendizagem significativa e o desenvolvimento articulado de capacidades cognitivas, habilidades e atitudes, no sentido da construção de competência.

Em continuidade, a seguir, serão apresentadas e discutidas as demais ideias centrais, que foram criadas a partir da pergunta: Quais as atribuições do preceptor?

A ideia central A, chamada de **Atribuições oriundas de três vertentes**, trata do desafio da junção das atribuições dos preceptores no desenvolvimento de suas atividades com objetivo de criar um modelo para o residente, de acordo com o discurso abaixo:

Nós temos três vertentes quando vai desenvolver tuas atividades junto com os residentes, as tuas atribuições, que tá prescrito no teu código de ética, o que a instituição tá determinando que é para você executar e o que você tem de conceito de formação, então são três coisas que

você tem que juntar e formatar isso que você tem e criar um modelo para o residente que é um desafio (P-01).

Missaka (2011 apud ROCHA, 2012) afirma que os preceptores, assim como a grande maioria dos docentes universitários, dominam os saberes profissionais, o que é essencial para qualquer tipo de formação, mas não dominam os saberes pedagógicos, aqueles necessários para a organização de ações formativas, tais como os diferentes processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades de avaliação. Atuando de maneira intuitiva, reproduzem modelos de formação pelos quais passaram quando alunos, confundindo transmissão de informação com ensino. Tal pensamento constante na literatura foi encontrado nesse discurso, quando a entrevistada refere-se às vertentes norteadoras de sua atuação, onde duas delas estão relacionadas a sua graduação, como o código de ética da profissão e os conhecimentos adquiridos naquela fase de formação e a terceira vertente que diz respeito as normas institucionais. Mas o que chama atenção neste discurso é a preocupação com o desafio de “formatar” (usando a expressão original do discurso) e “criar um modelo” para o residente, de forma que a atuação do preceptor torne-se uma referência para este educando.

A preocupação de “criar um modelo” para o aluno é uma atribuição que segundo Burke (1994) apud Botti e Rego (2008), ocorre diante do estreito relacionamento desenvolvido entre os preceptores e os novos profissionais, no qual o preceptor, além da função de ensinar, pode ter a função de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes, servindo muitas vezes de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados, auxiliando, ainda, na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo.

A ideia central B - **Organiza as atividades do residente**, traz a fala de dois entrevistados, voltados para a programação das ações junto ao residente, conforme o discurso a seguir.

Agendo um horário para poder eles virem e sentarmos e aí a gente programa a aula teórica, a aula prática, a discussão dos casos, são as atividades que faço com eles dentro da disciplina, então os alunos veem para cá e a gente senta e já deixa tudo planejado, os dias da semana que eu posso. Primeiro organizar um horário, a quantidade de atendimento (P-08; P-09).

Na ideia central C - **Organiza os conhecimentos com o residente**, a organização dos conhecimentos através da organização das pesquisas e do direcionamento dos residentes, fazem parte desta IC apresentados no discurso a seguir, originado do relato de 04 (quatro) entrevistados:

A atividade do preceptor seria a de organizar, eu diria organizar um conjunto de pesquisas na busca desses conhecimentos práticos e saber direcionar esses alunos nesse aprendizado, pois o residente quando entra fica um pouco confuso, porque tu tens que pegar tudo isso, tirar o que tá na panela de pressão, tudo misturado e depois vai separando e organizando, então ajudo de certa forma na formação deles, eu discuto com eles essas questões do que dá ou não dá para fazer. Dentro das disciplinas teóricas, a gente procurava enquanto preceptor trabalhar as metodologias ativas voltadas pros conteúdos que a gente precisava ministrar então pra que eles pudessem identificar os problemas, mas dentro de uma unidade de saúde e que eles pudessem buscar soluções não somente escritas ou faladas, mas criando um mapa conceitual de como eles poderiam resolver, identificar e resolver os problemas das unidades que eles estavam atuando (P-03; P-05; P-14; P-15).

As ideias centrais B e C, que tratam da função do preceptor relacionado à organização, encontra amparo na Portaria Nº 1.111/GM, de 05/07/2005, que fixa normas para implementação e execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. No Art. 6º, Incisos I, estabelece que a preceptoría seja uma função de supervisão docente-assistencial em área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida a profissionais de saúde graduados e com experiência na área do aperfeiçoamento, exercendo atividades de organização do processo de aprendizagem especializada e de orientação técnica aos profissionais.

A atribuição de Organização foi citada por Parente (2008) em um estudo sobre os afazeres de tutores e preceptores do corpo docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. Nesse texto, o autor evidencia 05 (cinco) competências fundamentais para o perfil do preceptor, e dentre elas destaca-se a orientação do residente quanto às práticas específicas da categoria na Estratégia Saúde da Família: contribuir com os residentes no planejamento das ações a serem desenvolvidas e sistematizar juntamente com os residentes o fazer da categoria, ou seja, contribuir na organização das atividades cotidianas do residente.

Na ideia central D, **Atividades práticas da preceptoría**, foram elencadas ações desenvolvidas no cotidiano da preceptoría. O discurso apresentado a seguir foi composto pelo relato de 06 (seis) entrevistados:

Apresenta o setor, a gente demonstra os aparelhos, ensina o uso, os cuidados, a limpeza, como abordar o paciente, como realizar uma avaliação com o paciente, as condutas, os objetivos, as normas do ambulatório, os protocolos que o ambulatório tem com as patologias, a gente segue os protocolos do Hospital, então isso é demonstrado é estudado, o que pode ser

feito a gente já está fazendo, que é estudo de caso, as metodologias ativas, os próprios debates, senta para fazer uma discussão, só para acrescentar, e às vezes até dá um puxão de orelha quando precisa, quando ele tá fazendo umas besteirinhas, falta de cuidado com os aparelhos, também faz debates, faz estudo de caso, a gente começou a fazer alguns estudos de caso, discussões práticas para conhecer mais as redes de serviço, trabalhar com grupo focal, com grupos tutoriais, com construção de diagramas, resenhas, construção de mapas, pega artigos discutem e vamos fazer a metodologias ativas, através de discussões teóricas, individual e em grupo, de vez em quando. Tem a parte prática de visitar os setores, de está mostrando aquilo que a gente viu na teoria e ver também na prática, logo como preceptor a gente promove uma visita sempre de leito em leito, discutindo os casos, discutindo os assuntos mais interessantes, supervisionando a prática do residente e de vez em quando, a gente ministra aula tanto para os residentes. A gente faz apresentações, para eles apresentarem aquilo que foi repassado em forma de projeto, de resumo, e finalizamos, até porque a carga horária é pequena e a gente tem que tentar concluir toda a carga horária, logo também ministro algumas aulas, palestras, conferências sobre tópicos relevantes que venham acrescentar na formação deles. Um dos critérios de avaliação que eu adotei influenciado pelo curso foi a produção de um artigo científico, ainda não fiz simulados, estamos querendo elaborar o simulado para ver logo quando eles chegaram como ele vai se sentir (P-02;P-07; P-08; P-12;P-13; P-15).

A ideia central E - **Familiariza o residente e o aluno na rotina dos serviços nas instituições onde atuam**, foi formada a partir do relato de 04 (quatro) preceptores entrevistados, que relataram nesta IC as atividades e normas vivenciadas na instituição, no intuito de familiarizar os residentes na rotina de trabalho institucional. O discurso gerado foi o seguinte:

Eu mostro a minha vivência no meu dia a dia do trabalho, a gente tenta da melhor forma possível passar as orientações necessárias e até mesmo pelo procedimento as normas do hospital, você acaba direcionando o aluno, familiarizando ele no serviço, e para mim já facilita porque eu já trabalho no hospital, já conheço a rotina, assim posso inserir os meninos na rotina, para que eles vivenciem melhor e até se integrem ao serviço, portanto como a gente já está há muito tempo dentro do hospital e já conhece os processos, eu repasso pra eles no dia a dia, então os residentes que passam aqui comigo, eles passam para verificar como que funciona o setor (P-03; P-04; P-06; P-14).

Surge a questão do preceptor que agrega duas funções (de preceptor e de profissional da assistência como enfermeiro, fisioterapeutas e etc.) em um mesmo local de atuação. E como pode ser observado, mais adiante, surgiram outras ideias centrais que trataram sobre as dificuldades e os benefícios desta junção. Sendo assim, optou-se por analisá-las em conjunto.

A ideia central F, **Tira dúvidas**, destaca dentre as atividades dos preceptores, a tarefa de sanar dúvidas, apoiar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelos residentes. O discurso gerado através do relato de 03 (três) entrevistados foi:

Eu demonstrava e nas outras vezes, eles também consultavam e depois da consulta, sempre quando divergia alguma coisa a gente conversava depois, para que nas próximas eles pudessem executar de uma maneira mais precisa, então se tem alguma dúvida, eu estou ali para tirar, tem um apoio e não estão sozinhos, assim atendeu um paciente que está com uma demanda e não sabe muito bem como responder, aí a gente faz uma supervisão imediata a partir do atendimento que gerou angústia ou dúvida, então o que a gente faz? Eles atendem os pacientes, alguma dúvida eles discutem, logo eles me repassam o que fizeram, tiram suas dúvidas, o nosso papel é dar um aval do que eles fazem (P-03; P-09; P-10).

Tal atribuição, descrita nesse discurso, está relacionada a uma das competências previstas no Curso Educação em saúde, a qual preconiza que o preceptor “Monitora e avalia o processo educacional, utilizando as diferentes modalidades de avaliação de desempenho dos educandos, segundo os objetivos educacionais a serem alcançados e o perfil de competência desejado”. Nesse contexto, o preceptor acompanha o processo de aprendizagem do educando, orientando-o, conversando e tirando dúvidas quando necessário.

A ideia central G - **O modo de atuar do preceptor**, trouxe o relato da maneira como os preceptores conduzem a relação com os residentes. O discurso gerado, por 06 (seis) entrevistados, foi:

Assim que eu entendo, eu tento trabalhar, não sei se estou errada? Mas, eu deixo eles a vontade para se sentirem autônomos nos serviços, eu o deixo a vontade para que trabalhe, faço acompanhamento clínico, supervisão clínica, trabalhos escritos, projetos, essa é a minha postura, é de deixar eles bem a vontade, eu não gosto de estar lá em cima, gosto de vê-los atuando só, se eu visualizo alguma coisa que eu acho que poderia ser diferente, eu falo com eles, a gente discute, eles mudam ou então eles, de repente, me convencem que aquela forma deles é a melhor, e aí eles fazem da forma deles. Quando estamos na prática eu vou mostrando a realidade porque a teoria muitas vezes é muito diferente da prática, não gosto de interferir muito, o profissional tem que ter uma certa autonomia, para eles não se sentirem

de mão amarrada, até para ele pensar no que tem que fazer, porque se ele ficar bitolado que sempre vai ter alguém para dizer o que ele tem que fazer, ele nunca vai pensar no que tem que fazer, por isso, tem que receber o aluno e tem que mostrar todo um leque uma abrangência pra ele, eu recebo eles, participo de reuniões e acompanho os residentes nas atividades, nas ações que elas atuam (P-03; P-06; P-09; P-10; P-11; P-14).

Botti e Rego (2008, p.365) afirmam que “a principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas” e para tanto o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, possibilitando ao aluno vivenciar e aprender a desenvolver estratégias para resolução dos problemas cotidianos da atenção à saúde.

Outro aspecto importante relacionado ao modo de atuar do preceptor, diz respeito à reflexão feita por Feuerwerker (2011) sobre as questões que envolvem aspectos ético e político dos relacionamentos, produzidos no e pelo exercício da preceptoria, onde afirma que estes aspectos constituem um terreno delicado, significativo e decisivo, na relação produzida entre profissionais e usuários/famílias, e entre os próprios profissionais. Para a autora, estas relações, podem ser pautadas no respeito ou no desrespeito, entre sujeito-sujeito ou entre sujeito-objeto, respectivamente.

A relação sujeito-objeto é quando o conhecimento técnico-profissional (o saber científico) preside a relação e o sujeito que o possui é quem está no comando, estabelecendo uma relação unidirecional e vertical de intervenção. Na relação sujeito-sujeito, há interação entre saberes, desejos e necessidades, onde as relações são o que regulam a cena, possibilitando construção compartilhada, trocas e mútua afetação (FEUERWERKER, 2011).

Por ser um profissional que influencia na formação profissional e ética do aluno, o modo de atuação do preceptor, como já foi mencionado neste estudo (FEUERWERKER, 2011; BOTTI; REGO, 2008; BRANT, 2011) poderá influenciar na atuação do novo profissional, portanto, determinará as futuras relações e relacionamentos entre o profissional e seus pares, assim como entre o profissional e usuários dos serviços de saúde.

A ideia central H - **Apoia e estimula o conhecimento**, tratou do papel do preceptor em relação a estimular, difundir o conhecimento, direcionar o tema para o aprendizado e de auxiliar a busca de conhecimentos. Este discurso foi elaborado com base no relato de 03 (três) entrevistados:

O papel do preceptor é realmente, acho que a base, é estimular e difundir aquele conhecimento, não só dele para o aluno, mas o aluno para com ele é de estimular é

direcionar o tema correto para aquele aprendiz, para o qual você tem aquele objetivo, sempre demonstro, ele vai refazer, e vai fazendo, e eu vou esta auxiliando ele nesse momento, então eu tento passar para eles esse apoio que eu não tive, é uma divisão de conhecimento onde ele estimula tal tema para que todos tenham conhecimento (P-03; P-05; P-10).

Essa concepção está presente nas competências previstas no Curso Educação em Saúde, na qual o preceptor tem como atribuições estimular a curiosidade, independência intelectual, racionalidade científica e o pensamento complexo dos educandos.

A ideia central J - **Dificuldades de agregar a função de preceptor no mesmo local de atuação**, trouxe o relato de um participante, quanto à realidade de profissionais que como ele, atuam no seu local de trabalho nas duas funções (profissional de saúde e preceptor) o que segundo a IC apresentada, acarreta dificuldades. O discurso:

O preceptor ele não é só preceptor, é uma coisa que é agregada a mais, é uma responsabilidade que o preceptor assume, mesmo sabendo que é colaborador da instituição e que tem que agregar aquelas atividades a mais também, porém não consegue fazer uma coisa noventa por cento e oitenta por cento em relação ao planejamento que ele faz e que deveria, ele não consegue, a gente vai tentando mais não consegui, por mais que você se planeje, então eu tenho que me planejar para poder não ter problemas dentro das minhas atividades laborais no meu dia a dia (P-08).

Finalmente, a ideia central K - **Vantagens de agregar a função de preceptor no mesmo local de atuação agregou subsídios positivos**, dentre eles o domínio maior sobre o ambiente de trabalho, o que possibilita ajudar melhor o aluno. O discurso foi criado a partir do relato de três participantes.

O preceptor ele vai atuar no ambiente de trabalho dele, então eu acredito que é um fator que potencializa essa informação, minha participação aqui como preceptor é aqui dentro mesmo do setor onde eu trabalho, no meu ambiente de trabalho eu tenho um domínio maior, eu acredito que eu tenha mais propriedade, pra ajudar ele, e como profissional você sabe que isso é importante para a gente ser preceptor, porque é uma experiência, é bom para nosso currículo (P-08; P-11; P-14).

As ideias centrais E, J e K, abordam um aspecto da realidade cotidiana dos profissionais que acumulam em um mesmo local de atuação duas funções, a de preceptor e de profissional de assistências, responsáveis pela integração ensino-serviço. Porém, os sujeitos do estudo, assim como alguns autores como para Albuquerque et al. (2008) entre outros, este

fato é percebido de forma contraditória, pois para alguns facilita e para outros dificulta a sua atuação.

Albuquerque et al (2008) entendem por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre alunos e professores dos cursos de formação na área da saúde e as equipes das unidades de saúde, objetivando de forma a qualidade da formação profissional, da atenção à saúde individual e coletiva e a satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Barreto e De Marco (2014) afirmam que as atividades educativas dos preceptores estão inseridas na carga horária da função assistencial, e de acordo com o determinado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os profissionais em atuação neste nível assistencial, devem cumprir carga horária de oito horas semanais, para desenvolverem suas atividades de preceptoria e envolvimento com as instituições de ensino. Porém, existem casos, como o referido na ideia central J, em que o profissional percebe que não é possível desenvolver todas as atividades de forma satisfatória, o que contradiz a ideia central K, na qual os preceptores apontam aspectos positivos em relação a esta integração das funções de ensino e serviço, em um mesmo local de atuação.

Outro aspecto considerado complexo na integração da função assistencial e educacional, diz respeito a produtividade, pois em alguns casos “os preceptores normalmente gastam uma quantidade significativa de tempo extra ensinando, conseqüentemente, atendem menos pacientes e perdem renda” (CAYLEY, 2011 apud DIAS et. al., 2015, p. 89).

Verifica-se que o prestígio profissional do docente (profissional médico, no caso específico do trabalho de Rocha, (2012)) que atua em uma universidade acumulando funções, decorre quase exclusivamente das atividades assistenciais, científicas e investigativas, ficando em segundo plano a atividade docente.

Em síntese, assinala-se que as ideias centrais que tratam das percepções dos preceptores a respeito de suas atribuições estão alicerçadas na legislação vigente e no perfil de competências do preceptor (citado no capítulo sobre preceptoria), utilizadas no curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, as quais foram elaboradas a partir das DCN para saúde (2001), Princípios do SUS (Lei. 8.080/1990), Princípios de aprendizagem de adultos de Paulo Freire (1996), de Albert Bandura (1982), de Malcom Knowles (1990) e de Lev Vygotsky (2011).

Porém, ao adentrar os aspectos relacionados à competência do preceptor, cabe ressaltar que o termo competência significa atribuição e o termo atribuição, por sua vez,

significa responsabilidade própria de um cargo ou função; competência, prerrogativa as quais serão abordadas a seguir, sendo analisada a luz das atribuições estabelecidas.

Neste sentido verifica-se que as percepções dos preceptores participantes do estudo, estão em consonância com a Resolução MEC/SESU/CNRM nº 02, de 13/04/2012, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde, em seu Art. 13, diz que a função do preceptor caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas dos residentes nos serviços de saúde, exercida por profissional vinculado a instituição formadora ou executora e com formação mínima de especialista.

E em seu Art. 14, a Resolução nº 02/12, estabelece as competências do preceptor, destacando-se entre elas: 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 (ideia central A do quadro 18); 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 Plano Pedagógico (ideias centrais G e H questão 1 e B, E questão 2 do quadro 20); 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 (ideia central B do quadro 18); 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 (ideias centrais: I do quadro 18); 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 Plano pedagógico do programa (ideia central D e F do quadro 18); orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

A Resolução supracitada, também estabelece em seu Art. 15º as atribuições do profissional de saúde que ingressa no Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, entre elas destacam-se: empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS; ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais,

organizacionais, ético humanísticas e técnico-sócio-políticas; conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa; integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde; integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática e zelar pelo patrimônio institucional.

Ao analisar os resultados quanto às atribuições relatadas pelos preceptores pesquisados à luz de pesquisas de campo realizadas, observou-se similaridade de atribuições. No estudo de Botti e Rego (2011) que teve como objetivo analisar o papel do preceptor na residência médica a partir das percepções de preceptores de programas de residências clínicas participaram 16 (dezesseis) sujeitos e mediante análise de conteúdo, os resultados mostraram as atribuições de planejamento, controle, guia, estímulo ao raciocínio e postura ativa, análise de desempenho, aconselhamento e cuidado do crescimento pessoal e profissional, observação e avaliação da execução das atividades do residente e atuação na formação moral.

Para Rodrigues (2012) a preceptoría é uma modalidade de ensino que vem se estruturando e destacando-se no cenário da formação do profissional de saúde no Brasil e os programas de educação em saúde, como as Residências Multiprofissionais, vem desafiando estes profissionais, diante de novos sentidos na forma de trabalhar e de fazer saúde no SUS. Portanto, ainda há muito caminho a ser trilhado, porém verifica-se que o caminhar já foi estreado, pois iniciativas no sentido de preparar profissionais estão sendo replicadas, como se pode constatar através de programas de apoio ao desenvolvimento do SUS do Ministério da Saúde, dentre os quais se cita o curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, sobre o qual são apresentados os resultados a seguir.

8 PERCEPÇÕES SOBRE O CURSO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS E SOBRE AS METODOLOGIAS ATIVAS.

Nesta seção foram agrupadas as percepções dos entrevistados sobre sua participação no curso, os conhecimentos adquiridos e suas concepções sobre as Metodologias Ativas presentes no curso. Primeiro serão apresentados os resultados relativos às percepções quanto à participação no curso, oriundos da pergunta: conte como foi para você participar do curso, o que originou 12 (doze) ideias centrais. Na sequência serão apresentadas as percepções sobre os conhecimentos adquiridos, a partir das respostas à pergunta: Quais foram os conhecimentos adquiridos a partir de sua participação no curso? Essa questão originou 07 (sete) ideias centrais. Dado que o curso utilizou as Metodologias Ativas, conclui-se esta seção com os discursos relativos à pergunta: Na sua percepção, o que são as metodologias ativas de ensino aprendizagem? A análise dessa questão produziu 11 (onze) ideias centrais.

8.1 PERCEPÇÕES QUANTO À PARTICIPAÇÃO NO CURSO.

As ideias centrais aqui apresentadas e discutidas revelam o sentimento/percepção dos preceptores em relação ao curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS. Porém, a partir da fala dos participantes, verificou-se que estas ideias versaram sobre quatro grandes tópicos: 1) Dinâmica de funcionamento do curso, 2) Percepções em adjetivos do curso 3) Percepções sobre as metodologias ativas no contexto do curso, 4) Contribuições do curso (Quadro 22).

Quadro 22 - Síntese das ideias centrais sobre a participação no Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS.

Tópico		Ideias Centrais	Participantes
1	A	Dinâmica das aulas	P-12
2	B	Foi desafiador	P-10; P-13
2	C	Interessante	P-09
3	D	Dúvidas ao iniciar	P-01 ; P-10
3	E	Foi bom, tranquilo	P-01; P-03; P-06; P-07; P-14
3	F	Um conceito novo	P-01; P-08
4	G	Experiência nova	P-02; P-08; P-15
4	H	Aquisição de conhecimentos	P-07; P-09
4	I	Levou a reflexão	P-03; P-06; P-09; P-13; P-15
4	J	Foi um preparo, aprendeu a trabalhar com o residente, com o aluno e com a equipe no local de trabalho	P-02; P-03; P-07; P-09; P-14; P-15
4	K	Forma de disseminar o que aprendeu	P-04; P-09
4	L	Abriu oportunidades	P-06; P-10

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A ideia central A - **Dinâmica das aulas**, corresponde ao discurso de 01 (um) participante do estudo sobre a forma de organização das aulas do curso. O discurso foi:

O curso se dava geralmente é de forma presencial uma vez por semana e tinha algumas atividades online então toda segunda feira de manhã é a gente comparecia até a universidade e a gente assistia algumas aulas, pedia licença do serviço lá no hospital regional e a gente era liberado no horário do curso né e após o curso a gente era liberado para o trabalho, a gente vinha todas as segundas de manhã e às vezes também nas terças pela manhã e a tarde pra completar a carga horária do curso e completar as atividades durante a semana online (P-12).

A ideia central B - **Foi desafiador**, fala do sentimento do preceptor em relação a como o curso lhe tirou da zona de conforto e o desafio de aprender a lidar com as metodologias ativas. A ideia central deste discurso, construído com base no relato de 02 (dois) entrevistados, foi:

Foi um curso que não deixava a gente ficar na zona de conforto, parece que tira o chão e faz você se alinhar de novo, e quem alinha é você mesmo, então, assim foi desafiador para mim aprender a lidar com essa educação de metodologias ativas (P-07; P-12).

Os preceptores relatam nesta ideia central C, denominada de **Interessante**, o que acharam do curso, pois tiveram a oportunidade de trabalhar com seu poder de influenciar outra pessoa, fazendo uma nova leitura de seu conhecimento. O discurso foi formado por 02 (dois) entrevistados, conforme observa-se a seguir:

Eu achei interessante o curso em si, foi bem interessante porque a gente estava trabalhando com o teu poder de mudar a opinião de outra pessoa, logo eu achei muito interessante porque é uma leitura que eu não tinha (P-10; P-13).

A ideia central D - **Dúvidas ao iniciar**, é a manifestação de 02 (dois) entrevistados sobre o sentimento que surgiu ao se depararem com as metodologias ativas, o discurso gerado foi:

No começo a gente não percebe e não conseguia ver a finalidade da construção de pegar uma palavra, então como que ia ser? Não via nada escrito parece? (P-01; P-10).

Observa-se que as estratégias utilizadas pelo curso, causaram certa estranheza em 13,3 %, dos preceptores participantes do estudo que ainda não haviam tido contato com as metodologias ativas.

O processo ensino-aprendizagem adotado pelo curso, articulou a abordagem construtivista, a metodologia científica e a aprendizagem baseada em problemas, que

estimulam o protagonismo e a autonomia do aluno. Esse processo foi representado na forma de uma espiral, denominada de Espiral Construtivista, a qual traduz as diferentes etapas educacionais do processo de construção do conhecimento, através de movimentos articulados conforme a necessidade de aprendizagem, que se retroalimentam, portanto, os movimentos desta espiral eram desencadeados frente a um disparador ou estímulo para o desenvolvimento de capacidade (TEMPSKI, 2012) logo, não havia “nada pronto”, “nada” previamente escrito para ser repassado, o que diverge das estratégias de ensino centradas na transmissão de conhecimento.

Na ideia central E - **Foi bom, tranquilo**, os entrevistados relataram sentimentos favoráveis em relação tanto a sua participação quanto o curso, como sendo bom, proveitoso, mudando sua percepção em relação a sala de aula e sua aplicação no seu cotidiano. Participaram da construção desta ideia 05 (cinco) entrevistados. O discurso gerado foi:

Eu achei que foi muito boa, foi muito bom, foi muito proveitoso, foi a primeira vez que eu gostei de sala de aula, O curso foi muito bom, eu gostei muito, foi tranquilo, foi muito bom porque eu trouxe muita coisa que eu aprendi lá da metodologia ativa (P-01; P-03; P-06; P-07; P-14).

A ideia central F - **Um conceito novo** traz a percepção dos participantes ao entrarem em contato pela primeira vez com as metodologias ativas. O discurso construído por 02 (dois) entrevistados foi:

Metodologias ativas foi uma coisa nova para mim eu nunca tinha ouvido falar, foi um conceito novo, a gente tem um conceito tradicional de formação só que a proposta era diferente, era metodologias ativas, uma coisa que nunca tinha visto e no começo tive um pouco de resistência (P-01; P-08).

A ideia central G - **Experiência nova** foi construída a partir do relato de 03 (três) participantes, nesta ideia os entrevistados relatam que o curso foi uma experiência nova com troca de conhecimentos, conforme se vê no discurso:

Gostei muito porque foram várias experiências, trocas de conhecimento que eu não tinha para mim; foi totalmente tudo novo, a gente sabe que novos conhecimentos, novas experiências e isso para a gente é muito louvável, porque a gente cresce bastante abre a mente ficamos mais abertos, foi uma experiência muito boa, uma experiência nova (P-02; P-08; P-15).

A ideia central H - **Aquisição de conhecimentos**, foi construída a partir do discurso de 05 (cinco) entrevistados, que relacionaram sua participação no curso com a aquisição de conhecimentos, destacando a utilização de experiências pessoais e a observação da

experiência do outro (o professor) para a formação de uma nova conduta enquanto preceptor e enquanto profissional do SUS. O discurso gerado foi:

É uma forma de a gente aprender uma metodologia diferenciada, eu estava vivendo uma aquisição de conhecimento de coisas novas em preceptoria, eu acabava reproduzindo o modelo o jeito dessa metodologia na minha prática enquanto preceptor, eu acho que isso foi fundamental, então a gente vai com as experiências e com as observações dos nossos professores, aquele professor que você se identifica adota uma conduta parecida com a dele, então você vai pegando de um e de outro e formando a sua conduta de professor, logo eu não tinha uma leitura de preceptoria eu não sabia o que era ser um preceptor em saúde e até dentro da profissão é uma discussão nova, portanto pra mim foi muito bom, porque hoje eu já posso falar o que é o preceptor, o que é o papel do preceptor né, e o que isso repercute positivamente dentro da minha atuação profissional no SUS então para mim foi muito importante e trouxe conhecimentos inovadores, em cima das metodologias ativas (P-03; P-06; P-09; P-13; P-15).

As ideias centrais E, F, G e H emergem a partir da percepção dos sujeitos sobre as metodologias ativas, visto que o curso pautou-se exclusivamente em processos educativos de ensino aprendizagem baseado nas teorias interacionistas da aprendizagem, na dialogia, em processamento de situações-problema e aprendizagem baseada em equipes, entre outras estratégias voltadas a construção do perfil de competência almejado pelo curso (TEMPSKI, 2012) o que foi percebido pelos sujeitos como “algo novo” que de certa forma, de acordo com os discursos, provocou inquietações e suscitou comparações com as estratégias metodológicas vivenciadas anteriormente.

De acordo com Berbel (2012, p. 29) os cursos de graduação principalmente os da área da saúde, estão sendo estimulados a elaborarem novas propostas pedagógicas, com “metodologias de ensino que permitam dar conta dos novos perfis delineados para os seus profissionais”. Mitre et al.(2008), Berbel (2012), Cyrino e Pereira (2004) entre outros autores, registram experiências que apontam para essas mudanças pelas quais estão passando as instituições de ensino na área da saúde, entre elas a Universidade Estadual de Montes Claros, Faculdade de Medicina de Marília (FAMENA) São Paulo, a Universidade Estadual de Londrina (UEL) no Paraná e a Universidade Estadual do Pará (UEPA), polo Santarém-PA, como já foi citado anteriormente.

A ideia central I - **Levou a reflexão**, é o relato de 01 (um) preceptor a respeito de sua reflexão teórica sobre a situação atual do profissional que está passando conhecimento a outra pessoa. O discurso afirma que:

Quando comecei a fazer o curso comecei a ver teoricamente como a gente está, no caso de alguém que está passando um conhecimento (P-09).

O curso teve como base estratégias metodológicas diferenciadas dos recursos comumente utilizado na maioria dos cursos de capacitação e formação profissional, o que ocasionou discursos como os que surgiram nas ideias centrais E, F e G, pois segundo Tempiski (2012) o curso tem como proposta a integração entre a teoria e a prática, entre o mundo do trabalho e o da aprendizagem, entre processos educativos, de gestão e de assistência na área da saúde, partindo da realidade de cada um, da experiência inerente a suas vivências, integrando a teoria e a prática, a realidade do trabalho e a da aprendizagem, tirando-os da “zona de conforto”, desafiando suas certezas.

Freire (2011) afirma que a experiência do homem é gerada através de suas relações com o mundo o que caracteriza um processo dinâmico de produção de conhecimento. Na percepção dos participantes as atividades desenvolvidas no curso valorizaram a experiência, e de acordo com Tempiski (2012, p.16) a “combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais permite a constituição das diferentes maneiras de aprender”.

Na ideia central J - **Foi um preparo, aprendeu a trabalhar com o residente, com o aluno e com a equipe no local de trabalho**, os entrevistados manifestaram sua percepção quanto ao que aprenderam em relação às metodologias para lidar com o aluno, o residente e em utilizá-la em seu local de trabalho. O curso lhes forneceu técnicas e instrumentos que passaram a utilizar em suas atividades. O discurso gerado foi:

Então a primeira vez que me senti preparada com técnicas e instrumentos, foi na pós, que eu até passei a usar, porque eu também sou professora na graduação, logo a gente pôde aprender lá no curso de preceptoria várias técnicas e métodos novos a serem trabalhados dentro das metodologias ativas, portanto ele contribuiu bastante tanto para minha prática docente, quanto pra minha prática. Não tive dificuldade alguma aprendi muito, foi totalmente educação como lidar com o aluno, como passar conhecimento, como fazer com que o aluno raciocine, fazer com que o aluno busque aprendizado, procurei fazer essa outra para complementar e para saber trabalhar com residente também, teve muito aprendizado referente à equipe de como trabalhar, como pensar na saúde pública como um todo, pois a

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 138
nossa faculdade foi todo o método tradicional né, é então lá a gente trouxe a aplicabilidade da metodologia ativa pro nosso trabalho (P-02; P-03; P-07; P-09; P-14; P-15).

Rocha e Ribeiro (2012, p.14) ao avaliarem a prática de preceptores médicos após formação pedagógica, apontam para a importância de cursos de capacitação para os profissionais de saúde que exercem as funções inerentes à docência, e mais especificamente, assumem as atividades de preceptoria, assinalando que é frequente a “forma amadorística da docência, que infelizmente ainda é frequente em nosso meio”.

E o discurso dos sujeitos deste estudo, ratifica esta premissa, principalmente no que diz respeito à capacitação para a prática da preceptoria, pois de acordo com Rocha (2012) a maioria dos preceptores não possui capacitação para exercer a função, tendo suas ações baseadas em experiências anteriores adquiridas no exercício da docência e também com base em sua formação acadêmica.

A ideia central K - **Forma de disseminar o que aprendeu**, trata da forma de disseminar este aprendizado adquirido a partir do curso. Participaram da construção deste DSC, 02 (dois) entrevistados e o discurso gerado foi:

Foi bem importante para mim enquanto profissional e eu acredito que quando tiver outras oportunidades vou saber lidar melhor com isso, deu para a gente aprender uma forma de estar disseminando isso (P-06; P-10).

O profissional adquire confiança ao sentir-se capacitado, é o que manifestam os sujeitos do estudo ao afirmarem que aprenderam a disseminar a aprendizagem adquirida no curso. Então se observa na afirmação, outrora citada por Massaroli e Saupe (2008) que a educação permanente é uma forma frequente de atualização das práticas, portanto, participar do curso possibilitou na percepção dos sujeitos esta atualização na sua forma de conceber e disseminar conhecimento.

A ideia central L - **Abriu oportunidades**, trata da percepção dos participantes sobre as novas oportunidades que a participação no curso lhes proporcionou e sobre a percepção de que a educação pode ser dinâmica e nortear suas ações. O DSC foi constituído a partir do relato de 02 (dois) participantes, e diz:

Para mim foi muito enriquecedor porque pôde abrir um leque e ver que a educação pode ser mais dinâmica do que a gente imagina, portanto o curso foi um norte foi um divisor de águas para quem está na prática (P-04; P-09).

Mas uma vez surge no discurso dos sujeitos questões relacionadas com a formação, capacitação, ou seja, a preparação do profissional.

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares para a área de Saúde imprimem uma possibilidade de mudança no cenário da formação profissional, e conforme afirmam Massaroli e Saupe (2008) a educação permanente vem aprimorar esta transformação, pois é um método educacional da saúde, que utiliza o processo de trabalho com objetivo de transformação e melhoria dos serviços, capacitando o profissional com base em sua realidade e de acordo com o contexto em que atua.

8.2 CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS A PARTIR DO CURSO.

Este sub-tópico originou 07 (sete) ideias centrais que tratam das percepções dos entrevistados a respeito dos conhecimentos adquiridos a partir de sua participação no curso, sumarizadas no quadro 23 (vinte e três) abaixo:

Quadro 23 - Síntese das ideias centrais sobre conhecimentos adquiridos a partir do curso.

	Ideias Centrais	Participantes
A	Formas de atuação antes do curso (Práticas antes)	P-02; P-03; P-10; P-14
B	Desconhecimento das metodologias ativas	P-01; P-05; P-08; P-09; P-14
C	Ganhos advindos do curso	P_01; P_03; P_04; P_05; P_06; P_07; P_08; P_09; P_10; P_11; P_12; P_14
D	Percepção em relação aos benefícios das metodologias ativas	P-02; P-06; P-08; P-10; P-12; P-13; P-14
E	Não esta atuando com as metodologias ativas	P-03; P-06
F	Sobre a metodologia utilizada no curso	P-03; P-05; P-08; P-09; P-11; P-12; P-13; P-14
G	Atitudes práticas a partir do curso sobre metodologias ativas	P-02; P-03; P-07; P-10; P-14

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Na ideia central A - **Formas de atuação antes do curso**, os entrevistados relataram como foi sua atuação antes de participar do curso, fazendo referência a forma como recebiam os residentes e como ministravam suas aulas, ou seja, às suas práticas pedagógicas antes do curso. Esta ideia foi formada pela junção de relatos de 04 (quatro) entrevistados, e o discurso gerado foi:

Quando a gente teve residente antes do curso, a gente não fazia dessa forma, chegava e dava orientações, eles faziam e ficava por isso mesmo, eu sabia que a aula deveria ser mais interessante mais significativa para o aluno, mas eu não conseguia visualizar uma fórmula, no primeiro momento que eu tive oportunidade de dar aula eu passei o conteúdo todo que iria ministrar na primeira aula e eu fiquei assim nervosa não sabia como envolver de uma forma

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 140
dinâmica, a gente viu muitas vezes que a pedagogia do tradicionalismo, ele meio que impõe sobre os ouvintes nossos conhecimentos e nem, sempre a comunicação e a educação se dá dentro desse contexto de imposição (P-02; P-03; P-10; P-14).

De Figueiredo Pereira (2003) fala que a saúde utiliza amplamente práticas pedagógicas tanto na formação continuada quanto nas ações e serviços de educação a saúde, e que estas práticas são norteadas por concepções pedagógicas dominantes no sistema, de acordo com o citado anteriormente neste estudo. Entre as quais estão os processos de ensino aprendizagem voltados a exposição dos conhecimentos pelo professor, chamada de pedagogia tradicional, a qual foi citada no discurso dos preceptores entrevistados. Para Behrens (1999, apud DE FIGUEIREDO PEREIRA, 2003) este tipo de prática pedagógica ainda é frequente na universidade brasileira.

E reportando-se a afirmação de Rocha (2012) sobre a herança do modelo de ser professor, por identificação com seus mestres, logo tende a repetir as mesmas estratégias e a disseminar o modelo pedagógico.

A ideia central B - **Desconhecia as metodologias ativas**, retrata a estranheza a qual passaram os preceptores ao se depararem com a metodologia que foi utilizada pelo curso, conforme o discurso a seguir:

Metodologias ativas foi uma coisa que foi totalmente nova, eu não tinha conhecimento de metodologias ativas, meu primeiro contato com a metodologia ativa realmente foi na pós. As metodologias ativas que eu não conhecia, desconhecia totalmente, nunca nem tinha escutado falar, eu nunca tinha ouvido falar, nunca. Logo apesar de já ter iniciado essas metodologias na UEPA, mas para mim, eu fui ali para fundamentar algumas coisas que para mim ainda eram confusas desse método, pois eu já tinha realizado essa metodologia mas não era da forma que eu imagina (P-02; P-03; P-1; P-14).

Esta ideia, referente ao desconhecimento das metodologias ativas, surgiu e foi discutida primeiramente na ideia central H da questão anterior, referente a percepção do preceptor a respeito do curso, porém verificou-se que mais sujeitos participaram da construção do presente discurso.

Observa-se também que mesmo os preceptores que já haviam trabalhado com as metodologias ativas, manifestam o desconhecimento das estratégias empregadas no curso.

A ideia central C - **Ganhos advindos do curso**, aborda a percepção dos preceptores entrevistados sobre os ganhos teóricos e práticos advindos do curso, em relação a como atuar melhor como professor, as formas de dinamizar as aulas, de como lidar com as metodologias

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 141
ativas, assim como trouxe novas ideias, novas formas de atuar enquanto preceptor, agregando a sua atuação como profissional de saúde do SUS. O discurso a seguir, derivou-se dos relatos de 12 (doze) entrevistados.

O conhecimento que eu adquiri é eu tentar enquanto professora envolver o aluno de forma que ele se atraia e que ele entre naquele assunto e como eu posso dinamizar, agir de forma dinâmica na educação, e quais os recursos que eu posso lançar mão, isso me abriu uma luz, de como isso pode ficar dinâmico, foi importante porque tem esse instrumento para você atuar, saber como eu agir, nas aulas, então aquilo foi agregando na minha profissão, coisas novas, assim, o curso serviu muito para isso, trouxe mais ideias, abriu a mente das formas que a gente possa utilizar para esta atuando como preceptor na área da saúde e da educação. Foi uma experiência muito grande, adquiri muito conhecimento com isso de como lidar com essas metodologias, uma visão mais ampla de um aprendizado que aprendemos lá, para acompanhar na direção de uma metodologia que vamos utilizar com os residentes e é a metodologia ativa, logo o conhecimento adquirido ele foi tanto de cunho teórico como de cunho prático, a gente vivenciava aquilo, a gente teve uma base muito importante sobre as mudanças que as DCNs vêm sofrendo nos últimos anos, também a questão da integração com outros profissionais de saúde, por isso foram tremendo eu posso assim dizer, teve um ganho maravilhoso, foi muito gratificante pra mim, foi um estímulo, eu aprendi muito também com a pós, que não é fácil, por mais que a gente queira passar um ensinamento, ajudar ao conhecimento, pois o método que você vai utilizar para realizar determinada atividade ele faz todo o diferencial, a forma como a gente vai realizar a educação em saúde, a forma de abordagem que você faz. Foram muitos, e eu acho que esse foi o ponto mais importante, não deixar que a opinião daquele prevaleça, sendo que eu tenho minha opinião, mas não ter aquele atrito (P-01; P-03; P-04; P-05; P-06; P-07; P-08; P-09; P-10; P-11; P-12; P-14).

Na ideia central D - **Percepção em relação aos benefícios das metodologias ativas**, foi construída pelo relato de 07 (sete) entrevistados sobre o que foi agregado aos seus conhecimentos com a utilização das metodologias ativas, tais como: conceitos, novos conhecimentos, formas de avaliar o aluno e de melhorar sua atuação como professor, trazendo amadurecimento profissional em seus vários papéis e facilitando o entendimento do aluno e do residente. O discurso gerado foi:

As metodologias ativas puderam me agregar muito conceitos, muitas coisas, como forma de avaliação, de como avaliar o aluno, aquela questão do professor não ser visto como o tal, logo, levei muito essa experiência inicial com essa metodologia ativa, eu consegui identificar

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 142

todas as minhas falhas, pois o método tradicional é importante, mas quando você envolve a metodologia ativa fica mais prazeroso tanto para o professor quanto para o aluno, é, trouxe muitos conhecimentos novos com o intuito de melhorar nossa prática no dia a dia como professor, como preceptor e etc. As metodologias ativas são as outras formas de, na verdade colocar um profissional ali em, digamos, se especializar, mais de forma a refletir não só na teoria, visto que por meio das metodologias que o preceptor influencia ao residente acadêmico, então eu acho que isso foi o mais importante para mim, eu envolver o aluno de uma certa forma que ele consiga ter interesse por aquilo que eu estou expondo. A metodologia ativa ela trouxe amadurecimento pra mim, acho que essa é a palavra, amadurecimento da minha percepção, tanto como enfermeira, como supervisora e como preceptor também, dessa forma a metodologia ficou muito boa para a gente estar acompanhando esse residente, a gente traz a metodologia ativa para atuar dentro do ambulatório, coisa que não tinha antes, então assim facilitou o entendimento do residente. Então trabalha metodologias ativas, justamente para facilitar o entendimento (P-02; P-06; P-08; P-10; P-12; P-13; P-14).

O discurso originado nas ideias C e D apresentam características das correntes pedagógicas descritas por De Figueiredo Pereira (2003) e Saviani (2005) com origem nas concepções baseadas em Carl Rogers e na Escola Nova, onde o professor é um apoiador que acompanha e auxilia no processo de aprendizagem.

Saviani (2005) fala destas correntes renovadoras, onde a escola é vista como um espaço de criação do conhecimento através da interação, da educação centrada no aluno e no agir pedagógico que valoriza o interesse do aluno, a atividade prática e os processos de aprendizagem.

Vivenciar as metodologias ativas na perspectiva destes preceptores levou a reflexão, possibilidades de dinamizar sua prática, amadurecimento profissional, foi um estímulo, enfim foram ganhos e benefícios.

A ideia central E - **Não esta utilizando as metodologias ativas**, traz o relato de 02 (dois) preceptores entrevistados que não estão fazendo uso das estratégias por limitações do local de atuação e por limitações das próprias técnicas de metodologias ativas. O discurso a seguir ilustra esta assertiva:

Eu ainda não atuei em nenhuma instituição que eu possa estar disseminando isso, porque eu não fui mais para a sala de aula e no estágio é outra vivência, a gente discute caso debate

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 143
mas não é a mesma coisa, as mesmas técnicas não da de fazer por causa do ambiente do estágio porque nós não temos uma sala um lugar (P-03; P-06).

Na ideia central F - **Sobre a metodologia utilizada no curso**, os entrevistados elencam suas percepções sobre as estratégias metodológicas utilizadas no curso, entre elas, as discussões que envolviam suas atividades diárias e as metodologias ativas e suas estratégias. O discurso a seguir foi elaborado por 08 (oito) entrevistados.

Nessa especialização eu vim ter realmente o conhecimento de como se pratica essa metodologia realmente, o curso abriu novos horizontes principalmente no que diz respeito à implementação das metodologias ativas, o conhecimento ele foi tanto de ordem técnica mesmo, de ordem prática, porque eles ensinavam toda uma metodologia, foram discussões no dia a dia que a gente trouxe, o que acontece na nossa cidade, a gente trouxe o que acontece no hospital né, as nossas dificuldades de regulação né que a gente sempre tem, e de que forma a gente poderia ajudar. A gente pôde debater também, um pouco nos outros momentos sobre as metodologias ativas e, eu acho que essa base de metodologias ativas foi muito importante, a questão da problematização, a questão dos tutoriais, aquelas técnicas do Maguerez, então tudo isso me ajudou, cada módulo que a gente tinha, era um capítulo do TCC que a gente fazia, era uma coisa nova que a gente aprendia, então eu ia fazendo uma relação entre a metodologia ativa e a metodologia tradicional, eu fazia comparações e eu percebia que metodologias ativas ela deixa o aluno ser mais reflexivo, ser mais pensativo, tenha uma mente mais aberta, não fique bitolado no conhecimento, que ele crie e estimule a olhar o todo, ter um novo horizonte, ter uma percepção maior, uma amplitude maior de conhecimento. Outra coisa que eu gostei foi como se a gente pensasse uma árvore do SUS. A gente percebeu através do curso que quando você trabalha o aluno, ou quando você trabalha o acadêmico ou o próprio paciente como um ser que conhece, como um ser que sabe, como um ser pensante que tem um conhecimento, que é muitas vezes um conhecimento popular, mas que ele tem conhecimento sobre a sua própria realidade, e quando a gente passa a valorizar essa realidade, você percebe que você consegue enriquecer mais a tua educação e saúde, porque você faz na verdade uma troca de conhecimentos e não mais uma imposição de motivos e justificativas, então a preceptoria ela é uma pós, uma pós-graduação teórico e prático, porque você vai esta vendo a teoria e automaticamente você já coloca a prática (P-03; P-05; P-08; P-09; P-11; P-12; P-13; P-14).

Marin et al. (2010) ressaltam que as tendências pedagógicas que estão influenciadas pelo método tradicional de ensino, centrado no professor e nos conteúdos, são constantemente

verificadas no cotidiano de educadores na área da saúde. Porém, as estratégias utilizadas no curso de pós-graduação centrado em metodologias ativas, tiveram como foco a identificação e solução de problemas na atenção a saúde, com abordagem educacional que valoriza o conhecimento e as experiências de seus participantes, com atividades voltadas para a transformação de práticas profissionais, visando o fortalecimento do SUS (TEMPSKI, 2012). Logo as atividades desenvolvidas, de acordo com o discurso aqui analisado, despertaram nos preceptores, participantes do curso, a percepção de que o conhecimento foi tanto de ordem técnica, referindo-se as metodologias ativas, como de ordem prática, referindo-se a sua atuação enquanto profissional de saúde e preceptor.

A ideia central G - **Atitudes práticas a partir do curso sobre metodologias ativas**, retrata as ações desenvolvidas pelos entrevistados após terem participado do curso e a forma como eles colocaram em prática seu aprendizado, adaptando-o ao seu cotidiano profissional. Neste sentido, os participantes adiantaram suas percepções sobre as práticas pedagógicas após o curso, ainda que isso não tenha sido perguntado nesse momento. O discurso a seguir foi construído a partir de 05 (cinco) relatos.

Eu uso muito metodologia ativa aqui para trabalhar com eles, depois que nós fizemos o curso, a gente elaborou um horário e faz essa discussão, isso ajuda a gente também de uma forma a explicar mais aquela matéria, a gente elabora um tema para fazer uma discussão, senta todo mundo, não, ele não vai explicar especificamente, a gente vai montar um plano de tratamento em conjunto, referente aquilo para você pensar mesmo no paciente, então isso melhorou muito, instrumentalizou a minha atuação, a gente passou a estudar mais, a se inteirar, a pesquisar sobre artigos, sobre procurar alguma literatura sobre aquilo, então assim, é algo que a gente traz e parece que não quer mais voltar pro modo antigo. O que guardo comigo é que a gente tem que fazer no caso da preceptoria fazer o aluno raciocinar, buscar, não mostrar a receita, fazer com ele busque os ingredientes de uma receita, e fazer com que o bolo fique bonito, não é só eu falar é dessa forma e pronto, não, tem que ir lá conversar, e isso me ajudou no meu trabalho diário até quando não estou na preceptoria. Até mesmo quando eu receber o aluno eu tenho que ver métodos para que eu envolva ele, não só tentar impor o meu conhecimento da minha forma, eu tento trazer o que eu aprendi lá pra eles, porque nada como ter o dia a dia através das tuas dificuldades e dos teus erros, tu aprendes e gera melhorias, a gente vai discutindo conforme tem um espaço, de acordo com o ambiente, então a gente solicita que ele faça uma busca ativa, dê uma estudada, traga uns artigos referente aquilo e vamos montar um plano de tratamento, aí a gente chega e debate, e

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 145
depois que a gente faz a discussão, ele monta uma aula e apresentam para a gente, com um plano de tratamento traçado tudo direitinho, e ajudou muito (P-02; P-03; P-07; P-10; P-14).

Berbel (1998) fala desta percepção positiva a respeito das metodologias ativas, manifestadas no discurso dos preceptores ao relatarem sua atitude prática após o curso com base em metodologias ativas, para ela essas repercussões são devidas suas características, sua nova maneira de ensinar e de aprender, frequentemente confirmada nos discursos de quem a usa.

Feuerwerker e Sena (2002) consideram que as reformas curriculares estão produzindo um movimento entre os sujeitos e os atores institucionais, vislumbrando uma reorganização dos modos de agir das universidades, está sendo proposto uma nova forma de avaliar a prática pedagógica, está havendo a abertura de espaços institucionais que contemplam a participação de atores no processo de definição e operacionalização do processo de ensino aprendizagem (como por exemplo, a participação de representantes de serviços de saúde, da comunidade em comitês curriculares e de avaliação), no entanto:

Essas ainda são mudanças em construção: as lutas entre o novo e o velho estão em plena vigência. Assim como na construção das novas práticas de saúde, essas novas maneiras de produzir conhecimento e formação em saúde demandam o enfrentamento de problemas ainda sem resposta (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 48).

Na medida em que ocorrem as mudanças, faz-se necessário repensar o processo de formação do profissional de saúde de forma geral, articulando a formação inicial (graduação) com as demais modalidades de pós-graduação e da educação permanente (FEUERWERKER; SENA, 2002).

8.3 O QUE SÃO METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM.

Para esta questão foram produzidas 11 (onze) ideias centrais, apresentadas no quadro 24 (vinte e quatro), a partir da questão: Na sua percepção, o que são metodologias ativas de ensino aprendizagem?

Quadro 24 - Síntese das ideias centrais sobre o que são metodologias ativas?

	Ideia Central	Participantes
A	É um modelo	P-01; P-08
B	Construção, estímulo e compartilhamento	P-11; P-15
C	São formas de facilitar o aprendizado	P-02; P-10; P-13
D	São técnicas	P-02; P-03
E	Instrumentalização	P-03; P-04; P-09; P-12
F	É uma estratégia	P-09
G	Fazer pensar, raciocinar	P-03; P-08; P-11
H	Busca de conhecimento	P-05; P-06; P-07
I	Formas de desenvolvimento	P-09; P-14
J	É uma metodologia nova, que difere dos métodos tradicionais	P-03; P-05; P-08; P-15
K	Integração entre a teoria e a prática	P-12

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A ideia central A - **É um modelo**, traz o relato de 02 (dois) preceptores entrevistados, os quais consideram as metodologias ativas como um modelo de ensino aprendizagem que estimula a autonomia do aluno, de acordo com o discurso a seguir: *Metodologias ativas ela seria um modelo, que ele vai exigir do aluno, vamos dizer, uma criatividade, ele tem mais autonomia, é ele que vai fazer o seu, o seu o aprender vai depender muito dele, do esforço dele, do planejamento dele, da criatividade dele. É um novo modelo de ensino aprendizagem, fazendo com que o aluno seja mais crítico, mais reflexivo, que não consiga só ficar bitolado só na transmissão de conhecimento, no transmitir e no receber (P-01; P-08).*

A ideia central B - **É construção, estímulo e compartilhamento**, formada a partir do relato de 02 (dois) entrevistados, traz a percepção de que as metodologias ativas são vistas como um estímulo na construção do conhecimento, conforme discurso a seguir: *Ela é construção, é estímulo, é crescer junto, é construir junto, trabalhar metodologias ativas é trabalhar reconhecendo o outro como construtor do seu próprio conhecimento, é fazer com que ele seja ativo dentro do processo de construção, e não mais apenas um receptor de conhecimento (P-11; P-15).*

As ideias A e B falam de aspectos importantes almejados por quem utiliza as metodologias ativas, como um incentivo à autonomia do aluno, estimulando-o de forma a assumir o protagonismo na busca da construção do conhecimento.

Berbel (2012, p. 29) afirma que as estratégias de metodologias ativas (entre elas a metodologia da problematização com o arco de Maguerez) tem potencial de levar os alunos a aprendizagens para a autonomia, e que o envolvimento deste aluno em relação a novas aprendizagens é fundamental “para ampliar suas possibilidades de exercitar a liberdade e a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo que vivência” contribuindo para o exercício profissional.

Porém, estes aspectos não são prerrogativas exclusivas das metodologias ativas, pois como já foi visto anteriormente, Maria Montessori desde 1907, já recomendava uma educação libertadora para formar personalidade autônoma (COSTA, 2001) assim como a Teoria de Piaget (1980) e outros estudiosos, que acreditavam no papel ativo do homem para o desenvolvimento de sua aprendizagem e defendiam os métodos ativos de ensino aprendizagem.

Berbel (2012) também chama atenção à legislação nacional (Lei n^o 9.394, de 20/12/1996, Art. 35), que preconiza um ensino com objetivo de aprimoramento do educando como pessoa humana, formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico, entre outros, portanto, neste sentido, entende-se que independentemente da opção metodológica, o ensino deveria ter como premissa o desenvolvimento dos objetivos recomendados pela legislação nacional.

Na ideia central C, **São formas de facilitar o aprendizado**, os preceptores apontam as metodologias ativas como um mecanismo facilitador da aprendizagem, possibilitando à identificação e o envolvimento do aluno com a matéria abordada, assim como são utilizadas como formas pedagógicas nas atividades do SUS. O discurso foi elaborado pela junção do relato de 03 (três) entrevistados, e que pode ser observado a seguir:

São formas que a gente tem para facilitar o aprendizado daquela pessoa, a metodologia ativa dependendo de como ela é abordada, é um mecanismo muito favorável para o aluno aprender e até se identificar com a matéria que ele não gosta, é utilizada para envolver, são as formas pedagógicas dentro do espaço do SUS, que é pra ser colocado em prática (P-02; P-10; P-13).

Facilitar o aprendizado, envolver o aluno, fazer com que o aluno se identifique, são os objetivos traçados pelo curso com base em referenciais teóricos políticos e pedagógicos dos “Princípios do Aprendizado de Adultos de Paulo Freire (1996), de Albert Bandura (1982) e de

Lev Vygotsky (2011)” (TEMPSKI, 2012, p. 12) e o processo ensino aprendizagem esteve apoiado nas teorias interacionistas da aprendizagem.

Para Tempski (2012) ao combinar experiência, ambiente e capacidades individuais, possibilita-se novas maneiras de aprender, proporcionando a reconstrução da realidade, conferindo a ela novos sentidos e significados. Para a autora, o adulto constrói seus significados partindo de sua motivação para aprender e da aplicabilidade desses novos saberes em sua vida pessoal e profissional.

Na ideia central D - **São técnicas**, os preceptores entrevistados percebem as metodologias ativas como técnicas que auxiliam o trabalho e induz o pensar. O discurso gerado a seguir foi construído pelo relato de 02 (dois) preceptores:

Metodologias ativas são técnicas que auxiliam nosso trabalho, é uma técnica que você induz a pessoa a pensar. Na metodologia ativa você usa uma técnica que ele chega àquela conclusão (P-02; P-03).

A ideia central E denominada, **É um instrumento**, foi gerada de acordo com o discurso de 04 (quatro) entrevistados. Para eles as metodologias ativas são ferramentas que instrumentalizam a promoção da aprendizagem. O discurso gerado foi o seguinte:

Metodologias ativas é uma instrumentalização para fazer o menino pensar porque, não é aquela coisa de você perguntar e a pessoa levar um choque, são ferramentas da qual nós podemos lançar mão pra promover o que a gente conhece como aprendizagem, é uma instrumentalização, esse aprendizado que parece um pouco subjetivo mais temos que ter instrumentos para guiar porque se não fica muito da habilidade de cada professor. É um bom instrumento para quem está começando na docência porque a gente não tem experiência, assim as Metodologias ativas são instrumentos que você pode lançar a mão para fazer com que o educando construa seu aprendizado, eu penso que são instrumentos, uma forma (P-03; P-04; P-09; P-12).

A ideia central F - **É uma estratégia**, foi gerada a partir do discurso de 01 (um) entrevistado que participou do curso, no qual define metodologias ativas como estratégias utilizadas para sanar dúvidas e para construir conhecimentos. O discurso gerado foi:

Eu penso que são estratégias de sanar as dúvidas, uma estratégia que você tem de perguntas e respostas que você vai gerando conhecimento (P-09).

A ideia central G - **Fazer pensar, raciocinar**, relata a percepção de que as metodologias ativas impulsionam a pessoa a pensar e raciocinar sobre o que está fazendo,

proporcionando a amplitude de conhecimento. O discurso foi formado pelo relato de 03 (três) entrevistados e originou o seguinte texto:

Metodologias ativas é fazer você pensar, associar da melhor forma o porquê você está fazendo aquela coisa, porque aquilo é importante para não ficar repetidor e ser uma pessoa pensante, é uma forma de fazer a pessoa pensar no que está fazendo, é uma forma de você levar e ele ter um raciocínio que ele nem vai perceber que ele teve, logo faz com que o aluno fique com uma amplitude maior de conhecimento que ele vai em busca, portanto metodologias ativas, pra mim é aquela metodologia que você vai estimular o senso crítico e reflexivo, um aluno ele passa a ser o autor principal (P-03; P-08; P-11).

As ideias centrais D, E, F e G se referem as metodologias ativas como técnicas, instrumento, uma estratégia que leva o aluno a pensar e a raciocinar. Logo se observa que se empregam variadas formas de descrever as metodologias ativas, o que concatena com o que afirmou Berbel (1998) sobre denominações aplicadas as metodologias ativas.

O fazer pensar, também citado no discurso, está diretamente vinculado ao novo olhar sobre a educação e as práticas educativas, na qual o processo ensino aprendizagem está voltado para o aluno, entendendo-o como participante ativo na construção de seu conhecimento, em contraponto as concepções educacionais que valorizam e incentivam a transmissão de conhecimento através da memorização, da repetição e assimilação.

Para Berbel (2012, p.25) quando as informações são apenas retidas ou memorizadas, passam a ser um “componente de reprodução, de manutenção do já existente, colocando os aprendizes na condição de expectadores do mundo”.

Mitre et al.(2008) relatam que historicamente a formação de profissionais da saúde esta pautada nos métodos tradicionais de ensino, compartimentalizando-se o conhecimento em campos especializados em busca da eficiência técnica, influenciando também os processos de ensino aprendizagem, que muitas vezes restringe-se a reprodução do conhecimento, onde o aluno é um expectador, repetidor, sem a necessária crítica e reflexão.

A ideia central H - **Busca de conhecimento**, representa a concepção de 03 (três) preceptores, de que as metodologias ativas representa a busca pelo conhecimento. O discurso gerado foi:

É a busca do conhecimento, é aonde você dá um tema e o aluno vai buscar conhecimento, é aquela que você dá um tema e você vai em busca daqueles conhecimento e traz para que possamos discriminar e dividir aquele conhecimento como todo. É uma forma de obter conhecimento, é um conhecimento muito bom para acompanhar esse residente dentro de uma

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 150
instituição. Essa metodologia deu um embasamento melhor para a gente estar disseminado, as diversas formas para chegar ao conhecimento, são maneiras de se chegar ao conhecimento (P-05; P-06; P-07).

Mais uma vez é feita a relação das metodologias ativas como forma de estimular a autonomia do aluno, o incentivo a busca pelo conhecimento. Observa-se também que estimular a autonomia na percepção dos participantes do estudo, não significa deixar o aluno/residente sozinho, mas sim dar liberdade para sua busca e acompanhar sua caminhada, como fica subtendido na frase “*you dá um tema e você vai em busca daqueles conhecimento e traz para que possamos discriminar e dividir aquele conhecimento como todo*”.

A ideia central I foi denominada de **Formas de desenvolvimento**. Esta IC relaciona as formas de desenvolvimento das estratégias de metodologias ativas partindo da pergunta, criando a dúvida, o problema, comparando-a a uma cartola de mágico onde sempre há o que se retirar dela. O discurso a seguir, formado pelo relato de 02 (dois) entrevistados, diz que: *a metodologia parte da pergunta para adquirir conhecimento, nunca traz a resposta de uma pergunta, faz a pergunta e gera a pergunta ou dúvida, cria dúvida e partir da dúvida cria estratégias, que é dividir os temas, buscar as palavras, fazer a junção dos temas que sugerem, aquela dúvida levanta o problema e vai ver soluções e ações pra tentar amenizar ou resolver aquele problema no ambiente de trabalho que está ou na sociedade que venha trazer algum benefício para a comunidade. As metodologias ativas, eu acho que elas são, aquela cartola de mágico, a cartola é a dúvida principal, e a pergunta, e ai vai surgindo. Parece uma árvore que quanto mais você, sempre vai haver dúvidas, nada vai ser absoluta, a pergunta ou a dúvida* (P-09; P-14).

Buscar o conhecimento partindo de uma situação problematizada é uma proposta metodológica que tem o problema como ponto de partida para o processo de ensino aprendizagem. Entre as várias estratégias baseadas na problematização utilizadas no curso em educação na saúde para preceptores do SUS e na área da saúde, o estudo fez menção a duas, que são: Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização, ambas vista por Berbel (1998) como alternativas inovadoras que ultrapassam a abordagem tradicional de ensino.

Veiga (2015) atribui a utilização de problemas como ponto de partida no processo de aprendizagem, a John Dewey (1959) que ressalta a importância do ato de aprender em resposta a eventos da vida real.

A metáfora da cartola do mágico e da árvore caracteriza a percepção do preceptor quanto às possibilidades de surgimento e do encadeamento entre as perguntas e as respostas à medida que o conhecimento vai sendo constituído, seu limite é dado pelo interesse do sujeito que o constrói, num processo permanente de busca. A curiosidade se torna fundante na produção do conhecimento, a curiosidade é o conhecimento (FREIRE, 2011).

Na ideia central J - **É uma metodologia nova que difere dos métodos tradicionais**, os preceptores relataram que ao entrarem em contato com as metodologias ativas fizeram comparação com as metodologias vivenciadas na graduação, as quais foram designadas por eles como metodologias tradicionais. Esta ideia central foi construída por 04 (quatro) relatos, e o discurso é o seguinte:

Não é como essas outras metodologias tradicionais que você traz aquele conteúdo e joga para o aluno, a gente veio de uma formação, muito repetidora. É uma metodologia nova dentro da prática ensino aprendizagem, que utiliza uma nova prática, portanto são métodos novos de se trabalhar fugindo um pouco do tradicional, transformando o aluno ativo dentro do processo, mas é uma metodologia que no momento eu vejo que não é utilizada nas universidades as públicas, é na UEPA (P-03; P-05; P-08; P-15).

Comparações entre as concepções metodológicas, tradicional e metodologias ativas, surgem em diversos momentos no discurso dos preceptores participantes do estudo. Dentre os aspectos que distanciam as duas concepções, foram elencados por autores como Abreu (2009), Gonzatto (2011), Mitre et al. (2008), Vasconcelos (1999) entre outros, a forma como os conteúdos são trabalhados, a participação e o envolvimento do aluno e a postura do professor perante o processo ensino aprendizagem.

Costa (2011) relata que cursos da área de saúde adotaram estratégias de metodologias ativas (referindo-se a aprendizagem baseada em problemas) no ensino de múltiplas áreas, devido a proposta de mudanças no aspecto formativo dos estudantes, à medida que essas estimulam uma atitude ativa do aluno em contraponto a atitude receptiva e informativa como ocorre na prática pedagógica tradicional.

A ideia central K - **Integração entre a teoria e a prática**, aborda o cotidiano do preceptor, no qual este associa o conteúdo teórico (ministrado na Academia) com a prática de assistência a saúde, promovendo discussões e melhorando a aprendizagem. O discurso gerado foi:

As metodologias ativas elas tentam fazer uma associação entre a teoria e a prática aproximando um aluno um pouco mais da realidade, promovendo a discussão em grupo,

Percepções sobre o Curso em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e sobre as Metodologias Ativas 152
promovendo a multidisciplinaridade, melhorando dessa forma a porcentagem de aprendizado de fixação do conteúdo no aluno, então são ferramentas muito importantes que se utiliza pra promover uma aprendizagem mais significativa (P-12).

Instituições como a Universidade Estadual de Londrina (UEL), a Universidade Estadual do Pará (UEPA/Campus Santarém), Universidade Federal de Roraima (UFRR), Faculdade de Medicina de Marília (FAMENA), têm incorporado as estratégias de metodologias ativas na formação do profissional na área da saúde, com repercussões positivas tendo em vista que o processo ensino aprendizagem se desenvolve partindo da observação ou da problematização da realidade ou de um recorte do contexto em que o aluno está inserido, cujo objetivo principal é levar o aluno a refletir e analisar sobre os processos individuais e coletivos para a solução dos problemas, (BERBEL, 1998), num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão (ROSSO; TAGLIEBER, 1992), reconhecidas como ativadoras da integração do processo ensino e serviço na saúde (MITRE et al., 2008).

Sintetizando as discussões geradas pelos discursos, observou-se que um dos discursos mais representativos relativos às percepções dos ganhos advindos do curso foi aquele relacionado à ideia central C, na qual os indivíduos perceberam que o curso trouxe novas possibilidades para as práticas pedagógicas, vistas agora como mais dinâmicas e flexíveis, trazendo uma atuação mais ativa do aluno. Destaca-se que para a construção desse discurso participaram 12, dos 15 entrevistados, indicando a forte presença desse pensamento nessa coletividade entrevistada.

Quanto às Metodologias Ativas, os participantes trouxeram vários conceitos, indicando que tal construto é multidimensional. As ideias centrais encontradas vêm de encontro às definições citadas no referencial teórico, em especial às daqueles autores que definiram de maneira mais clara as Metodologias Ativas, como Bastos (2006) que preconizou que as metodologias ativas são processo interativos de conhecimento, análise, estudos e pesquisas, com a finalidade de encontrar soluções para um problema (IC B: construção, estímulo e compartilhamento; IC H: Busca de conhecimento). A concepção de Gaeta e Masetto (2010) também é contemplada, quando afirmam que as metodologias ativas são situações de aprendizagem planejadas em parceira, objetivando provocar e incentivar a participação e postura crítica frente à aprendizagem (IC C: São formas de facilitar o aprendizado; IC G: Fazer pensar, raciocinar).

A próxima seção, que trata das práticas pedagógicas a partir do Curso em Educação na saúde para preceptores do SUS, apresenta na percepção dos preceptores, um resgate do que

foi vivenciado no curso e a possibilidade de uma avaliação de sua prática atual, fazendo um contraponto entre o conhecimento adquirido na vivência do curso.

9 PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS A PARTIR DA REALIZAÇÃO DO CURSO.

Esta seção objetiva relatar e discutir as percepções dos preceptores participantes do estudo sobre suas práticas pedagógicas na preceptoria a partir da participação no curso Educação em Saúde. A fala dos entrevistados foi analisada a partir das respostas à pergunta: Como você percebe sua prática após ter participado do Curso? Utilizando-se a técnica do DSC, foram obtidas 10 ideias centrais e seus respectivos discursos, descritos e discutidos na sequência (Quadro 25).

Quadro 25 - Síntese das ideias centrais sobre percepções das práticas de preceptoria após participar do curso.

	Ideia Central	Participantes
A	Percepção sobre a mudança	P-01; P-04; P-05; P-10; P-11; P-12; P-13; P-14; P-15
B	Percepções antes do curso	P-01; P-02; P-03; P-04; P-10; P-12
C	Comparações entre o modelo antigo, tradicional e as metodologias ativas	P-01; P-11
D	Percepção sobre o que mudou	P-01; P-02; P-03; P-04; P-05; P-06; P-07; P-10; P-11; P-12; P-14; P-15
E	Percepções sobre como passou a atuar depois do curso	P-01; P-02; P-03; P-09; P-10; P-13; P-14; P-15
F	O aluno e o residente como protagonistas do processo de aprendizagem	P-01; P-12
G	Adaptando para a aplicabilidade prática	P-02
H	A percepção do preceptor sobre as atitudes dos alunos e residentes frente as metodologias	P-08; P-15
I	Não consegue usar em todas as situações	P-09
J	A entrevista como forma de refletir sobre a prática	P-08; P-09

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A ideia central A - **Percepção sobre a mudança**, formada pelas verbalizações de 11 (onze) entrevistados, relata que houve a percepção da diferença em suas práticas, ressaltando que a experiência enriqueceu e ajudou a melhorar a formação do residente, através da mudança em sua forma de atuar. O discurso depreendido foi:

Eu senti uma diferença muito grande, na verdade me enriqueceu muito, vim notar só depois, que esse método é realmente praticado de forma correta, pra mim ajudou muito, o pouco de informação da teorica que eu tinha ela, foi implementada no que o curso trouxe, a gente melhora não só a formação dos residentes como melhoramos também o nosso know how de conhecimentos, de busca por atualizações e com isso a qualidade nos nossos atendimentos. Eu acho que foi bem proveitoso, bem produtivo, meu horizonte ele abriu, eu mudei a minha forma, então depois do curso eu tive um amadurecimento profissional, o curso das

metodologias ativas, da preceptoria ele oportunizou, trabalhar de formas mais prática, porém suave, no sentido de como introduzir as metodologias ativas dentro do nosso processo, tanto de educação como de saúde, isso acabei percebendo e faço questão de fechar essa ideia com o colega de trabalho. O método da metodologia ativa ele também é bem desafiador, mudou um pouquinho, deu para eu fazer algumas modificações sim, é pouquinho pra não dizer muito (P-01; P-04; P-05; P-10; P-11; P-12; P-13; P-14; P-15).

Veiga (2015) em sua pesquisa sobre as potencialidades e limites da alternativa pedagógica da PBL, reporta-se a mudança radical no papel do professor, que passa de detentor do conhecimento para mediador, facilitador na constituição do conhecimento. Esta sensação de amadurecimento, de melhora na atuação, tem relação com a afirmação feita por Iochida (2004, apud VEIGA, 2015) na qual o docente sente-se mais livre, pois não é o detentor exclusivo do conhecimento, possibilitando a oportunidade de aprender continuamente, melhorando sua atuação profissional e pessoal.

A ideia central B - **Percepções antes do curso**, aborda a percepção dos entrevistados sobre sua prática antes de sua participação no curso, na qual eles relatam a falta de preparo no início de sua prática docente, da impossibilidade de conjugar a assistência com a docência e a maneira sem regras para estudar. O discurso originou-se do relato de 06 (seis) entrevistados. *Caí na docência de paraquedas, eu queria ser professora, esse era um caminho que eu queria trilhar, mas não fui preparada para ele não dessa forma, fui preparada no método tradicional, que é observação direta, se tu não faz uma preparação, antes era muito mecânico, é porque antes eu só falava, olha gente é assim, dando exemplo, logo eu também tinha muitas dúvidas se estava fazendo certo, ou errado o que eu poderia melhorar? Antigamente eu tinha uma visão muito assistencialista e eu achava até muito pouco possível conjugar uma atividade de assistência e ensino juntos, porque no começo a gente quer trazer tudo, né, a gente quer ser meio mãezona, e às vezes a gente pegava e começava pelo pior caminho, antigamente não, a gente chegava para estudar tal coisa, e não tinha regra (P-01; P-02; P-03; P-04; P-10; P-12).*

A ideia central C - **Comparações entre o modelo antigo, tradicional e as metodologias ativas**, Esta IC traz o relato de 02 (dois) entrevistados que tecem comparações entre os métodos usados no curso e a sua experiência anterior, conforme discurso a seguir: *Eu nunca tinha dado aula, era minha primeira experiência, então para mim foi tranquilo me libertar, eu acho que se eu tivesse muito tempo no modelo antigo, eu ia sofrer mais um pouquinho. Eu já tinha um pouco de vivência de metodologias ativas, mas por leituras, por*

curiosidade, eu tive que buscar isso para compreender, porque eu venho de uma metodologia tradicional, a minha graduação ela é tradicional (P-01; P-11).

As ideias centrais B e C, trazem duas situações diferentes em relação a uma questão comum, ou seja, experiências diferenciadas em relação à prática docente. A primeira ideia central (B), de acordo com o relato, reporta-se a dificuldade de atuar como docente por não ter tido um preparo ou formação para o exercício da atividade, o que levou a uma repetição da prática vivenciada no método tradicional. A outra ideia central (C) expressa uma percepção diferente, de facilidade, pois antes de atuar como docente teve a oportunidade de participar, através do curso de formação, de uma experiência com uma metodologia diferente da que vivenciou na graduação. Portanto, para estes participantes a participação em um processo de formação, ocasionou percepções diferentes no exercício da docência.

Neste sentido, Nóvoa (1999) relata que a profissão de professor surgiu nas congregações religiosas e mesmo após a “Estatização” do ensino, as estratégias de ensino não se distanciaram dos moldes adotados pela igreja. Para Saviani (2009) as mudanças estabelecidas entre 1827 e 2006 (período analisado pelo autor) não foram suficientes para estabelecer um padrão minimamente consistente na formação do docente para enfrentar os problemas da educação escolar no Brasil.

Rocha (2012) ao avaliar um curso de formação de preceptores, reflete sobre a preparação do profissional da saúde para atuar na docência em instituições de ensino superior. A autora assegura que é necessário mais que competência técnica específica para habilitar-se na tarefa de ensinar.

Em convivência com Rocha (2012) e com esses discursos gerados, Autonomo et al. (2015) em revisão bibliográfica realizada, conclui que um aspecto comum quanto às atividades do preceptor são as práticas pedagógicas. No entanto, a perspectiva pedagógica está pouco presente no currículo desses profissionais, o que causa desconforto aos mesmos: “eu só trabalho, não faço mais nada”, “sou profissional de saúde, não professor”, “não sei ensinar”, “nunca fiz pesquisa na vida” (p. 320). Tais relatos são oriundos dos textos presentes na revisão realizada pelo autor.

Reforçando essa ideia, Skare (2012) afirma que a maior parte dos preceptores é escolhida pelos méritos profissionais e nem sempre há uma correspondência entre isso e a capacidade de ensinar. Muitos deles não têm preparo pedagógico, o que segundo a autora, pode prejudicar o trabalho da preceptoría.

Logo, ao analisar esses dois aspectos que envolvem a formação de docentes, observa-se que o discurso dos preceptores referente à sua preparação e vivência enquanto docente, é uma realidade que atinge outros profissionais de diversas áreas, e como recomenda Rocha (2012, p. 9) em relação a prática docente do profissional médico, que também é uma realidade nas demais profissões da saúde, “torna-se urgente a capacitação dos profissionais ligados ao processo de ensino médico nas práticas pedagógicas, qualificação rara entre docentes”.

Na ideia central D - **Percepção sobre o que mudou**, os entrevistados elencaram o que mudou em suas ações, como por exemplo, a mudança na sua percepção, na sua forma de avaliar e de aprender, de entusiasmar e de ministrar aula, aprenderam a lidar com o tempo, amadurecimento e ampliação no olhar, ser um facilitador do processo de aprendizagem. O discurso foi elaborado por 12 (doze) entrevistados, conforme pode ser visto a seguir:

Melhorou muito, porque hoje eu tenho uma visão, eu vejo com uma mente bem mais aberta, eu já sei como posso melhorar, abriu minha mente para essas questões, para a docência, para os instrumentos de avaliação e de aprendizagem, porque isso eu não tive. Hoje em dia, eu posso entusiasmar, eu posso fazer com que aquela pessoa vá, portanto na prática, a minha forma de ministrar uma aula hoje é diferente, eu consigo tentar buscar quem está me ouvindo, para quem eu estou expondo, após esse curso de metodologia ativas para preceptores, eu aprendi a lidar melhor com esse tempo. Eu amadureci muito, porque às vezes a gente não quer ter aquele olhar amplo, a gente quer ter aquele olhar pequeno, então a metodologia ativa me clareou, eu não ia tá dificultando o processo de aprendizagem dele, eu ia está facilitando, ser um facilitador usando a metodologia, ia ser só um instrutor, eu não preciso ser a pessoa mais importante, porque o professor ele é o centro, é muito centralizador na formação tradicional, contudo na minha prática ela me ajudou bastante. O que eu peguei no curso que me ajudou muito é a forma de estudo, a busca do conhecimento, outras formas de explicar para o residente, acredito que mudou completamente a prática, deu pra fazer bastante modificações assim na nossa prática, diferença muito grande. Antes eu não tinha aqueles estágios que você tem enquanto preceptor na disseminação do conhecimento, do estímulo do conhecimento, não tinha aquela fase onde a gente estimula o aluno depois daquele tema, divulgar o que ele sentiu, o que ele percebe de cada um e a junção daquele conhecimento como todo, e buscar a resposta para aquela problemática, para aquele problema todo, para aquela interrogativa. Assim, depois do conhecimento disseminado pela pós-graduação, você fica mais atenta no que vai fazer e como você vai

fazer a partir desses conhecimentos adquiridos, então tem mais cuidado como profissional em estar buscando mais uma forma de está mais correta em algumas situações, depois do curso você se sente um profissional mais atuante (P-01; P-02; P-03; P-04; P-10; P-12; P-05; P-06; P-07; P-11; P-14; P-15).

A ideia central E - **Percepções sobre como passou a atuar depois do curso**, destaca de acordo com a percepção dos entrevistados, as mudanças na forma de atuar, seus aprendizados no decorrer do curso os quais estão colocando em prática. O discurso foi elaborado pelo relato de 08 (oito) entrevistados, e foi:

O que a gente aprendeu muito com o curso foi essa questão de organização, de você planejar, para poder executar, coisa que a gente não fazia, agora não, a gente procura sentar e planejar, senta, organiza, primeiro monta um plano de estudo antes de começar, se surge uma dúvida da minha residente, a que eu acompanho, a gente a faz pesquisar o tema, ela pesquisando a gente faz a leitura do tema, analisa junto com ela, estuda junto, a metodologia serve para isso e foi o que eu aprendi. A gente sempre constrói juntas, tira esse protagonismo de ti e dá para ela, e ela vai ter que te devolver, dentro do processo dela, que é um pouquinho diferente do teu; eu descentralizei de mim, quer dizer eu não sou a pessoa mais importante, e sim é ela, o processo é dela, eu só sou o instrumentalizador. Minha desenvoltura de conversar lá na frente, eu tinha dificuldade com isso, porque eu tive esse trauma enquanto professora, no método tradicional, e hoje não, eu pergunto se eles já ouviram falar de alguma coisa, e agora quando eu vou dar aula, eu tenho um instrumento, já tenho um preparo, uma visão mais aberta do que eu posso fazer, para facilitar o aprendizado do aluno, e você ter condições de aproveitar os recursos que a gente já tem disponível na universidade e aplicar esses recursos de forma mais ativa fazendo com que o aluno possa interagir mais, através do próprio recurso. Sendo assim, não pode ficar só na técnica do deixa só eu responder. Nas reuniões eu trazia isso pra eles também terem uma visão diferente, pra não ficar só naquele mecanicismo, pra eles entenderem quais são as forças deles, quais são as fraquezas, como e de que forma a gente daqui pode influenciar na assistência do paciente, na qualidade na segurança do paciente, tem que haver essa articulação multiprofissional, tem que criar um vínculo com a pessoa, porque se a gente não tiver essa compreensão que o ser humano é um todo, a gente acaba só se fechando pra sua prática. A minha prática mudou um pouco, eu passei a ser mais incisiva e depois tu começa, não esse filho tem que andar sozinho (P-01; P-02; P-03; P-09; P-10; P-13; P-14; P-15).

Verifica-se nestes discursos (ideia central D e E) a veracidade das recomendações de Rocha (2012) quanto à importância da preparação para profissionais que atuam na docência.

Os preceptores participantes do estudo expressam em sua fala, as mudanças percebidas após a participação no curso, elencando aspectos positivos que corroboram com sua atuação profissional. Neste sentido que Veiga (2008) adverte que para atuar como docente o profissional carece de formação e aquisição de conhecimentos específicos para o desempenho adequado de sua função, ou no mínimo aquisição de habilidades e de conhecimentos vinculados à atividade.

A ideia central F é denominada de **O aluno e o residente como protagonistas do processo de aprendizagem**. O preceptor entrevistado relata sua percepção a respeito de sua convivência com o residente, sua troca de experiência e a importância do mesmo no processo de ensino aprendizagem, conforme depreende o discurso a seguir:

A presença do residente no nosso dia a dia nos engrandece bastante porque nos força a buscar novos conhecimentos, a nos atualizar, ela promove uma atualização contínua, constante na busca de satisfazer os anseios do residente, eu vi que o residente ele tem sim um espaço nesse contexto da assistência e que é possível a gente conjugar o ensino e a aprendizagem, então quando você joga para ele, você o coloca como protagonista da cena, o resultado é maravilhoso e isso vai voltando, mesmo que lentamente dentro de um processo ele vem e aí é fantástico, aí realmente funciona (P-01; P-12).

A ideia do aluno e/ou residente como protagonista no processo de aprendizagem surgiu em discursos anteriores, mas na presente ideia central este protagonismo, possibilita benefícios para o preceptor, na medida em que o desafia a buscar novos conhecimentos e também no compartilhamento de experiências e aprendizagens. Freire (2011) diz que ensinar exige respeito pelo saber dos educandos, discutir com o aluno a realidade concreta associada ao conteúdo que se deve ensinar; ensinar também exige o fazer e o pensar sobre o fazer, assim sendo, o preceptor ao ensinar aprende e ao aprender ensina, num processo dinâmico e compartilhado na busca pelo conhecimento e no exercício da prática profissional.

A ideia central G - **Adaptando para a aplicabilidade prática**, o entrevistado P-02 fala que nem tudo o que se vivenciou no curso pode ser aplicado na mesma forma, mas pode ser adaptado. O discurso gerado foi:

Nem sempre tudo que a gente vivencia lá, dá para a gente aplicar da mesma forma aqui, a gente adapta da melhor forma para trazer para o nosso setor para poder trabalhar (P-02).

A ideia central H, **A percepção do preceptor sobre as atitudes dos alunos e residentes frente às metodologias**, apresenta as percepções dos entrevistados em relação a forma como percebem que o aluno e/ou o residente respondem em relação ao uso de

metodologias ativas como estratégia do processo ensino aprendizagem. O discurso a seguir, foi organizado a partir do relato de 02 (dois) entrevistados.

Quem já está acostumado, que já viu e sabe o que quer, já passou pelo professor, quem já estudou é fácil, logo a gente consegue mais com os alunos da UEPA porque eles já têm uma vivência. Porém, o nosso curso ele já trabalhava com metodologias ativas, só que as vezes você sente uma certa resistência do aluno, se você sai de um método muito tradicional, o que o aluno está acostumado a receber e você se propõe a trabalhar com método mais ativo, o aluno de certo modo, ele sente um certo impasse. Eu tentei levar para fora, mas os alunos não conseguem porque têm muita dificuldade, eles não entendem, eu tentei levar, mas eles não foram a favor, a maioria dos alunos não gostaram, para quem nunca viu não é bom, não tem uma boa aceitação (P-08; P-15).

Na ideia central I - **Não consegue usar em todas as situações**, houve o relato de 02 (dois) entrevistados que indicaram não estar utilizando totalmente as metodologias ativas, pois as mesmas não se adaptam a todas as situações e por uma questão de deixar o que aprendeu guardado o que torna menos produtiva em relação a sua utilização. O discurso gerado foi:

Não é cem por cento, a gente não consegue praticar a metodologia ativa assim em todas as situações. Hoje eu acho que está menos produtiva na metodologia ativa porque parece que você quando adquire conhecimento, que é a da cartola, parece que essa fica tampadinha fechadinha, depois vem (P-08; P-09).

As ideias centrais G, H e I, trazem à tona percepção quanto à aplicabilidade das estratégias das metodologias ativas. Neste contexto, Berbel (1998) relata que as repercussões negativas das metodologias ativas, são devido à resistência natural a mudanças (tanto por parte dos alunos como por parte dos docentes), assim como também estão relacionadas a tentativas errôneas de adaptação do método em sua prática tradicional levando a resultados diferentes do esperado.

Esta resistência natural a mudanças está bem clara no discurso que diz “[...] só que às vezes você sente uma certa resistência do aluno, se você sai de um método muito tradicional [...]”, assim como a referência a adaptação das estratégias “[...] Nem sempre tudo que a gente vivencia lá dá para a gente aplicar da mesma forma aqui; a gente adapta da forma para trazer [...]” confirmando a fala da autora acima referida.

A ideia central J, **A entrevista como forma de refletir sobre a prática**, fez parte do relatado de 01 (um) entrevistado, que chama atenção ao fato de que responder as questões da

entrevista, lhe fez lembrar do curso e também de verificar o que tem feito como profissional. O discurso foi o seguinte. *Com a sua própria entrevista, já está me fazendo lembrar e voltar a verificar mais o que a gente faz (P-09).*

A opção do estudo pela entrevista, como instrumento para coleta de dados, baseou-se em Bauer et al (2012), Minayo e Sanches (1993), Minayo (2013) e Gaskell (2002) diante das possibilidades deste instrumento para a pesquisa social qualitativa, visto que a entrevista proporciona ao entrevistado a fala espontânea de aspectos importantes e de como ele pensa sua ação; também expressa seus sentimentos e valores em uma “conversa com finalidade”, permitindo ao pesquisador, descobrir e compreender as crenças, atitudes, valores e motivações dos atores em relação a uma realidade através de sua fala.

Em relação ao discurso do participante, verifica-se que a entrevista, naquele momento funcionou como um disparador (termo utilizado no curso, que significa um estímulo) na reflexão sobre os conhecimentos e experiências vivenciadas no curso em relação a sua prática atual como profissional de saúde, como preceptor e também como docente.

9.1 REUNINDO OS ELEMENTOS DO CASO: AS PRÁTICAS DE ENSINAR, FORMAR E ATUAR NA PRECEPTORIA EM SAÚDE, A PARTIR DO CURSO

Este estudo apresentou o olhar de preceptores de saúde sobre as práticas de ensinar, formar e atuar, a partir da participação destes no Curso em Educação na Saúde para preceptores do SUS com base em Metodologias Ativas de ensino aprendizagem. Para este estudo, as práticas em ensino são compreendidas como voltadas para a aprendizagem em si e para o que é necessário para facilitar esse processo ao educando. O termo Formar é compreendido como agregador de um aspecto mais amplo de práticas, que envolvem o aprendizado tanto no campo teórico quanto profissional do educando, e que abarcam inclusive as normas, regras, procedimentos e formas de agir dentro da instituição formadora. Por fim, as práticas do atuar, relacionam-se ao equilíbrio entre a assistência e o ensino. A partir dessas definições é possível compreender que as práticas de ensinar, formar e atuar estiveram presentes nos diversos discursos relacionados aos conceitos de preceptoria, às atribuições do preceptor, às percepções quanto ao curso realizado, às metodologias ativas e às práticas, propriamente, após a realização do curso.

Nos vários discursos criados a partir da fala dos participantes, observou-se o relato de práticas de direcionamento da trajetória dos educandos, o auxílio no aprendizado e na busca pelo conhecimento, o estímulo ao livre pensar e à pro-atividade. Surgiram relatos de práticas

relacionadas a questões técnicas, como a orientação quanto às normas, regras e rotinas da instituição na qual atuam na preceptoria. Quanto às práticas específicas de ensino, evidenciaram-se as comparações entre os métodos “tradicionais” de ensino e as Metodologias Ativas, presentes no curso realizado. Em alguns momentos, os preceptores refletiram sobre a própria formação, tida como “tradicional”, em contraste com o curso realizado, que trouxe novas perspectivas e possibilidades para as práticas pedagógicas de formação, ensino e atuação. Nesse sentido, alguns preceptores perceberam vantagens e outros, desvantagens na conjugação das práticas de assistência e ensino, na mesma instituição.

Como fio condutor que permeou as percepções sobre as práticas de ensinar, formar e atuar, estão as Metodologias Ativas, vistas pelos preceptores como uma estratégia, um modelo, uma instrumentalização, que auxilia no aprendizado, faz pensar, raciocinar e estimula a busca por conhecimento. Marca-se aqui novamente, a diferença das metodologias ativas dos métodos “tradicionais”. Apesar disso, no relato das práticas de ensinar, alguns impasses foram encontrados, como por exemplo, o estranhamento que as práticas com Metodologias Ativas trouxeram aos alunos, em determinados contextos (*[...] só que às vezes você sente certa resistência do aluno, se você sai de um método muito tradicional [...]*). Apesar disso, os relatos também trouxeram a presença das Metodologias Ativas nas práticas em atuar, quando essas práticas transcendem as ações voltadas para a relação com o aluno e passam para a relação entre colegas de trabalho (*[...] as metodologias ativas dentro do nosso processo, tanto de educação como de saúde, isso acabei percebendo e faço questão de fechar essa ideia com o colega de trabalho*). Nesse sentido também, uma das práticas relatadas como ocorridas após a participação no curso, foi focado no entendimento do processo para melhoria do atendimento.

Outro fio condutor presente nos discursos, e que marca a inter-relação entre o ensinar, formar e atuar reside na concepção de que o aluno e o residente são protagonistas no processo de aprendizagem. Essa ideia esteve presente nos discursos quanto ao conceito de preceptor, nas atribuições do preceptor e nas percepções quanto às práticas após o curso. Nesse sentido, o preceptor contribui para a formação do profissional quando compartilha e aprende ao ensinar, trocando de papel com o educando. Ainda nesse sentido, há um despertar, pós-curso, para a descentralização do papel do preceptor e para a compreensão de que o processo de aprendizagem pertence ao educando, como no recorte *“eu descentralizei de mim, quer dizer eu não sou a pessoa mais importante, e sim é ela, o processo é dela, eu só sou o instrumentalizador”*.

Finalmente, resgata-se aqui a ideia da formação reflexiva, tão presente na área da Educação e que pode avançar mais na Saúde. O discurso [...] *com a sua própria entrevista, já estão me fazendo lembrar e voltar a verificar mais o que a gente faz [...]*, talvez ecoe a necessidade de o caminho da formação profissional em saúde perpassar pela reflexão sobre o aprender e o fazer. Paraphrasing Garcia (apud NÓVOA, 1997), “considera-se necessário formar professores (profissionais de saúde) que venham a refletir sobre a sua própria prática, na expectativa de que a reflexão será um instrumento de desenvolvimento do pensamento e da ação. Neste sentido, Moreira e Monteiro (2010) afirmam que uma maneira de conduzir esse processo reflexivo é mediante o uso de pesquisas focadas nos pensamentos dos professores. Neste caso em estudo, o pensamento focado nos pensamentos de profissionais de saúde.

Finaliza-se essa seção com uma citação de Freire (2011, p. 39), que vem ao encontro a essa reflexão: “A prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer”. Este foi o movimento expresso e vivenciado pelos preceptores entrevistados ao participarem deste estudo.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção apresenta as considerações finais do estudo através do resgate dos objetivos dialogando com os resultados encontrados, assim como apresenta as contribuições e as limitações do estudo.

O caminho percorrido, com destaque para a revisão da literatura e os discursos dos participantes, possibilitou alcançar o objetivo principal deste estudo que foi averiguar as percepções de preceptores de saúde sobre as práticas pedagógicas no ensinar, formar e atuar, a partir da vivência do Curso Educação em Saúde para preceptores do SUS, com base em Metodologias Ativas. Porém, para que esse objetivo fosse alcançado, tornou-se imprescindível verificar outras percepções correspondentes ao contexto que envolve as atividades práticas do preceptor participantes do estudo, que são: identificar as percepções dos participantes sobre o conceito de preceptor e as atribuições dos preceptores em saúde; descrever as percepções dos preceptores participantes do estudo sobre a participação no curso e os conhecimentos adquiridos; averiguar os conceitos de metodologias ativas de ensino aprendizagem verbalizados pelos participantes; evidenciar as percepções dos participantes sobre as práticas pedagógicas em ensinar, formar e atuar, a partir da realização do curso.

Os resultados obtidos e evidenciados nas seções de resultados e discussão mostraram que o preceptor para o preceptor é o professor, porém, um professor com algumas peculiaridades, pois este professor também é “colega de trabalho”, o que os diferencia, muitas vezes, é a experiência acumulada na atuação profissional. O preceptor também é um profissional de saúde que atua enquanto ensina e aprende enquanto ensina e atua, num processo dinâmico e sincronizado de integração do ensino e serviço.

Quanto às competências e atribuições, vê-se que não há uma percepção homogênea, mas o universo de respostas é rico e está presente nos documentos oficiais, nas competências previstas no curso realizado e na literatura científica pesquisada. Além disso, as percepções quanto às práticas em ensinar, formar e atuar, já se insinuam nos discursos ditos.

Quanto às vivências do curso, utilizando termos extraídos do próprio discurso dos sujeitos participantes do estudo, os resultados obtidos evidenciam que na sua percepção, a participação no curso com base em metodologias ativas de ensino aprendizagem possibilitou diferenças em sua prática, proporcionando novos conhecimentos, abrindo horizontes, amadurecendo profissionalmente, mudando sua forma de atuar como preceptor em relação à formação do profissional de saúde e na qualidade de seu desempenho profissional, assim

como a vivência como aluno no curso agregou novas experiências, o que na sua percepção oportunizou trabalhar de forma mais prática.

As metodologias ativas figuraram como um fio condutor que permeou as percepções sobre as práticas de ensinar, formar e atuar, sendo significadas pelos preceptores como uma estratégia, um modelo, uma instrumentalização, que auxilia no aprendizado, faz pensar, raciocinar e estimula a busca por conhecimento. Ou seja, as metodologias ativas foram citadas nas práticas de ensinar, formar e atuar. Nessa última instância, alguns relatos mostraram as práticas com metodologias ativas transcenderem as ações voltadas para a relação com o aluno e passarem à relação entre colegas de trabalho.

Por fim, conclui-se que as práticas de ensinar, formar e atuar estiveram presentes nos diversos discursos relacionados aos conceitos de preceptoria, às atribuições do preceptor, às percepções quanto ao curso realizado, às metodologias ativas e às práticas, propriamente, após a realização do curso. Os preceptores relataram que o curso com base em Metodologias Ativas trouxe novas perspectivas e possibilidades para as práticas pedagógicas de formação, ensino e atuação na preceptoria e relataram essas novas práticas pós-curso.

Na sequência são descritas algumas considerações críticas quanto à dissertação apresentada, pontuando-se questões relacionadas às suas limitações. Em seguida destacam-se as contribuições trazidas no âmbito acadêmico e social. Finaliza-se com sugestões para possíveis desdobramentos desta pesquisa em próximos estudos.

10.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Considerando a abrangência do tema abordado neste estudo sobre as práticas pedagógicas e as concepções metodológicas envolvidas no processo de formação do profissional de saúde, aliado a subjetividade do pensar do profissional responsável pelo acompanhamento desta trajetória, ou seja, a subjetividade das percepções dos preceptores de saúde e não menos importante, mas fortemente determinante, o tempo disponibilizado para realizar o estudo, verificou-se neste processo algumas limitações.

Dentre estas limitações destacam-se o número reduzido de sujeitos participantes, pois como já foi mencionado anteriormente, dos 37 profissionais que concluíram o curso, 18 atuavam como preceptores e destes, somente foi possível realizar o estudo com 15 sujeitos. Outro fator limitante que impossibilitou o aumento do número de participantes está no fato da região Oeste do Pará não ter sido contemplada, até a presente data, com outro curso em

educação na saúde para preceptores do SUS com base em metodologias ativas de ensino aprendizagem.

Outro fator limitante refere-se à observação da prática pedagógica do preceptor, ficando o estudo restrito somente a percepção do preceptor sobre sua prática pedagógica nesta função. Observa-se que a observação direta é uma das formas para melhor se compreender o contexto que se almeja desvelar, pois ela permite uma maior aproximação com a realidade que envolve os sujeitos, possibilitando perceber a sua visão do mundo, ou seja, compreender o significado que eles conferem à realidade e às suas próprias ações, contrapondo assim a sua percepção com a sua atuação.

O estudo também optou por não fazer a distinção da percepção do preceptor em relação ao aluno de graduação e da pós-graduação (profissional (aluno) residente). Pois as variáveis existentes entre as duas categorias de formação, não foram evidenciadas no discurso dos preceptores participantes do estudo, portanto, não houve necessidade de maior aprofundamento, embora se reconheça a relevância de suas especificidades.

Porém, mesmo diante de limitações, o estudo proporcionou novos olhares e possibilita a construção de novos caminhos. Neste sentido, apresenta-se a seguir as contribuições deste estudo e suas aplicabilidades.

10.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO E APLICABILIDADES

Três são as contribuições deste estudo, a primeira contribuição refere-se, de maneira mais ampla, à possibilidade de ouvir e oportunizar a reflexão de um grupo de atores da saúde, envolvidos com a assistência e com a educação, sobre suas práticas pedagógicas no dia-a-dia da preceptoria e sobre o ser preceptor e suas atribuições. A análise dos dados executada primou por respeitar a voz e os pensamentos dos participantes, no sentido de fazer surgir a estrutura latente de pensamento sobre os temas levantados, o mais próximo possível da forma como foi exteriorizada. Neste sentido, os resultados trazem subsídios para novas pesquisas sobre o tema e para a criação ou aprimoramento de cursos voltados para esse público.

A análise compreendida possibilita o *feedback* sobre um curso realizado, para um público específico. Neste sentido, gestores da saúde, que pensam o Sistema Único de Saúde, podem se apropriar dos discursos gerados, no sentido de utilizá-los para o aprimoramento de outros cursos voltados para esse público.

A terceira contribuição colabora para a discussão sobre as Metodologias Ativas na área da saúde. No Brasil, alguns estudos já foram realizados sobre o tema, contudo, este estudo trouxe as conceituações e práticas pedagógicas das metodologias ativas por quem aprendeu em uma formação específica o que são as metodologias ativas e por quem tem a possibilidade de utilizá-las na área da saúde.

Finalmente, os relatos sobre as práticas pedagógicas trazem contribuições para o estudo acadêmico dessas práticas e para o aprofundamento de pesquisas quanto ao tema, tão necessária à área da saúde, de maneira a promover melhoria da qualidade dos serviços, ações e assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

10.3 POSSIBILIDADES DE PESQUISAS FUTURAS

Porém, não se esgotam aqui as possibilidades dos conhecimentos a respeito da temática, e no sentido de preencher lacunas existentes no estudo, indicam-se sugestões para possíveis desdobramentos em próximos estudos.

Neste sentido, considerando que no presente estudo verificou-se a percepção do preceptor a respeito de sua prática em relação a utilização das metodologias ativas de ensino aprendizagem, mas, não houve uma observação direta para avaliar sua atuação prática, no intuito de validar seu discurso sobre a utilização das metodologias ativas na prática da preceptoria, portanto, pretende-se dar continuidade a esta pesquisa em um estudo doutoral.

Mais uma questão que apresenta-se como uma lacuna neste estudo diz respeito à atuação do preceptor antes e após a participação na formação com base em metodologias ativas, assim como avaliar a prática de preceptores que utilizam as metodologias ativas comparando a prática de quem utiliza outras abordagens metodológicas diferentes.

Outro aspecto interessante a ser pesquisado seria um estudo comparativo da atuação prática do profissional da saúde com formação pedagógica tradicional com o de outro profissional formado com base pedagógica nas metodologias ativas, pois como foi sinalizado no estudo, existem instituições formadoras de profissionais da saúde que vêm utilizando as metodologias ativas, o que faz surgir novas questões como: qual será o diferencial desta atuação profissional? Se existe a diferença, ela é decorrente de aspectos pessoais do profissional ou está relacionada à formação?

Portanto, verifica-se que ainda existem questões a serem pesquisadas que poderão colaborar para a melhoria da qualidade da formação, conhecimento, aprendizagem e atuação

do profissional da saúde, possibilitando com isso a melhoria da atenção prestada e dos serviços oferecidos, colaborando para um sistema de saúde que cumpra com seus princípios de igualdade, equidade e universalidade.

Espera-se também que este estudo possa vir a contribuir para reflexão sobre as metodologias ativas de ensino aprendizagem, no sentido de desenvolver estratégias inovadoras na prática de preceptores de saúde responsáveis pela formação do profissional da saúde, e que também contribua no sentido de estimular a formação o desenvolvimento de práticas educativas críticas, reflexivas e transformadoras, que incitem atitude autônoma na busca pelo conhecimento.

Falar em atitude autônoma, práticas transformadoras, reflexivas e muitos outros termos empregados neste estudo, de forma a contextualizar a percepção dos preceptores em relação ao ensinar, formar e atuar, é falar do processo de mudança que se desenha no âmbito da saúde e da educação.

Mas ao escolher trilhar este caminho, percebe-se o quanto foi difícil, e também instigante, o quanto foi exaustivo, porém, mobilizador de energia, e o quanto foi único, porém, surpreendentemente compartilhado e apoiado, foi um aprendizado, um ensinamento ativo, uma busca inquietante e desafiadora.

Neste sentido, este estudo não poderia ser concluído de outra forma, mas sim citando Paulo Freire (2011, p. 15), onde:

A curiosidade como inquietação indagadora, como inclinação ao desvelamento de algo, como pergunta verbalizada ou não, como procura de esclarecimento, como sinal de atenção que sugere alerta, faz parte integrante do fenômeno vital. Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos. (FREIRE, 2011, p. 15).

Sem esta curiosidade que inquieta e motiva o desvelamento, não haveria a busca, não haveria o movimento e não haveria a possibilidade do novo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. R. P. de. **Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas: necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas.** 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/18510>>. Acesso em 04 jul. 2015.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 32, n. 3, p. 356–62, 2008.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319–325, 2011.
- ANTUNES CORTEZ, E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, v. 12, n. 1, p. 307-322, 2013.
- AUTONOMO, F. R. de O. M. et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, Junho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2016.
- BARRETO, V. H. L. 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. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 35, n. 4, p. 578–83, 2011.
- BARRETO, V. H. L.; MARCO, M. A. de. Visão de Preceptores sobre o Processo de Ensino-Aprendizagem no Internato. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 38, n. 1, p. 94–102, 2014.
- BASTOS, C. C. Metodologias ativas. **Educação e Medicina**, v. 11, n. 12, p. 2013, 2006. Disponível em: <<http://educacaoemedicina.blogspot.com.br/2006/02/metodologias-ativas.html>>. Acesso em: 20/01/2016.
- BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado Education of health professionals for the SUS: meaning and care. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884, 2011.
- BELTRÃO, M. F. M. **Contribuições de Rousseau à Educação Moderna Pedagogia on-line**, 2011. Disponível em: <<http://moniquebeltraopedagogiaonline.blogspot.com.br/2011/07/contribuicoes-de-rousseau-educacao.html>>. Acesso em: 5/04/2015.
- BERBEL, N. A. N. (ED.). **Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações.** Londrina: EDUEL, 1999.
- _____. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **“Problematization” and Problem-Based Learning: different words or different ways?**, v. 2, n. 2, 1998. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>>. Acesso em: 10/01/2015.

_____. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25–40, 2012. Disponível em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326>>. Acesso em: 10/01/2015.

BOTTI, S. H. de O; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008.

_____. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 27 Jan. 2016.

BRANT, Victoria M.R. (Org.), O porquê e o para quê de um seminário sobre formação pedagógica de preceptores. In: _____ **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Ed. Juiz de Fora, 2011. p. 5 -10.

BRASIL. Decreto n.º 5.622/05. Regulamenta o art. 80 da Lei n.º 9.394/96 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília/DF, 20 dez. 2005.

_____. Lei n.º 8142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Lei n.º 9.394/96 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____. Lei n.º 8080/1990. Regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior nº 492**, de 03/04/2001. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais - Antropologia, Ciência Política e Sociologia, Comunicação Social, Filosofia, Geografia, História, Letras, Museologia e Serviço Social. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>> Acesso em: 04/12/2014.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Portaria GM/MS nº 1.996/ 2007**: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Online]. Brasília (DF); 2007 [citado 2011 dez 10]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>> Acesso em: 20/04/2015.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Parecer n.º 908/1998. Fixa Especialização em área profissional. Ministério da Educação e do Desporto. **Conselho Nacional de Educação**. Brasília, DF, 02 dez. 1998.

_____. Portaria Interministerial n.º 2.117/2005. Institui a residência multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 3 nov. 2005.

_____. Portaria n.º 1.996/2007. Ministério da Saúde. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 3 nov. 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em ...Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10183/18510>>. Acesso em: 25/06/2015.

_____. Resolução n.º 01/2001. Define autonomia das Instituições de Ensino Superior para criarem cursos de pós-graduação *lato sensu*. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Brasília, DF, 03 abr. 2001.

_____. Resolução n.º 03/1999. Regulamenta a qualificação do corpo docente e revoga a Resolução CFE n.º 12/83. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 abr. 1999. Seção 1, p.18.

_____. Resolução n.º 1/2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2007.

_____. Resolução n.º 5/2008. Estabelece normas para o credenciamento especial de Instituições não Educacionais para ofertas de cursos de especialização. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2008.

_____. Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, v. 13, 2013.

_____. Resolução n.º 2 /2012. Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 16/04/2012.

_____. Portaria n.º 754/2012. Altera a Portaria n.º 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para a implementação ea execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial União**, 2012.

CERQUEIRA, P. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. In : BRANT, V. (ED.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**, v. 36015, p. 67, 2011.

COSTA, M. S. P. Maria Montessori e seu método. **Linhas Críticas**, v. 7, n. 13, p. 305–320, 2001.

COSTA, V. C. Aprendizagem baseada em problemas (PBL). **Rev. Núcleo Távola**, março,

2011 [on line] Disponível em: <<http://nucleotavola.com.br/revista>> Acesso em: 14/03/2015.

COTTA, R. M. M. et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós. **Ciência saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 171–9, 2013.

CYRINO, E; PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: [s.n.]. v. 20p. 780–788, 2004.

DA CRUZ, J. A; WIEMES, L. Incentivo à melhoria de práticas pedagógicas com a utilização do Método PBL. **Conhecimento Interativo**, v. 8, n. 2, p. 87–101, 2014.

DA SILVA, G. T. R; ESPÓSITO, V. H. C.; MARIA, D. Preceptoría: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, p. 460–5, 2008.

DE ALMEIDA SOUZA, A. M. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. [s.l.] Organização Pan-americana da Saúde, 1991.

DE FIGUEIREDO PEREIRA, A. L. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527–1534, 2003.

DIAS, A. R. N. et al. Preceptoría em saúde: percepções e conhecimentos dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. **Educação Online**, n. 19, p. 84–99, 2015.

EVANGELISTA, I. A. S. Metodologias ativas: concepções e práticas. **Rev EM FOCO**, n. 17, 2012.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas Residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 200 p.

FERNANDES, J. D. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 4, p. 392–5, 2003.

FERRARI, M. Jean-Jacques Rousseau. **Educar para Crescer**, 1 jul. 2011. Disponível em: <<http://educarparacrescer.abril.com.br/aprendizagem/rousseau-307428.shtml#>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

FERREIRA, V. S. et al. PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino-serviço-comunidade. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 36, n. Supl 2, p. 147–151, 2012.

FERREIRA, R. C; VARGA, C. R.R; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.(Report). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1421, 2009.

FEUERWERKER, L. C. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. [s.l.]

SciELO Public Health, 1998. v. 119.

_____. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: BRANT, V. (ED). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011.

FEUERWERKER, L. C; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface-Comunic., Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 37–50, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente**. São Paulo: Paz e Terra, n. 43^a, 2011.

_____. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 12^a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, C. M. et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 117-130, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500117&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2016.

GAETA, C; MASETTO, M. Metodologias ativas e o processo de aprendizagem na perspectiva da inovação. **Congresso Internacional PBL**. Anais, 2010. Disponível em: <<http://each.uspnet.usp.br/pbl2010/trabs/trabalhos/TC0287-1.pdf>> Acesso em: 20 out. 2015

GARCIA, M.C. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: NÓVOA, A. (Org). **Os Professores e a sua Formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997, p. 51-75

GASKELL, G. A. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W; GASKELL,G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64–89.

GONZATTO, C. R. Por uma pedagogia progressista: o ensino tradicional e a pedagogia proposta por Dewey. In: PAGNI, P. A. **Leituras sobre John Dewey e a educação**. Educação Geral, Educação Superior e Formação Continuada do Educador. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2011.

GUEDES, K. L; DE ANDRADE, R. O. B; NICOLINI, A. M. A avaliação de estudantes e professores de administração sobre a experiência com a aprendizagem baseada em problemas/Evaluating management students and professors regarding their problem-based learning experience. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71, 2015.

HOUAISS, A; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JESUS, J. C. M; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de

preceptores do internato médico. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 36, n. 2, p. 153–161, 2012. .
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400002> Acesso em: 26/12/2014.

LA TORRE, S. de; BARRIOS, O. Curso de formação para educadores. **São Paulo: Madras**, 2002.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LIBÂNEO, J. C. As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo na educação. **Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade**, v. 3, p. 19–62, 2005.

LIMA, V. V. et al. **Processos educacionais na saúde II**. caderno do curso 2013: facilitadores do gestão da clínica no SUS/GVISA/GESP. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2013.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 34, n. 1, p. 13–20, 2010.

MEDEIROS, C. C. B. de M. et al. As implicações das práticas pedagógicas no desenvolvimento das competências. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 30–39, 2015.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. [s.l.] Vozes, 2013.

MINAYO, M. de S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 239–262, 1993.

MISSAKA, H; RIBEIRO, M. V. B. A preceptoria na formação médica: subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional – o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica. **VIII Enpec**, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viiienpec/pdfs/589.pdf>> Acesso em: 29/12/2015.

MISSAKA, H; BRANT, V. M. B. **A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: NUTES, UFRJ, 2010.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133–44, 2008.

MOREIRA, V; MONTEIRO, D.C. O uso de instrumentos e procedimentos de pesquisa sobre crenças: promovendo formação reflexiva. **Trab. Ling. Aplic.**, Campinas, 49(1): 205-221, Jan/Jun. 2010.

NÓVOA, A. **Profissão Professor**. 2. ed. Porto, Portugal: Porto Editora, 1999.

OLIVEIRA, M. S. D. **Da autonomia à acessibilidade: repensando o ensino de pós-graduação lato sensu online na realidade brasileira**. 180 P. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)

- Universidade de Brasília _UnB, 2010.

PAGLIOSAI, F. L; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAGNI, P. A. Leituras sobre as contribuições de John Dewey para educação. In: FÁVERO, A. A.; TONIETO, C. (Eds.). . **Leituras sobre John Dewey e a educação**. Educação Geral, Educação Superior e Formação Continuada do Educador. 1^a. ed. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2011. p. 262.

PAQUAY, L. et al. **Formando professores profissionais: quais as estratégias? quais as competências?** Porto Alegre: Artmed editora, 2001.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e Tutoria na Residencia Multiprofissional em Saúde da Família. **SANARE, Sobral**, v. 7, n° 2, p.47-53, jul./dez. 2008.

PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: manual prático de avaliação**. Brasília: LabPam/IBAP, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para uma nova profissão**. Genebra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Genebra, 2001.

REIS MARINHO, E. As relações de poder segundo michel foucault. **E-Revista Facitec**, v. 1, n. 4, 2009.

RIBEIRO, L. R. de C. **A aprendizagem baseada em problemas (PBL): uma implementação na educação em engenharia na voz dos atores**. Doutorado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2005.

RIBEIRO, V. M. B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 2011.

ROCHA, H. C. **Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica**. 106 F. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, H. C; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 36, n. 3, p. 343–350, 2012.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. 2012. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56085/000858993.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ROPOLI, E. A. **Metodologias ativas de aprendizagem e educação a distância: novas perspectivas para a educação continuada**. Campinas, SP: UNICAMP, 2009.

ROSSO, A. J; TAGLIEBER, J. E. Métodos ativos e atividades de ensino. **Perspectiva**, v. 10, n. 17, p. 37–46, 1992.

SANTOS, A. et al. Problem-Based Learning e suas implicações: Breve revisão teórica. In: **I Congresso Internacional da Saúde Gaia-Porto**. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto-Politema, 2010.

SAVIANI, D. **As concepções pedagógicas na história da educação brasileira**. Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil”, financiado pelo CNPq, para o “projeto”, v. 20, 2005.

_____. **Escola e democracia**. São Paulo, Autores Associados. [s.l.] Cortez, 1984.

_____. Formação de professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. **Revista brasileira de Educação**, v. 14, n. 40, p. 143, 2009.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2012.

SKARE, T.L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, vol, 4, n. 2, p. 116-120, ab/jun, 2012.

SOARES, S. R.; RIBEIRO, M. L. As representações sociais sobre a prática educativa de professores de cursos de licenciatura. In: VEIGA, I. P. A.; D’ÁVILA, C. M. (EDS.). **Profissão docente**: novos sentidos, novas perspectivas. Magistério: Formação e trabalho pedagógico. Campinas, SP: Papirus Editora, 2008.

TEMPSKI, P. (ED.). **Especialização em educação na saúde para preceptores do SUS / Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2013.

TORRES, M. G; MOUTA, C.; MENESES, A. L. Profissão, profissionalidade e profissionalização dos educadores de infância. **Cadernos de Educação de Infância**, p. 1–14, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, M. M. M. Aspectos Pedagógicos e Filosóficos da Metodologia da Problematização. In: BERBEL, N. A. N. (Ed.). **Metodologia da Problematização**: Fundamentos e Aplicações. Londrina: Eduel, 1999. p. 196.

VEIGA, I. P. A. (ED.). **Formação Médica e Aprendizagem Baseada em Problemas**. Campinas, SP: Papirus Editora, 2015.

_____. Docência como atividade profissional. In: VEIGA, I. P. A.; D’ÁVILA, C. M. (EDS.). **Profissão docente**: novos sentidos, novas perspectivas. Magistério: Formação e trabalho pedagógico. Campinas, SP: Papirus Editora, 2008.

VEIGA, I. P. A.; D’ÁVILA, C. M. (EDS.). **Profissão docente**: Novos sentidos, novas perspectivas. Campinas, SP: Papirus Editora, 2008.

VIGNOCHI, C. et al. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. **Revista HCPA**, v. 29, n. 1, p. 45–50, 2009.

ZABALA, A. **A prática educativa**: como ensinar. Porto Alegre: Art. Med editora, 1998.

ZIENTARSKI, C; DE OLIVEIRA, O.S; PEREIRA, S. M.. Opressores e oprimidos sob a ótica Freireana: relações de poder no cotidiano escolar. **Interacções**, v. 8, n. 21, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - ICED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO



Eu,....., concordo em participar da pesquisa realizada pela mestrandia Mary Glaucy Brito Chianca Neves, e sob orientação da profa. Dra. Iani Dias Lauer Leite, ambas da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), sobre o tema “Percepções sobre as práticas de ensinar, formar e atuar a partir do curso para preceptores de saúde com base em metodologias ativas”, respondendo ao questionário que se segue e participando de entrevista com gravação de voz. Estou ciente de que a participação nesta pesquisa não implica em qualquer vínculo com a UFOPA, bem como não acarretará qualquer ônus aos participantes.

Meu consentimento é baseado na garantia de que minha identidade será preservada e nenhuma informação confidencial será divulgada. Assim, concordo que:

- Fui informado de que as informações obtidas serão utilizadas somente para essa pesquisa;
- É garantido que meu nome não aparecerá, ficando em segredo as informações concedidas. Somente a pesquisadora terá acesso as informações registradas e estas serão destruídas após o prazo de cinco anos;
- A pesquisa não trará nem um risco físico a minha saúde;
- As entrevistas serão realizadas em uma sala reservada e poderei deixar de responder a qualquer pergunta no momento que me convier, sem prejuízo;
- Poderei deixar este estudo a qualquer momento sem nenhuma penalidade;
- Não terei despesas pessoais em qualquer fase do estudo, também não receberei pagamento por minha participação.

Santarém, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante da pesquisa

Mary Glaucy Brito Chianca Neves
Responsável pela pesquisa

Informações para contato:
Rua José Almeida, nº 309, Santarém /PA CEP: 68005 140. Fone: 93 91494918

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - ICED
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
 MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO



Linha de Pesquisa - Práticas Educativas, Linguagens e Tecnologias
 Esp. Mary Glaucy B. C. Neves – Mestranda
 Profª Dra. Iani Lauer - Orientadora

FOLHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Registro do perfil do participante do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS.	
Nome :	
Sexo: () masculino () feminino	Idade:
Município de Residência:	
Profissão:	Local de Trabalho:
Área de atuação:	Tempo de atividade nesta área:
1. Curso de graduação:	Ano de conclusão:
2. Pós-graduação:	
2.1. Pós-Graduação Lato Sensu (especialização): () Não () Sim	
Especificar:	
2.2. Residência: () Não () Sim	
Especificar:	
2.3. Mestrado: () Não () Sim	
Especificar:	
2.4. Doutorado : () Não () Sim Especificar:	
Especificar:	
3. Experiência em pesquisa: () Não () Sim	
4. Experiência em Educação:	
4.1. Em docência tradicional: () Não () Sim	
Instituição:	
Município:	
Tempo de serviço:	
Nível: () Educação básica () Educação superior () Pós-graduação	
4.2. Com metodologias ativas: () Não () Sim	
Instituição:	
Município:	
Tempo de serviço: Especificar:	
4.3. Em educação a distancia: () Não () Sim	
Instituição:	
Município:	
Tempo de serviço: Especificar:	
5. Experiência em preceptoria na área da saúde: () Não () Sim	
Especificar:	
Instituição:	
Município:	
Tempo de serviço:	
6. Atuação Profissional da Saúde : () Não () Sim	
Instituição:	
Município:	
Tempo de serviço:	
Área/Setor	

APENDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.**1. Identificação do Participante:**

Entrevista nº
1 - Como ocorreu seu ingresso no Curso?
2 - Conte como foi para você participar do curso
3- Quais foram os conhecimentos adquiridos a partir de sua participação no curso?
3 - Na sua percepção quem é o preceptor?
4 - Descreva suas atividades de preceptoria.
5 - Na sua percepção, o que são metodologias ativas de ensino aprendizagem?
6 - Como você percebe sua prática após ter participado do Curso?
7 - Você teria algo a comentar sobre as metodologias ativas, sobre preceptoria, sobre o curso ou sobre sua prática , que ainda não tenha sido perguntado?