

Residência médica e multiprofissional: demandas e recursos de preceptores na atenção primária à saúde

Medical and multiprofessional residency: demands and resources of preceptors in primary health care

Elaine Nunes Pacheco¹, Paula Hayasi Pinho², Helena Moraes Cortes³, Fernando Ribas Feijó⁴

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: novembro de 2021

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia preconizada pelo SUS para uma mudança do modelo de atenção à saúde, o que implica a necessidade de formar mais profissionais para essa área. Assim, há maior espaço para Programas de Residência que preconizam a formação em serviço, tendo um preceptor responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes. Esta pesquisa traz as principais demandas e recursos do trabalho dos preceptores de um Programa Integrado de Residência Médica e Multiprofissional, na APS, sob a ótica do Modelo *Job Demands and Resources* (JDR). A pesquisa é recorte de dissertação de mestrado, com abordagem qualitativa e metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Para a coleta de dados, foram realizadas, em formato virtual, entrevistas semiestruturadas e reuniões em formato de grupos convergentes. Participaram da pesquisa dez profissionais da APS vinculados ao Programa de Residência. Foram identificadas demandas relacionadas a excesso de atividades, falta de clareza nas funções, desvalorização, insegurança de direitos, conflitos políticos, intensidade da relação entre preceptor e residente, fragilidade da relação com a instituição, bem como a recursos, como o investimento em educação permanente e a organização política. As contribuições desses profissionais na interface entre ensino e serviço devem ser valorizadas na consolidação da formação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Preceptor. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the strategy advocated by the SUS (Unified Health System) to change the health care model, which implies the need to train more professionals in this area. There was greater space for residency programs that advocate in-service training with a preceptor responsible for direct supervision of practical activities carried out by the residents. This research identifies the main demands and resources of the preceptors' work at a PHC Integrated Medical and Multiprofessional Residency Program from the perspective of the Job Demands and Resources (JDR) Model. The research is part of a master's thesis, with a qualitative approach and methodology based on Convergent Care Research (CCR). For data collection, semi-structured interviews and convergent groups were carried out in a virtual format. Ten professionals from PHC, linked to the residency program, participated in the research. Demands were identified, such as: excess of activities, lack of clarity in functions, devaluation, insecurity of rights, political conflicts, relationship intensity between resident and preceptor, fragility in the relationship with the institution, and, as resources, the investment in permanent education and political organization. The contributions of these professionals, at the interface between teaching and service, should be valued in the consolidation of health education.

KEYWORDS: Health Education. Preceptorship. Primary Health Care. Mental Health.

¹ Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2330-9890>. E-mail: nane.nunes@gmail.com

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>

³ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8538-8400>

⁴ Universidade Federal da Bahia (UFBA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8505-9567>

INTRODUÇÃO

A partir da sua criação, com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser responsável também pela formação de profissionais para atuação na área da saúde. A ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) foi a estratégia preconizada pela reforma sanitária brasileira, no âmbito do SUS, para uma mudança do modelo de atenção à saúde, o que implica a necessidade de formar mais profissionais para essa área, com a adequação dos programas de ensino para essa nova realidade. Nessa formação, para além das questões técnicas e da clínica generalista, precisa haver compromisso ético e político, responsabilidade social, entendimento da dinamicidade do sistema público de saúde e habilidade de trabalhar em equipe multidisciplinar.^{1,2}

O modelo de educação também precisou se adaptar, abrindo maior espaço para um ensino que estimule a autonomia e para um processo de aprendizagem centrado nos sujeitos, privilegiando as reflexões e o olhar crítico sobre as atividades práticas. Assim, houve maior espaço para os Programas de Residência, que preconizam a formação em serviço a partir do exercício cotidiano da profissão, com o auxílio de um profissional mais experiente na área, visando tanto à formação de profissionais como a qualificação dos serviços.^{3,4}

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Medicina de Família e Comunidade são vinculados ao Ministério da Saúde e são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se como pós-graduação *lato sensu*. A carga horária total é de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, que devem ser divididas em 80% de atividades práticas ou teórico-práticas e 20% de atividades teóricas, com uma média de 60 horas semanais. Os programas também preveem a presença do preceptor no campo de prática, como um profissional especialista, responsável pelo acompanhamento dos residentes nas atividades práticas.^{5,6} A organização dos residentes nos serviços pode adquirir diferentes formatos, com preceptor e residente dividindo uma mesma equipe, ou cada um assumindo uma equipe diferente, ou mesmo com os residentes assumindo a equipe como profissionais e o preceptor como volante no serviço.³

Segundo a Resolução Nº 02, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde:⁵

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.

Outras funções também são previstas para o preceptor, como acompanhar plano de atividades teórico-práticas, organizar escalas e férias, integrar os estudantes aos profissionais e

equipes, participar de projetos de intervenção ou pesquisa condizentes com a qualificação dos serviços de saúde, identificar lacunas e dificuldades de aprendizagem dos estudantes, realizar avaliações e elaborar relatórios sobre o desenvolvimento dos estudantes, além de participar da avaliação e implementação dos projetos pedagógicos dos programas de ensino.⁵

Dessa forma, observam-se múltiplas atribuições para o preceptor que são adaptadas de acordo com a diversidade dos cenários de prática e projetos de ensino, porém o que há de comum em documentos oficiais e na literatura acadêmica é o reconhecimento da função pedagógica do preceptor.⁷ Espera-se que, além de ser um profissional competente no âmbito técnico-científico, apresente também habilidades de ensino, sendo responsabilidade da instituição de ensino a que está vinculado capacitar-lhe para essa atividade.² Assim, as responsabilidades e múltiplas atribuições do trabalho podem causar impactos na saúde mental dos preceptores.

Os estudos na área de saúde do trabalhador podem ser compreendidos por diferentes abordagens, das quais citam-se dois enfoques. Um deles concentra-se em compreender as doenças, suas causas e consequências relacionadas ao trabalho, assim como prevalência, incidência e fatores de risco, com vistas à prevenção dos agravos. Outra linha de estudos ocupa-se em avaliar a salubridade do trabalho, com foco na qualidade de vida e na promoção da saúde, modificando o foco da doença para o trabalho saudável e buscando compreender os fatores psicossociais. Os fatores psicossociais são aqueles de interação entre aspectos do trabalho (ambiente, organização) e do trabalhador (história, cultura, necessidades pessoais).⁸

No âmbito da avaliação de fatores psicossociais, a teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (*Job Demands Resources Model* - JDR) considera que “o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e, para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização”.⁹ Dessa forma, as demandas podem ser questões físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais exigidas pelo trabalho, enquanto os recursos podem ser ferramentas ou características que viabilizam as atividades laborais.¹⁰ A interação entre esses dois aspectos pode gerar fatores de estresse ou fatores motivacionais, associados com os mecanismos para auto regulação, compensação ou recarga da energia laboral, de modo que o trabalho pode culminar em desfechos negativos (fontes de adoecimento) ou positivos (fontes de prazer).¹⁰ Esse trabalho, fundamental para construção da identidade do indivíduo, tem na organização do trabalho sua principal fonte de sofrimento psíquico, enquanto as vivências de prazer decorrem da gratificação, reconhecimento e valorização do trabalhador.¹¹

A fim de compreender a dinâmica dessas relações no trabalho de preceptores da APS no SUS, este estudo investigou, sob a ótica do modelo JDR, as percepções de preceptores de um Programa Integrado de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família acerca das

demandas e dos recursos encontrados por eles nos cenários de prática da APS em um município da região metropolitana de Salvador.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se, aqui, de um estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Na PCA, o desenvolvimento da investigação científica ocorre a partir do campo da prática assistencial, possibilitando a intervenção para o enfrentamento dos problemas ao mesmo tempo em que se produzem os dados. Os pesquisadores e os objetos de pesquisa estão relacionados, aproximando a teoria da prática.¹² Alguns pressupostos da PCA estabelecem que o cenário da prática assistencial é um campo fértil de questões a serem estudadas, propiciando a união entre saber-fazer e saber-pensar, no qual o profissional de saúde é um pesquisador potencial e produtor de mudanças das questões cotidianas.¹³

Este trabalho é um recorte de uma dissertação de mestrado que visou analisar demandas e recursos, no contexto de trabalho da APS, sob a ótica do modelo JDR. Devido à composição do grupo de participantes da pesquisa ser predominantemente formado por preceptores, com a primeira autora deste trabalho envolvida nesse cenário, foi possível aprofundar a discussão sobre os desafios encontrados pelos preceptores no campo de prática da APS, identificando as demandas e os recursos do trabalho.

A PCA permite a exploração do cenário de prática, com participação ativa do pesquisador, em busca de respostas e mudanças sobre os problemas enfrentados por profissionais e preceptores na atenção primária. Nesse sentido, partindo-se dos princípios da PCA, esta pesquisa, ao mesmo tempo em que se propôs a realizar a coleta dos dados, proporcionou a discussão do cotidiano de trabalho, das experiências dos participantes, da orientação e educação relacionadas ao fenômeno do estresse laboral, como também a discussão de possíveis ferramentas para eventuais mudanças dos cenários de prática.

Cenário do Estudo

Essa pesquisa foi realizada em um município da região metropolitana de Salvador, BA. De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017 a população desse município foi de aproximadamente 297 mil habitantes, contando com um grande crescimento populacional. Esse crescimento nos últimos anos foi impulsionado pela forte industrialização, com a presença de um polo petroquímico e de indústria automobilística, gerando um fluxo migratório de pessoas atraídas pelo mercado de trabalho. De acordo com o seu Plano Municipal de Saúde, de 2018, a organização do município é baseada em uma sede ocupada

pelos trabalhadores da indústria e uma costa, caracterizada por grandes atrativos turísticos. O município também é considerado sede da microrregião do estado, sendo referência assistencial para vários municípios da região.

Desde 2015, desenvolve-se no município um programa de residência que integra residentes de medicina de família e comunidade e residentes multiprofissionais em saúde da família que atuam como profissionais das equipes em seis Unidades de Saúde da Família (USFs). Cada equipe de saúde da família atende cerca de 3.500 pessoas e é formada por médico, enfermeiro e dentista residentes, apoiados “ombro a ombro” por preceptores de cada categoria profissional. Além disso, todas as unidades dessa região são apoiadas por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), também composto por profissionais residentes. Os demais profissionais de nível técnico e administrativo são servidores públicos do município.

A coleta de dados foi realizada com os profissionais das USFs que compõem o programa de residência do município palco deste estudo, onde atua a pesquisadora na função de preceptora médica. A inserção no campo de prática permitiu a imersibilidade da PCA e uma melhor articulação com os diferentes atores para pautar a discussão com os profissionais da atenção primária à saúde.

Participantes do Estudo

Foi utilizado o critério de intencionalidade para a escolha dos participantes. O critério de inclusão foi ser profissional de saúde, lotado em USF do programa de residência, priorizando a participação de preceptores de qualquer categoria e servidores municipais, por terem vínculos mais permanentes com as USFs, sendo selecionados dois representantes de cada unidade de saúde.

Participaram do estudo dez profissionais das USFs que compunham o programa de residência no município eleito para este estudo, com quatro unidades contando com a participação de dois profissionais representantes e duas, com apenas um profissional representante cada uma.

Produção dos Dados/Coleta dos Dados

De acordo com a PCA, deve-se privilegiar a triangulação de técnicas de produção de dados, ou seja, o pesquisador deve utilizar-se de mais de um instrumento para pesquisar determinada temática.¹³ Portanto, considerando-se os objetivos, o objeto e o referencial metodológico, optou-se pelas técnicas da entrevista semiestruturada, pelo grupo de

convergência e pelo diário de campo.

Enquanto o projeto estava sendo desenvolvido, o mundo foi afetado pela pandemia de COVID-19, que causou grandes impactos na sociedade. Desde março de 2020, após a OMS declarar a epidemia do coronavírus como uma pandemia, foram adotadas, global e regionalmente, estratégias para reduzir a propagação do vírus, como o fechamento de todos os serviços comerciais não essenciais, suspensão das atividades escolares e de eventos culturais. Em algumas situações, a recomendação padrão passou a ser evitar sair do domicílio, além da necessidade cotidiana do uso de máscara de proteção facial, higienização constante das mãos e manutenção da distância entre as pessoas, evitando-se aglomerações.¹⁴

Diante desse cenário, o projeto precisou adaptar-se às recomendações de prevenção ao coronavírus, utilizando ferramentas que evitassem reuniões presenciais. Assim, para produção e coleta dos dados, foram realizados encontros virtuais com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa através da plataforma de reunião *on-line* do Google Meet®.

Inicialmente foram enviados convites por meio eletrônico, através de *e-mail* e aplicativos de mensagens, para os profissionais das USFs elegíveis para o estudo. Os profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa entraram em contato com a pesquisadora, sendo agendados horários, a depender da disponibilidade dos participantes, para a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a realização de uma entrevista individual sobre o tema. Após a concordância com o TCLE, uma cópia do termo foi encaminhada para o *e-mail* dos participantes.

Para a coleta dos dados, utilizou-se o diário de campo como instrumento metodológico de registro das experiências;¹⁵ a entrevista semiestruturada, na qual o entrevistador pode combinar perguntas abertas e fechadas e, através da conversação, discutir sobre o tema, sem precisar se prender a questões formuladas previamente;¹⁶ e os grupos de convergência, que consistem em uma modalidade de utilizar a formação de pequenos grupos de discussão para desenvolver a pesquisa ao mesmo tempo em que trabalha questões da clínica, da educação para saúde e do cotidiano do trabalho.¹³

Assim, os dados foram coletados a partir dos registros da pesquisadora do trabalho na sua USF ou das atividades pedagógicas da residência compartilhadas entre as USFs (documentos, relatos pessoais), das escutas nas entrevistas e da participação nos grupos convergentes. Esses registros partiram da observação da pesquisadora, com a utilização da escrita exaustiva em diário de campo logo após as atividades, no período de novembro de 2020 a março de 2021.

O instrumento que permitiu a coleta de dados foram as entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado contendo dados sociodemográficos e questões que abordavam a percepção

dos profissionais e suas experiências com a temática em discussão. Tanto as entrevistas para aplicação do questionário como os próprios grupos convergentes foram gravados com aplicativo gravador de voz e vídeo. Essas gravações foram, posteriormente, transcritas, para possibilitar a análise de conteúdo temático.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de forma individual com os participantes do estudo. De acordo com a disponibilidade do participante, algumas entrevistas foram feitas presencialmente, quando os participantes eram do mesmo ambiente de trabalho da pesquisadora, seguindo orientações de segurança como uso de máscara e distanciamento, enquanto outras foram realizadas por meio de ligação telefônica. A duração média das entrevistas, que ocorreram no período de novembro de 2020 a março de 2021, foi de 30 minutos. As perguntas iniciais, que serviram como disparador para as reflexões do participante, foram feitas com base no roteiro elaborado para esta pesquisa, enquanto outras perguntas surgiram a partir da conversação com cada sujeito.

Em um segundo momento, durante o mês de março de 2021, foram realizadas, através da plataforma *on-line* Google Meet®, três reuniões em grupo, com periodicidade semanal e duração média de duas horas, envolvendo todos os participantes da pesquisa. As reuniões foram planejadas em formato de grupos convergentes, de acordo com a PCA, visando, a partir de situações concretas do cotidiano dos profissionais, levantar reflexões sobre as práticas e discutir estratégias de transformação da realidade. Antes de cada reunião, foram enviados lembretes com a data e o horário para todos os participantes, por meio de um aplicativo de mensagens de telefone celular.

Análise de Dados

Segundo a metodologia da PCA, a análise de dados constitui-se em quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão consiste na organização das informações conforme elas são coletadas. Para isso, podem ser utilizadas técnicas de codificação e divisões em categorias a partir do agrupamento dos dados por similaridade de conteúdo. À medida que essa organização é feita, é possível perceber os temas que emergem dos dados, observando-se que alguns podem sofrer saturação, enquanto outros podem apresentar vazios de conteúdo que podem ser melhor explorados retornando-se ao campo e aos participantes da pesquisa em busca de novas informações.¹³

Seguindo a análise, a síntese do conteúdo permite ao pesquisador reunir os dados e apresentá-los de forma que apresentem um todo coerente para a pesquisa. A partir disso, podem ser formuladas hipóteses e questionamentos sobre os dados, de forma que possam ser

produzidas a descrição e a explicação do fenômeno no campo prático da pesquisa, o que caracteriza a etapa da teorização. Na transferência, os resultados obtidos podem ser ampliados e socializados de forma que possam contribuir para a transformação da realidade discutida, principalmente no que se refere às práticas assistenciais, como prevê a PCA.¹³

Nesta pesquisa, a partir das gravações, foram realizadas as transcrições das entrevistas e dos grupos, além do diário de campo da pesquisadora. Assim, realizou-se a leitura de todo material e selecionaram-se alguns trechos que se relacionavam com os objetivos e marco teórico deste trabalho e que foram organizados em categorias temáticas, segundo o método da PCA. Este artigo aborda a categoria “desafios do trabalho da preceptoria na APS”, com as subcategorias: demandas do trabalho da preceptoria na APS e recursos do trabalho da preceptoria na APS.

Para os fins deste artigo, será utilizada como referência a ferramenta *Energy Compass* (EC), criada a partir de uma análise fatorial do trabalho que selecionou critérios tanto positivos quanto negativos para avaliar o modelo JDR.^{9,10} Na EC, as demandas são classificadas em qualitativas (aspectos emocionais, mentais, físicos, conflito família-trabalho), quantitativas (sobrecarga, trabalho insuficiente, frequência de mudanças) e organizacionais (mudanças negativas, burocracia, assédio, conflito de papéis, conflitos interpessoais). Já os recursos são classificados como: sociais (expectativas, definição de papéis, apoio entre pares, trabalho de equipe e apoio do supervisor), organizacionais (alinhamento, justiça e confiança na instituição e comunicação), conteúdo do trabalho (variedade de atividades, conteúdo e autonomia), desenvolvimento (*feedback*, oportunidades de crescimento e carreira) e pessoais (resiliência, autoeficácia, otimismo, flexibilidade, estabelecimento de seus próprios limites, direcionamento de objetivos, proatividade e autodesenvolvimento).^{9,10}

A partir das categorias temáticas que emergiram dos dados, tornou-se possível a síntese sobre a temática, contextualizando as informações recebidas e realizando algumas inferências que permitiram a associação com as experiências da primeira autora deste trabalho. Ao final, houve a teorização, em que se correlacionou a síntese obtida com outros dados encontrados na literatura, para o embasamento teórico das mudanças que se pretende aplicar à prática, convergindo a dimensão da pesquisa com a dimensão assistencial da PCA.

Assumiu-se como referencial teórico deste estudo o Modelo JDR para a leitura, a interpretação e a análise dos dados produzidos.

Aspectos Éticos

Anteriormente à realização da coleta de dados, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê

de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – CAAE nº 36480520.6.0000.0056 e parecer nº 4.359.877. Com o fim de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, utilizou-se a letra “E” de entrevistado, seguido do número de inserção do sujeito (E1, E2, e assim sucessivamente) na pesquisa.

Respeitando as Resoluções 466/12, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, e 510/16, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, os participantes deste estudo receberam esclarecimentos orais e por escrito e declararam, por *e-mail*, a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujas cópias, assinadas pela primeira autora deste trabalho, foram-lhes enviadas por *e-mail*.

RESULTADOS

Serão apresentados, a seguir, o perfil dos participantes e as categorias temáticas: demandas do trabalho da preceptoría e recursos do trabalho da preceptoría.

Participaram da pesquisa dez profissionais, das seis USFs que compunham o programa de residência do município. Entre as seis USFs, quatro delas contaram com a participação de dois profissionais representantes, e duas delas contaram com um profissional representante de cada unidade.

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais da APS participantes da pesquisa

Identificação	Gênero	Cor/Raça	Nº filhos	Escolaridade	Formação profissional	Tempo de atuação na APS (anos)	Tempo atuação USF atual (anos)	Função na USF
E1	F	Parda	0	Pós-grad	Médico	4	1,5	Preceptor
E2	M	Parda	1	Pós-grad	Dentista	3,5	1,5	Preceptor
E3	F	Parda	0	Mestrado	Psicólogo	7	1,5	Preceptor
E4	F	Parda	0	Pós-grad	Médico	5	1,5	Preceptor
E5	F	Branca	0	Mestrado	Médico	7,5	5	Preceptor
E6	M	Parda	1	Pós-grad	Sanitarista	5	1,5	API
E7	F	Parda	1	Pós-grad	Enfermeiro	7	4	Preceptor
E8	F	Parda	0	Pós-grad	Dentista	6	2	Preceptor

(Conclusão)

Identificação	Gênero	Cor/Raça	Nº filhos	Escolaridade	Formação profissional	Tempo atuação na APS (anos)	Tempo atuação USF atual (anos)	Função na USF
E9	F	Parda	0	Pós-grad	Dentista	6	6	Preceptor
E10	M	Branca	2	Pós-grad	Médico	10	0,5	Preceptor

Legenda: F – feminino; M- masculino; U. estável – união estável; Pós-grad – pós-graduação; API – apoiador institucional

Fonte: elaborado pelos autores

De acordo com os dados acima apresentados, os participantes desta pesquisa conformaram um grupo de trabalhadores da saúde da família, constituído, em sua maioria, por mulheres pardas e sem filhos, médicas, com pós-graduação em saúde da família, atuando há mais de cinco anos na APS, porém com menos de cinco anos de alocação na USF em que trabalhavam no momento da coleta de dados. Além disso, eram profissionais com função de preceptoras de um programa de residência, sendo esse um fator diferencial para o envolvimento delas com a qualificação da APS, a partir da formação de futuros profissionais especialistas nessa área.

Em relação à carga horária de trabalho, oito dos profissionais cumpriam 40 horas semanais, enquanto um tinha carga horária de 30 horas e outro de 60 horas (residente). Quando questionados se tinham outros vínculos empregatícios, a maioria respondeu que sim, correspondendo a seis profissionais. Apesar das profissões de formação, os trabalhadores exerciam diferentes funções nas USFs, principalmente pela vinculação com o programa de residência. Dessa forma, nove dos dez participantes eram preceptores, sendo oito voltados para o seu núcleo profissional (medicina, enfermagem, odontologia) e um, preceptor do NASF-AB.

Demandas do trabalho da preceptoria na APS

Como demandas qualitativas, os profissionais relataram muitas questões que os mobilizavam nesse processo de trabalho, entre elas a sensação de grande responsabilidade que gera cobranças excessivas, tanto por parte da instituição, quanto dos próprios preceptores, que não se sentiam preparados para algumas atribuições. Os trechos a seguir demonstram reflexões dos participantes sobre as demandas da preceptoria e suas responsabilidades nesse papel:

“Quando um residente traz uma queixa ou uma demanda, enquanto preceptora fico me

cobrando dar respostas, mesmo que ela não exista, mas me sinto nessa responsabilidade” (E5).

“Com profissionais além da residência percebo que as queixas e problemas são os mesmos, mas muitas vezes como preceptores queremos resolver e nos envolvemos em um nível que não é saudável” (E2).

“Eu não recebi nenhum curso pela residência, eu não fiz um mestrado pela residência (...) Muita gente não está preparada para, por exemplo, ser informatizado do nada, tem pessoas aqui que não tem experiência em ser um educador que use ferramentas digitais e a gente precisou se reinventar” (E9).

“Então eu sou competente, eu tenho competência para tais funções, só que é atribuição minha? Eu não fui atribuído com o ganho de preceptor para isso daqui do que eu estou fazendo” (E10).

O sentimento de desvalorização do trabalho do preceptor é um ponto comum nas falas dos participantes e pode ser considerado uma demanda qualitativa. Aspectos da relação com os residentes e com a instituição parecem alimentar esse sentimento, além do próprio preceptor ter dificuldade de perceber a importância do seu trabalho, já que o retorno dele nem sempre acontece, o que fica expresso nas seguintes frases temáticas:

“Como o trabalho na preceptoría é invisível, por isso é pouco reconhecido. O preceptor presta assistência, mas não é uma agenda bem definida, então ninguém percebe. O preceptor se envolve nas questões administrativas, nas articulações com outros serviços, nas mediações de conflitos, mas são diversas situações do aspecto mais subjetivo e por isso mais desgastantes e pouco compreendidas ou valorizadas” (E5).

“Eu também não me valorizo nesse lugar (preceptoría), porque eu acho que eu estou sendo mais ou menos, tenho essa sensação de inferioridade em relação aos outros trabalhadores. Não tenho uma estrutura, não tenho uma fixação, não tenho incentivo para o trabalho, eu só recebo mais demandas, mais demandas e mais demandas” (E7).

“Como é feito (*feedback*) não me parece valorização, eu acho que talvez a oferta é muito mais punitiva, muito mais de apontar as coisas do meu trabalho que não são consonantes com o projeto que se propõe dentro da residência” (E9).

“Eu vou entrar em um lugar que eu sei que eu não vou conseguir crescer de forma mais acadêmica. Então, eu estou em um lugar que eu sou dita como uma docente e eu não consigo ser qualificada e nem tenho um programa de investimento. É uma coisa assim bem difícil para você estar no processo, estar na docência, uma pessoa que está na educação e você é extremamente desvalorizado assim, não incentivado” (E1).

A relação entre os preceptores e residentes também foi mencionada nas discussões das demandas qualitativas, evidenciando conflitos entre esses atores ou questões relacionadas aos residentes que o preceptor precisa mediar e muitas vezes acolher as angústias e emoções dos profissionais em formação, como evidenciado nos trechos seguintes:

“Às vezes eu acho que ele respeita a minha visão científica, às vezes eu acho que ele só respeita em momentos em que ele precisa de alguém para botar como testa de ferro em uma decisão” (E9).

“Geralmente são conflitos entre os próprios residentes, em que são besteiras mesmo, que variam com o perfil de cada um, a personalidade de cada um, e a gente vai aprendendo a conviver com isso” (E2).

“A gente tem que acolher o residente, a gente tem que estar lá mediando conflito, o residente chora no nosso colo, o residente chora no nosso ombro, é uma loucura, e aí a

gente olha para um lado, olha para o outro, e fala 'é, engole, porque vai fazer o que?' (E1).

"A gente na preceptoría vivencia muito isso de lidar com as emoções" (E1).

"Muitas vezes até o residente ele é mais escutado nesse processo do que até a gente né, eu acho que é muito para o residente (de acolhimento) e muito pouco para a gente, um processo de barganha mesmo" (E4).

Nesse grupo de participantes, dos nove preceptores, cinco deles eram egressos do programa de pós-graduação e hoje atuam como preceptores. Eles refletiram sobre as repercussões de ser ex-residentes do mesmo programa como um efeito negativo, principalmente pela expectativa e cobrança que sentiam ao assumir o lugar da preceptoría, surgindo as reflexões seguintes:

"A residência acha que eu ser residente dela é um investimento em mim e, quando ela me prepara e eu assumo a preceptoría, eu sou obrigada a dar tudo que eu puder nessa residência" (E9).

"Psicologicamente é como eu me sinto, acuada. Eu sou ex-residente, eu preciso ser o melhor e também, como ex-residente, eu me sinto na obrigação de mostrar para os residentes no qual eu estou implicada em ensinar, em apoiar, de que eles podem dar o melhor de si e eu acho que esse é um ciclo vicioso" (E9).

"Como egressos do programa de residência, ao ver os mesmos problemas que vivemos acontecendo com os residentes, há uma tentativa de resolver para que eles não passem pelo mesmo sofrimento que já passamos e isso muitas vezes gera mais frustração" (E2).

"A maioria do corpo pedagógico saiu da residência, então, de certa forma, algumas coisas se confundem nesse papel. Eu acho que a questão do lidar, do se investir, do se importar" (E1).

A questão da falta de clareza nas atividades e delimitações de funções da preceptoría foi um tópico bastante comentado pelos participantes, sendo também um ponto de sobrecarga no trabalho e de desgaste emocional, podendo ser considerada uma demanda organizacional e quantitativa.

Ao mesmo tempo, os participantes apontaram que investir na definição das atribuições do preceptor poderia melhorar a qualidade de vida no trabalho e fizeram sugestões de divisão de tarefas com residentes e outros componentes das equipes, como estratégia para redução do estresse e da sobrecarga de trabalho. Os trechos seguintes trazem alguns desses apontamentos:

"O papel da preceptoría é uma das maiores demandas no trabalho. Muitas vezes o preceptor se sente responsável pelo serviço e assume funções que estão além do alcance e isso gera uma grande sobrecarga. É preciso rever esses papéis do preceptor e a energia gasta" (E2).

"Na falta da gerência, havia uma cobrança que a preceptoría resolvesse essa demanda (gerência), uma demanda que é de responsabilidade do município" (E2).

"Eu não consigo me ver nem como professora, nem como profissional" (E9).

"A teoria do que é dito da nossa função é muito diferente do que acontece na prática. Eles têm uma noção muito diferente da prática, e eu acho que o preceptor é visto muito mais como um organizador do serviço, do que como um professor, então eu acho que isso é

algo que a gente precisa realmente conversar” (E4).

“Dividir essas funções para que não fique muita sobrecarga para a preceptoria, para a gente estar mais no papel de orientação e de auxílio, ao lado deles, fazer com e não fazer por eles” (E1).

“Tem uma particularidade de ser multi também, então é multi e médica, então você tem duas residências, com duas complexidades, duas dimensões grandes. A gente não é preceptor só da nossa categoria, a gente é preceptor de todos, então não tem como eu dizer: ‘oh, eu vou parar de ser preceptor agora’, não existe isso” (E1).

Como demanda organizacional, os participantes relataram muitas inseguranças sobre os seus direitos como preceptores que se expressam de diversas formas na prática, como falha na regulamentação e falta de garantia financeira, que são citados nos trechos abaixo:

“Também não tem uma regulamentação do que é esse lugar da preceptoria. Tem do residente, tem do meu código de ética enquanto profissional, do meu sindicato, mas e o preceptor, ele fica em que lugar?” (E).

“Instabilidade também financeira, que a bolsa (para preceptoria) não é uma coisa regular, não é toda hora certinha, a gente já teve problemas” (E1).

“Esses controles que a coordenação (da residência) tenta fazer né, ‘ah, se você não entregar a lista de frequência, você não recebe a bolsa’. Mas minha bolsa está atrasada há três dias, e eles não dão uma satisfação. Que lugar é esse incoerente?” (E7).

“Eu tenho muita dificuldade porque eu acho que nós somos substituíveis, a gente está sendo descartado mesmo, não é nem substituído. Eu acho que a qualquer momento vai ter um residente que aceite trabalhar mais que eu, com menos dinheiro e que vai ser colocado no meu lugar” (E9).

Os participantes também apontaram, como demanda organizacional, dificuldades no processo de trabalho relacionado à residência, principalmente no que se refere às mudanças constantes que a presença do residente traz, com a rotatividade desses profissionais, e também de atividades, que vem pré-definidas pelo programa de pós-graduação, gerando uma sensação de não ter autonomia para planejar e executar as atividades pedagógicas. Essas percepções podem ser encontradas nas falas a seguir:

“Essas mudanças e esse processo de trabalho muito dinâmico é muito comum na APS e principalmente na preceptoria” (E3).

“Cada ano você faz um novo ciclo, com novos residentes e tudo se repete, parece até que você está vivendo um *dejavú*” (E7).

“São as mudanças constantes que a gente tem no nosso processo de trabalho e que, muitas vezes, se a gente se opõe ou se a gente diz ‘poxa, como assim?’, é como se a gente estivesse traindo a fundação (o programa de residência), então somos os rebeldes e os revoltados” (E1).

“Eu não tenho autonomia nenhuma sobre a agenda de trabalho hoje, não posso nem definir, nem sei se vai estar disponível a agenda de residência” (E7).

A relação desse programa de residência com a gestão municipal também se apresenta como um desafio para as demandas organizacionais, gerando muitas tensões no processo de trabalho das unidades de saúde que contemplam a residência. Parece haver uma maior cobrança e uma grande expectativa de que as unidades de residência funcionem como modelo

para o município palco desta pesquisa.

O fato de a instituição que provê a residência em questão neste trabalho não ter característica de instituição de ensino superior, mas sim de uma entidade ligada à administração pública pode ser um potencial de conflito político, o que é ressaltado nos trechos a seguir:

“Outra unidade que não tivesse residência, jamais aceitaria trabalhar nas condições que a gente tem continuamente trabalhado. Então eu acho que tem um agravante na situação que é a residência, não por ela nos forçar a trabalhar com menos material, mas porque ela tem uma visibilidade (política). A gente é muito visada e a gente quer sempre fazer mais e a gente acaba fazendo muito mais com pouco” (E9).

“A residência, por ser um contrato né, um consórcio, um convênio, existe uma relação dupla, tanto de submissão, como uma relação também de ter relações políticas, relações de poderes e de disputa. Ela se sujeita a alguns papéis, alguns lugares que é muito difícil estar, porque existe esse contrato e aí eu acho que existe muita disputa mesmo nesse lugar, é um lugar muito delicado, e acaba reverberando na gente que está na ponta, e aí a gente acaba sofrendo nesse processo” (E1).

Recursos do trabalho da preceptoría na APS

Durante as discussões com os participantes, muitas foram as dificuldades relatadas pelos preceptores, contudo eles também apontaram algumas sugestões e estratégias que costumam utilizar como recurso para o enfrentamento dos problemas no contexto do trabalho.

Os participantes apontaram, como recursos de desenvolvimento e organizacionais, questões de convivência, comunicação e capacitação como possíveis ferramentas para melhorar a relação com a instituição provedora do programa de residência, o que fica expresso nos trechos abaixo:

“Eu sinto falta de espaço de cuidado em relação à fundação, de ela ofertar um espaço de cuidado. Por que a fundação não tem? A gente nunca teve espaço de confraternização, nem no final do ano, em momento nenhum assim. Eles não lembram os nossos aniversários, eu não recebo um *e-mail* de parabéns, como assim? Nem um chocolate!” (E1).

“Eu acho que o que precisa melhorar são os espaços de convivência, da gente se sentir mais próximo, final de ano não tem uma mensagem de final de ano. Gente, isso não existe em lugar nenhum!” (E7).

Como recursos do desenvolvimento do trabalho, os participantes destacaram a importância de investir em momentos de capacitação e *feedback* sobre o trabalho realizado:

“A redução do turno de formação, era o único momento às vezes em que a gente enquanto trabalhadores da USF X nos encontrávamos e ainda além de ser no dia que vai ser o dia não presencial (turno de planejamento do preceptor), ainda é só metade do que era antes” (E4).

“Fazer uma semana de apresentação de preceptores e convocar os preceptores a apresentar algum trabalho, alguma experiência, alguma coisa. Eu acho que seria bem legal isso! E assim consolidar, seria bem legal, porque tem muita coisa, é muita vida, muita dinâmica, muita coisa que precisa ter oportunidade de a pessoa apresentar” (E6).

Outra proposta, bastante discutida pelos preceptores como uma estratégia para lidar com os desafios do trabalho da preceptoria, como um recurso social, foi a promoção de espaços coletivos, tanto de organização política para melhor discussão dos seus direitos e papéis como de fortalecimento da troca de saberes e apoio entre preceptores, como referidos nos trechos seguintes:

“É preciso criar espaços de mobilização e organização do coletivo de preceptores, pois há necessidade desse grupo de trabalhadores poder buscar seus direitos, avaliar quais as políticas que os contemplam, entender quais os papéis e dificuldades enfrentadas” (E6).

“Espaços de troca entre os preceptores são muito potentes, acredito que essa troca entre pares é muito energizante” (E7).

Os preceptores apontaram que espaços de troca entre colegas apresentam um efeito terapêutico e podem servir como um apoio diante dos problemas. Portanto, o investimento nesses espaços coletivos pode ser um recurso para a prática dos preceptores, como relatado a seguir:

“Quando há espaços de conversas entre os preceptores são muito terapêuticos, poder conversar com alguém que está passando os mesmos desafios e problemas é reconfortante, sinto-me acolhida” (E5).

“O próprio processo de falar sobre o problema é terapêutico e estar com pessoas que entendem as dificuldades que o preceptor passa deixa mais à vontade para falar e gera sentimento mais reconfortante” (E1).

“Quando havia mais espaços de encontro dos preceptores na residência conseguíamos nos apoiar mais e ter mais ferramentas. Dias de formação por exemplo, foram importantes para treinar habilidades de comunicação, trocar sobre situações complicadas de residentes” (E2).

Apesar de tantos desafios na prática da preceptoria, alguns relataram serem gratos pelo exercício desse trabalho, apontando a importância desse suporte pedagógico na formação de outros colegas. Esse aspecto demonstra um importante recurso pessoal no trabalho dos preceptores, diante de tantas demandas de trabalho. Alguns preceptores demonstraram essa gratidão, nos trechos a seguir:

“Me sinto grata de poder trabalhar na residência” (E8).

“A preceptoria tem um lugar muito diferenciado, eu acho. No trabalho em saúde, se a gente olhar, é muito difícil você caminhar sem a preceptoria. Ajuda muito você estar com o suporte que você precisa mesmo, tem decisões que você precisa tomar ali e agora, não vai ter outro momento” (E6).

DISCUSSÃO

O Programa de Residência, que fez parte do cenário desta pesquisa contempla dois programas que ocorrem de forma integrada, compartilhando todas as atividades e corpo pedagógico, sendo eles o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, coordenados por uma

instituição pública de direito privado, em nível estadual, com foco na saúde da família.

O programa segue as diretrizes nacionais de carga horária, com duração de dois anos, contemplando as categorias profissionais de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Medicina. O Projeto Político Pedagógico desse programa tem como objetivo geral propiciar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária e das Redes de Atenção à saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS.

Também se baseia em uma prática pedagógica pautada pela Educação Permanente em Saúde – entendendo que a inserção como trabalhador e a experiência nos serviços de saúde geram reflexões e aprendizados; e da Pedagogia Problematizadora, através da espiral construtivista de aprendizado, que prevê movimentos de identificação de problemas na realidade, formulação de explicações e questões de aprendizagem e uma nova síntese com a busca de informações e construção de novos significados. Dessa forma, devem trabalhar nos cenários de práticas todas as dimensões da produção do cuidado, como aspectos técnicos, afetivos, políticos, sociais e as competências de campo como gestão, educação e participação social.

Sobre as características dos participantes deste estudo, observa-se que a maioria trabalha há mais de cinco anos na APS, porém a vinculação com a USF atual é de cerca de um ano e meio. Estudo realizado na APS, em Montes Claros, Minas Gerais, relatou que 18 meses é o tempo médio de permanência dos profissionais das USFs, a partir da análise dos dados de 811 profissionais, do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em um período de 15 anos (de 2001 a 2016). No entanto esse estudo apresentou variações, como por exemplo, observou-se maior permanência dos profissionais de nível técnico do que de nível superior. Os principais motivos de desligamento do profissional das equipes do CNES foram transferência para outras unidades e término de contrato, inferindo que pode haver fatores internos, como insatisfação com o processo de trabalho das USF, ou externos, como política salarial e a dinâmica do mercado de trabalho de cada categoria profissional.¹⁷

Também foi possível perceber que a maioria dos profissionais tinha carga horária de 40 horas na USF, mas também tinham mais de um vínculo de trabalho. Outros estudos identificaram que os profissionais com maior carga horária nos serviços da APS, principalmente superior a 40 horas, e também aqueles que tinham outros vínculos de trabalho apresentaram maior percentual de desenvolvimento de Síndrome de Burnout (SB).^{18,19}

Sobre as demandas do trabalho, são considerados aspectos físicos, sociais ou organizacionais que requerem esforço físico ou mental e, portanto, têm repercussões fisiológicas

ou psicológicas no trabalhador. Altas demandas no trabalho exigem maior energia para alcançar os objetivos, sendo, para isso, necessárias estratégias para recuperar essas energias. Quando a recarga não é suficiente ou adequada, o trabalhador pode chegar à exaustão e ao adoecimento, levando a problemas de saúde como depressão, doenças cardiovasculares e queixas psicossomáticas.⁸

As atividades da preceptoria reúnem a complexidade do trabalho na APS e os desafios da educação nos serviços de saúde. Diante das demandas qualitativas e do sentimento de grande responsabilidade relatado pelos participantes, observa-se que o perfil do preceptor ideal contempla habilidades para além da técnica em saúde. Deseja-se que ele desenvolva competência pedagógica para auxiliar no processo de ensino aprendizagem dos residentes e que sirva de exemplo ético e na prática multiprofissional e integral. Além disso, espera-se, também, que tenha habilidade para uma boa comunicação.^{2,7}

Contudo, não há uma garantia de formação para os profissionais de saúde na função de preceptoria, o que gera insegurança e desconforto no desenvolvimento desse papel, como citado pelos participantes desta pesquisa. As instituições de ensino às quais são vinculados os programas de residência deveriam se responsabilizar por essa formação, principalmente voltada para o aprimoramento do papel de educador e para o incentivo da educação permanente nos serviços de saúde.²

Apesar de a literatura científica afirmar a importância da preceptoria para formação dos profissionais de saúde, o sentimento de desvalorização citado pelos entrevistados se expressa de diversas formas na prática. Remuneração insuficiente, necessidade de estudos e atualização frequentes, falta de investimento na formação do preceptor, pouco espaço para crescimento profissional e desenvolvimento na área acadêmica, baixa autonomia na participação da proposta pedagógica das instituições de ensino e condições de trabalho inadequadas são tópicos que aparecem em estudos e também nas falas dos participantes.^{4,7,20}

A relação com os residentes também se torna uma demanda qualitativa. Há estudos que indicam que os residentes apresentam tendência ao estresse ocupacional, com a presença de fatores de risco para desenvolver SB. Em geral, residentes são profissionais mais jovens, com menos tempo de atuação, comumente buscam a residência logo após a graduação. Além disso, a carga horária de 60 horas junto à dificuldade de conciliar a prática com o aprendizado teórico demonstram ser fatores estressores.^{21,22}

Esses tópicos se somam às dificuldades comuns do trabalho na APS. Estudos avaliaram que a presença dos estudantes nos serviços, por serem propulsoras de mudanças e qualificação da prática, a partir da educação permanente, podem evidenciar maiores conflitos e resistências nas equipes de saúde.^{4,7,20}

Espera-se que a preceptoria estabeleça uma boa relação com o residente, a fim de proporcionar uma aprendizagem respeitosa, efetiva e horizontal, pautada na pedagogia para adultos, visando não só ao desenvolvimento técnico, mas também de habilidades e atitudes desses futuros profissionais.^{4,23,24} Na prática, ser suporte psicológico e mediador de conflitos na relação com os residentes e colocar o preceptor diante de diversas situações desafiadoras pode ser uma grande demanda, o torna relevante pensar-se em estratégias de apoio educacional e psicológico para esse profissional.

No que tange à sobrecarga de trabalho que aparece como uma demanda quantitativa e organizacional, o fato de não haver uma consolidação desse papel de preceptor parece abrir brechas para que esses profissionais acumulem diversas funções, como assumir demandas tanto da assistência como do ensino, além de administrativas, o que faz com que, muitas vezes, eles se dediquem a fazer tudo para não comprometer nem o serviço, nem o aprendizado dos residentes.^{7,20,21}

A definição das atividades e atribuições do preceptor são variáveis e parecem se adequar às necessidades de cada programa de residência. Essa sobrecarga, por exemplo, parece ser potencializada em programas de residência multiprofissionais, por assumir a heterogeneidade entre as categorias profissionais.⁷ Nesse mesmo sentido, outras pesquisas defendem que práticas colaborativas e valorização do trabalho em equipe são estratégias importantes da saúde da família, com repercussões tanto na melhoria do acesso e qualidade da assistência prestada aos usuários quanto na maior satisfação dos profissionais com o trabalho.²⁵

Sobre a insegurança de direitos de preceptores, não há uma legislação nacional que oriente a remuneração por esse trabalho. Muitas vezes o profissional recebe o estudante de forma voluntária, como parte das suas atividades, por entender que o SUS é um campo de ensino para os futuros profissionais. Além disso, também não há garantia de carga horária para participar de atividades teóricas, planejamento pedagógico ou de formações que apoiem o desenvolvimento dessa função.^{4,20} Essas incertezas de direitos podem gerar disputas com as instituições e, somadas à precarização que já ocorre no trabalho da APS, são potenciais fontes de sofrimento psíquico desses profissionais.²¹

Também foi apontada pelos participantes uma dificuldade na interação do preceptor com as instituições de ensino provedoras da residência, o que corrobora o que afirma a literatura, em que é demonstrado que nem sempre as instituições incentivam os profissionais de campo de prática a se envolverem com as atividades acadêmicas, participarem de eventos científicos, do planejamento das ações pedagógicas ou da construção do projeto político pedagógico das residências em saúde.^{4,20}

Estudos demonstram que o bom desenvolvimento da preceptoria envolve o preceptor, o

estudante e a instituição de ensino. A falta de clareza no papel de cada um ou a falha na comunicação com a instituição podem comprometer muito a inserção dos estudantes nas equipes e prejudicar o desempenho da preceptoría. Também é fundamental que haja trocas de saberes entre as instituições de ensino e os serviços, com tomada de decisões compartilhadas, para que os serviços de saúde não sejam tratados como um mero campo de prática, e sim como locais de produção de cuidado e conhecimento no mundo real, conectados com as necessidades de saúde da população.⁴

No programa de residência contemplado neste trabalho há algumas particularidades, pelo fato de a provedora não ser uma instituição de ensino e propor um programa integrado de residência médica e multiprofissional com forte cunho político na formação dos profissionais. Apesar de essas características serem pontos fortes dos programas, podem ser fatores que contribuem para uma maior sobrecarga dos profissionais, sendo estratégico pensar em ações ou recursos que minimizem esses danos.

Os recursos de trabalho são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que são capazes de trazer funcionalidade para atingir os objetivos do trabalho, reduzir as demandas do trabalho ou estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento. Quando presentes, os recursos ajudam no equilíbrio para a execução das demandas, com papel motivacional, não só para alcance de metas e produtividade, mas também para atender as necessidades humanas de autonomia, relações e desenvolvimento de competências. Porém, se ausentes, os recursos podem comprometer o alcance dos objetivos e levar a comportamentos de desligamento ou desmotivação até como estratégia de proteção para evitar o esgotamento.⁸

Como um recurso de desenvolvimento do trabalho, percebe-se que é necessário um investimento na integração entre ensino e serviço, de modo a aprimorar os profissionais para a prática da preceptoría e potencializar a qualificação dos serviços de saúde. Em uma revisão integrativa sobre a formação de preceptores para residências em saúde, foram constatadas diferentes formas de incentivar e valorizar o preceptor, como uso de recursos digitais para educação *on-line*, promoção de módulos, oficinas ou eventos, manuais ou listas de leitura, acesso à informação, como bibliotecas, e momentos de auto avaliação e *feedback*. O estudo destaca que profissionais que são contemplados com essas iniciativas conseguem refletir criticamente sobre o processo de trabalho, com ampliação do olhar para os problemas e maior satisfação com suas atividades.²⁶

Foram citados como recursos do trabalho da preceptoría questões de convivência, comunicação e capacitação como possíveis ferramentas para melhorar essa relação, o que corrobora estudos que demonstram que o engajamento no trabalho requer o investimento nos aspectos positivos e motivacionais que levam à realização profissional, entre eles o bem-estar e

a identificação com o processo de trabalho.²⁷

Diante das inseguranças e falta de clareza das suas atribuições, também foi sugerida pelos participantes a organização dos preceptores em coletivos de interesses comuns. Em pesquisa com docentes de instituições de ensino superior, evidenciou-se que uma das estratégias de enfrentamento à precarização social do trabalho é a organização dos trabalhadores em coletivos como caminho para melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.²⁸

No campo da preceptoria, há um Fórum Nacional de Tutores e Preceptores em Saúde, que defende pautas concordantes com o expresso pelos participantes, como regulamentar as atividades docentes nos serviços e suas diferentes atribuições, incentivar à formação e participação no fórum, definir número de residentes por docente, criar bases de remuneração, planos de cargos, carreiras e salários, estrutura mínima para o exercício da função etc.²⁹

Contudo o principal espaço para discussão sobre os programas de residência, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), desde 2019, não está atuante, o que causa um impacto na qualificação dos programas e prejudica as articulações políticas.³⁰ No campo da residência médica, as organizações de preceptores são pulverizadas por especialidades, não havendo uma mobilização nacional dos preceptores em MFC. Dessa forma, as reflexões dos participantes são pertinentes, visto que há muito a se avançar nessa construção política da preceptoria.

Além disso, esses coletivos podem ser também espaços de trocas de experiências, acolhimento e escuta do sofrimento desses profissionais. Em uma revisão de literatura, foi identificado que o uso de intervenções grupais diante da SB em docentes pode ser benéfico e ter efeitos preventivos no estresse ocupacional, na medida em que promovem uma maior conscientização da realidade do trabalho e a identificação de maior apoio social a partir da troca de experiências e da busca de soluções e mudanças.³¹

Os participantes deste estudo demonstraram gratidão pelo trabalho desenvolvido. Sentir-se realizado e grato pela atividade que desempenha pode ser considerado um importante recurso pessoal no trabalho dos preceptores. A gratidão é considerada o reconhecimento por se obter um resultado positivo a partir de outra pessoa que agiu de forma intencional e valiosa para quem recebeu a ação. Expressar a gratidão exige posicionamento ativo e demonstra impacto importante na satisfação momentânea, com efeitos duradouros para os praticantes.³²

Um estudo transversal com preceptores do Brasil e da Espanha avaliou que, apesar das dificuldades na prática, a maioria dos preceptores se sentiam motivados com essa atividade e que pretendiam continuar na preceptoria por mais dois anos. Além disso, entre os programas com maior índice de motivação, estavam as residências de Medicina de Família e Comunidade.

Entre os fatores de motivação desses profissionais, verificou-se a boa relação com os residentes e a contribuição dos estudantes para a qualidade do serviço. No ambiente da APS, devido aos programas públicos de incentivo à formação, a remuneração adicional também aparece como um fator motivador.²⁰

CONCLUSÃO

Neste trabalho, foi possível problematizar as percepções dos preceptores de uma residência médica e de uma multiprofissional em saúde da família sobre os desafios que essas atividades lhes impõem. Eles passam por dificuldades variadas, tais como: demandas qualitativas, na autocobrança pela grande responsabilidade de desempenhar esse papel; na relação com os residentes, muitas vezes sendo mediadores de conflitos e rede de apoio para os residentes; e organizacionais, como as nuances com a gestão municipal, as instituições de ensino e a disputa pelos direitos trabalhistas. Também se referiram a recursos do trabalho e apontaram sugestões para sua qualificação, como necessidade de maior investimento em ações de valorização e formação do profissional. Descreveram recursos organizacionais e de desenvolvimento do trabalho e a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável, com espaços de troca entre preceptores, como importantes recursos sociais. Além disso, apontaram a gratidão pela participação na formação dos profissionais como um recurso pessoal.

Percebe-se uma sobreposição de funções de educador e assistente na preceptoria, que é muito potente para a formação dos profissionais a partir da realidade dos serviços de saúde. Porém parece haver também um acúmulo de demandas dessas duas interfaces maior do que os recursos disponíveis, o que pode contribuir para o estresse ocupacional, tão comum entre essas duas áreas. Assim há necessidade de se pensar nos recursos que podem apoiar esses profissionais, como a garantia dos direitos, programas de valorização, redes de apoio à saúde do trabalhador ou atendimento às necessidades psicoeducacionais.

Destaca-se a necessidade de regulamentação de alguns pontos do exercício da preceptoria, como clareza na definição de atribuições para evitar sobrecarga, garantia de remuneração, proteção de carga horária para atividades pedagógicas e investimento na formação desses profissionais, principalmente no campo da educação. Esses podem ser recursos importantes para a manutenção dessa atividade profissional, que, por si só, já acumula demandas de duas grandes áreas de trabalho, a saúde e a educação. As contribuições dos profissionais que estão nos campos de prática, desempenhando diversas funções em uma importante integração entre ensino e serviço, devem ser valorizadas na consolidação dos programas de residência.

Enquanto essas intervenções ainda são incipientes, como sujeitos ativos na prática do SUS, muitos preceptores acabam usando a criatividade para o enfrentamento dos desafios que encontram na prática. Seria potente pensar em mais espaços de trocas entre esses profissionais, valorizando as suas práticas e disseminando as experiências exitosas, além do potencial terapêutico que tais espaços podem ter, colaborando para uma rede de apoio entre esses profissionais. As próprias reuniões dos grupos, neste trabalho, puderam contribuir como espaço de escuta, reflexão e apoio entre preceptores do mesmo programa. Além disso, a parceria entre os serviços de saúde e as instituições de ensino são uma aposta de investimento em educação permanente que pode ser capaz de impulsionar transformações não só nos serviços assistenciais, mas também em intervenções que promovam o engajamento dos próprios profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Steinbach M. A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço [Dissertação na Internet]. Florianópolis: Mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; 2015 [acesso em 2020 jan. 17]. 78 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/157306>
2. Souza SV, Ferreira BJ. Preceptoria: perspectivas e desafios na residência multiprofissional em saúde. ABCS health sci [Internet]. 2019 [acesso 2021 mai. 17]; 44 (1): 15-21. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995006>
3. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC. Manual de orientações: recomendações para a qualidade dos programas de residência em medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC [Internet]; 2020 [acesso em 2021 mai. 25]. 18 p. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>
4. Girotto LC. Preceptores do sistema único de saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde [Dissertação na Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016 [acesso em 2020 jul. 22]. 120 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-06122016-110709/pt-br.php>
5. Brasil – Ministério da Educação, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em profissional de saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 abr. 16 [acesso em 2019 jun. 10]; 73 (Seção I): 24-25. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192
6. Brasil - Ministério da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em medicina geral de família e comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jun. 10]; 98, (Seção 1): 11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-

- res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192
7. Autonomo FROM, Hortale VA, Santos GB, Botti SHO. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. *Rev bras educ méd* [Internet]. 2012 jun. [acesso em 2021 out. 18]; 39 (2): 316-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/?lang=pt#>
 8. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the job demands-resources model: implications for improving work and health. In: Bauer GF, Hammig O, organizadores. *Bridging occupational, organizational and public health: a transdisciplinary approach*. Holanda: Springer Science; 2014. p. 43-68.
 9. Schaufeli, WB. Applying the job demands-resources model: a 'how to' guide to increase work engagement and prevent burnout. *Organizational Dynamics* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jun. 10]; 46: 120-32. Disponível em: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/476.pdf>
 10. Vazquez ACS, Santos AS, Costa PV, Freitas CPP, Witte H, Schaufeli WB. Trabalho e bem-estar: evidências da relação entre burnout e satisfação de vida. *Aval Psicol* [Internet]. 2019 dez. [acesso em 2021 jan. 27]; 18 (4): 372-81. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712019000400006
 11. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994. p. 152.
 12. Cortes LF, Padoin SMM, Berbel NAN. Metodologia da problematização e pesquisa convergente assistencial: proposta de práxis em pesquisa. *Rev bras enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jun. 20]; 71(2): 440-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B7jzNwBwkj8H4ZfN5qtKMJG/?lang=pt&format=pdf>
 13. Trentini M, Paim L. O processo Convergente Assistencial. In: Trentini M, Paim L, Silva DMGV, organizadores. *PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 31-62.
 14. OMS - Organização Mundial de Saúde, OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo corona vírus)* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 jun. 27]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico
 15. Freitas M, Pereira ER. O diário de campo e suas possibilidades. *Quad psicol* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 ago. 23]; 20(3): 235-44. Disponível em: <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n3-freitas-pereira>
 16. Minayo MCS, Deslandes SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 108.
 17. Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DPG, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 abr. 17]; 23(2): 180-5. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948110>
 18. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab Educ saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 nov. 20]; 16(1): 283-304. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/yRhYHC8bJNhGzfLm3tmwfmJ/abstract/?lang=pt>
 19. Silva SCPC, et al. A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 mai. 15];

- 20(10): 3011-20. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/tMHPSfqgYFQPPDdqKqQrw6b/abstract/?lang=pt>
20. Aguiar, AC. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis. In: Aguiar, AC, organizadora. Preceptoría em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017. p. 207.
21. Silveira L, Bez CN, Gonçalves Junior E, Peiter CC, Fabrizio GC, Santos JLG. Síndrome de burnout em preceptores e residentes vinculados a programas de residência em saúde da família. *Cogitare enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 mai. 15]; 25: 13p.
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67248>
22. Da Silva RMB, Moreira SNT. Estresse e residência multiprofissional em saúde: compreendendo significados no processo de formação. *Rev bras educ méd*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jan 22]; 43(4): 157-66. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/xdRBHKycxFSV3jtFMDZYhxS/?lang=pt>
23. Ribeiro KRB, Prado ML, Backes VMS, Mendes NPN, Mororó DDS. Ensino nas residências em saúde: conhecimento dos preceptores sob análise de Shulman. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2020 [acesso 2021 abr. 20]; 73(4): 9p. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/8QS5nvdnMyz4Vjn47H5k9jQ/?lang=pt>
24. Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 mai. 15]; 22: 1635-46. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>
25. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jun. 15]; 22: 1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
26. Vazquez ACS, Ferreira MC, Mendonça H. Avanços na psicologia positiva: bem-estar, engajamento e redesenho no trabalho. *Aval Psicol* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 mar. 17]; 18(4): 343-51. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/avp/article/view/18859>
27. Fonseca JP, Macedo E, Machado CC, Caregnato RCA. Training of precepts in the multiprofessional or uniprofessional residence in the health area: an integrative review. *RSD* [Internet]. 2020 jul. [acesso em 2021 jul. 27]; 9(8): 31p. Disponível em:
<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6299>
28. Souza KR, et al. Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 abr. 22]; 45(4): 9p. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/PLHTsn77WQmvJbKmStLmWPv/?lang=pt>
29. Ceccim RB, Meneses LBA, Meneses JR, Alvarenga JPO. Preceptoría e tutoría: ação docente nas residências em saúde. In: Ceccim et al., organizadores. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 113-23.
30. Rede Unida. Manifesto: Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde. X Encontro Nacional de Residências em Saúde [Internet]. 2020 nov. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/manifesto-movimento-nacional-em-defesa-das-residen/>
31. Silva MP, Bernardo MH, Souza HA. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul. 20]; 41: 23. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/yc6YRxM95vWD4mK8rthm6Pk/abstract/?lang=pt>

32. Robles RR. Psicologia Positiva: avaliação de um modelo intra empreendedor de educação para o bem-estar [Dissertação na Internet]. São Paulo: Mestrado da Universidade de São Paulo; 2018. p. 157. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12142/tde-20122018-125334/pt-br.php>