

Preceptoría de território: novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família.

Rosani Pagani y Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

Cita:

Rosani Pagani y Luiz Odorico Monteiro de Andrade (2008). *Preceptoría de território: novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/11>

PRECEPTORIA DE TERRITÓRIO: NOVAS PRÁTICAS E SABERES NA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosani Pagani

Preceptora de Território da Secretaria de Saúde de Fortaleza

rosanip@gmail.com

Co-autor: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Secretário de Saúde da Secretaria de Saúde de Fortaleza

odorico@sobral.ce.gov.br

Introdução

A motivação em realizar esta pesquisa surgiu da necessidade de compreender melhor o que era a preceptoria de território. O que significava ser preceptor? O que era território? Como era trabalhar com a educação permanente em saúde?. Necessitava, pois, conhecer e sistematizar esta nova função, saber como foi criada, como se desenvolveu. O passo seguinte seria contribuir para o seu devido exercício. Assim foi desenvolvido a pesquisa através da dissertação de mestrado.

Num gesto de ousadia, em 1999, foi criado a preceptoria de território que nasceu junto com a criação da primeira Residência multiprofissional em Saúde da Família. A proposta foi posta em pratica dentro de um ideal então considerado como a melhor maneira de formar/capacitar profissionais para atuar no saúde da família, pois esta era uma experiência pioneira.

A preceptoria de território surge dentro de uma proposta educativa, com a residência e com a criação de um sistema municipal de saúde escola de Sobral.

A criação da Residência em Saúde da Família originou-se, da necessidade do serviço, de capacitar/formar os profissionais e demais membros das equipes do saúde da família para implementação de todas as ações previstas na Estratégia Saúde da Família (ESF), além de definir o perfil profissional desejado para estes profissionais (Sabóia, 2004). O preceptor de território seria o profissional responsável pelo processo de educação permanente e educação popular nos territórios do saúde da família.

O preceptor de território surge no território de Sobral e atualmente esta sendo implantado em Fortaleza. Sobral situado na região nordeste do Brasil, tem uma população de aproximadamente 170.835 habitantes, além da sede, está constituído por onze distritos, com uma área territorial de 1.729 km², com 27 centros de saúde da família.

Sobral implantou, em 2001, um novo modelo de gestão - a co-gestao de coletivo, proposto por Campos (Campos, 2000: p.23,67,68), que tem como dispositivo o método da

roda. Sendo o seu objetivo promover a autonomia das pessoas/grupos. Pretende construir a democracia institucional, a descentralização de poder, criando espaços de participação dos profissionais e dos usuários no processo de trabalho e de gestão.

Este novo modelo de gestão contribuiu para o fortalecimento do modelo de atenção de Sobral, que desde 1997, vem trabalhando com o a ESF sendo esta uma estratégia para a efetivação do SUS, que propõe a organização dos serviços de atenção à saúde, seguindo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, e equidade, além dos princípios organizativos: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação popular. Dentre as atribuições do preceptor de território, estava o de cuidar para que este modelo de gestão (co-gestao de coletivos) e o modelo de atenção (ESF) fosse efetivado no sistema municipal de saúde escola de Sobral.

Os aspectos conceituais que embasam esta nova função, a da preceptoria de território, são fundamentalmente a de território, Estratégia Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde.

Na saúde existia um grande desafio: formar e capacitar os profissionais do saúde da família para atuarem de acordo com os princípios da ESF, com a finalidade de reorganizar o serviço de saúde, transformar o processo de trabalho e obter a melhoria da qualidade dos serviços, com equidade no cuidado. Deveriam, pois, trabalhar sob uma nova ótica na educação, onde o espaço de formação fosse, prioritariamente, o local de trabalho, ou seja, optou-se, assim, pela educação permanente.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (Brasil, 2004: p.9)

Conforme proposto, o processo de aprendizagem deve partir da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Para isto, é preciso problematizar as situações e trabalhar a partir da aprendizagem significativa. É uma educação no trabalho, e tem como finalidade garantir a atenção à saúde de qualidade, voltada para as necessidades dos serviços, da equipe, da população, e não somente das carências individuais de qualificação e atualização.

O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões, a exemplo das questões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos/pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um e, no nosso contexto, como cada um pensa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente.

De acordo com a educação permanente sugerida pelo Ministério da Saúde, os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem estar voltados para as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, intensificando as transformações das práticas dos profissionais e da organização do trabalho.

No modelo tradicional, os profissionais têm uma formação acadêmica baseada no atendimento individual, centrado nos aspectos biológicos, com intervenção realizada isoladamente e não em equipe. Hoje, porém, a exigência é de uma atuação ampla dos profissionais, os quais devem trabalhar em equipes multiprofissionais, com ações integradas, em coletivos. Trabalhando com a epidemiologia, a vigilância sanitária, a ambiental, com uma atenção integral do ser humano, levando em consideração não só o biológico, mas o cultural, o social, econômico, o familiar. Isto exigiu transformar, imediatamente, a formação e a atuação dos trabalhadores.

“Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção de agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializados. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento da expertise” (Ceccim. Set2004/Fev2005; p. 161).

Para atuar neste novo modelo, é fundamental criar estratégias diferentes de formação, que não sejam apenas especializações, cursos e capacitações isoladas, mas, sim, estratégias descentralizadas, no próprio local de trabalho, destinadas a promover mudanças nas práticas de saúde. Nestas práticas, privilegia-se o desenvolvimento profissional e institucional, envolvendo os diversos atores dos serviços de saúde: da gestão, da atenção, da formação, do controle social. Quando analisamos um problema, podemos perceber sua singularidade, sua complexidade, seus aspectos subjetivos, o sentido e o significado no local onde ele ocorre. É necessário, então, uma intervenção articulada.

Desde 1999, Sobral vem trabalhando com a educação permanente por meio da preceptoria de território, utilizando o modelo da tenda invertida¹ na formação dos profissionais e das equipes de saúde. Trabalhando para a superação dos modelos de formação e dos modelos tradicionais de atuação na saúde.

Com vistas a propiciar que os profissionais do SUS sejam capazes de pensar, sentir, querer, agir, ser criativos e autônomos no seu processo de vida, no seu trabalho, devemos trabalhar com a reflexão crítica na educação.

O preceptor de território seria o profissional responsável pelo processo de educação permanente e educação popular nos territórios do saúde da família. E para isto precisava se apropriar do território, compreender o que significava atuar com responsabilidade sanitária no território, o que diferenciava da atuação em uma Unidade básica de Saúde.

Trabalhamos com o conceito de território compreendido para além dos aspectos

¹ No modelo da tenda invertida, o lócus e o momento de formação do profissional passam a ser, a unidade de saúde e a comunidade onde a equipe do PSF atua. O mestre ou preceptor é que se desloca para o local de trabalho do residente, onde estão o território e a população, e, com eles, os problemas de saúde do cotidiano. As unidades de saúde, originalmente espaços de assistência, se transformam em local e fontes privilegiadas de construção de saberes no campo da atenção e gestão da saúde. O pensar e o fazer saúde, nesse contexto, implicariam uma nova lógica e organização do processo de trabalho, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação (Andrade. 2004; p. 143)

geográficos, formado por um conjunto físico, natural ou artificial, ou seja, por suas técnicas e práticas sociais, políticas, onde em cada época surgem novas informações, transformações, modernizações. Sendo dinâmico, vivo, em constante movimento, com suas redes de relações, redes sociais, seus lugares com características próprias, com técnicas específicas. “Território como espaço produtor de solidariedade” (Santos. 2002; p.33, 82, 84).

Falar de território é realizar uma discussão mais política, mais ampla, sobre as necessidades, o planejamento e as ações a serem desenvolvidas. Discutir lugar é promover uma discussão mais social, compreendendo qual o sentido e o significado daquele lugar, o vínculo afetivo das pessoas, a maneira como se apropriaram do seu espaço. Já o espaço é tudo o que é desconhecido para as pessoas, o que não é dominado, não foi ainda apropriado. O espaço irá se transformar em lugar a partir do momento que este passe a ter sentido e significado, quando as pessoas começarem a se apropriar como sendo seu, relacionando-se, identificando-se, com referências objetivas e subjetivas, construindo sua história, suas relações sociais. Ao discutir sobre território, Brandão.

Enfatiza estas diferenciações e assim se pronuncia:

“A identificação com o lugar é uma marca da apropriação do espaço e, por conseguinte, da própria identidade de lugar, pois constitui um dos dois processos básicos de apropriação, sendo que o outro é a ação-transformação. Esta última tem a ver com a própria práxis dos sujeitos que modificam o mundo objetivo e transformam o espaço vazio em lugar dotado de sentido, inscrevendo nele a sua marca subjetiva e transformadora (...) Ao agir sobre os espaços os sujeitos desenvolvem relações comunicativas entre si (...) Desta forma, o lugar passa a ser não apenas um produto de sua ação transformadora, mas, também, torna-se um valor, ao qual os sujeitos ligam-se afetivamente”(Brandão. 2000; p.152).

O setor da saúde ainda ensaia os primeiros passos nestas discussões. Mas para dominá-las é preciso compreender a importância de conhecer o território, a maneira como este território é usado, o significado do lugar com suas representações simbólicas e subjetivas, o espaço e as técnicas utilizadas para sua (re)estruturação, o modo de amar e de viver das pessoas.

Esta reflexão é indispensável, particularmente ante a priorização da ESF como estruturante do sistema de saúde, no qual a ação central é a atuação das equipes de saúde nos territórios delimitados, principalmente por meio de visitas domiciliares, entre outras ações. Ou seja, estas equipes saem do espaço físico da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), dos consultórios, vão para o território, e conhecem as famílias, sua realidade, seus costumes, seu modo de vida, suas dificuldades, suas possibilidades e suas potencialidades.

Os profissionais passam a trabalhar com a população, e nesse trabalho conjunto tentam encontrar saídas mediante troca de saberes e conhecimentos.

Portanto, via territorialização, a saúde vem se aproximando da discussão sobre território, e a partir deste analisa a distribuição dos equipamentos, dos serviços de saúde, os dados epidemiológicos, número de doentes, equipes de saúde, remédios. Falta-lhe, porém, analisar o território em seus aspectos mais amplos, isto é, as questões sociais, educacionais, políticas e culturais. É preciso, pois, se identificar o espaço de encontro entre as pessoas, suas redes de relações, de ajuda, as formas de solidariedade, lazer, sua história singular e, ao mesmo tempo, compreender qual o vínculo que as pessoas têm com os serviços de saúde,

com a UBSF. Isto pressupõe entender a maneira como é usado este território e como as pessoas caminham nele.

Segundo proposto por Souza o território deve ser uma categoria de análise social: Todos devem estar sempre atentos ao uso do território, o que acontece lá, compreendendo sua dinâmica sócio-espacial, sua história lá onde ela ocorre. (Souza. 2004; p.57-77).

Nas discussões da autora, território é sempre espaço e tempo; hoje o tempo é mais rápido, veloz que antigamente, em virtude do avanço das tecnologias, das telecomunicações, das ciências. Ao mudar e transformar o espaço a cada momento, criam-se as estratégias de sobrevivência e constroem-se novas resistências.

Ainda conforme Souza, as pessoas não precisam mais sair de sua comunidade, de sua casa ou cidade para adquirir informações, para se atualizarem. Hoje as informações chegam de forma instantânea, no local onde cada pessoa se encontra, através da televisão, da internet, do celular. É a denominada relação de lugar/mundo em tempo real.

Então, esse mundo hoje faz com que global e local se interajam e este, especialmente no futuro, será mais importante que aquele. O poder local vai se tornando cada vez mais importante do que o poder nacional. Este dependerá cada vez mais daquele. Ou seja, a base se insinua, no período popular, como sujeito, enfim, da história (...) Assim sendo, as coisas da política tenderão a ser mais locais, porque é nos lugares que as coisas da vida se passam e realmente acontecem (Souza. 2004; p.57).

Surge assim, a preceptoria de território para se trabalhar com o local e o global no sistema de saúde. Este profissional não existia nem nas residências médicas nem nos serviços de saúde. Criada em 1999, para atuar na Estratégia Saúde da Família, sob a denominação de preceptor de serviço (Unidade). Em 2000 passa a ser chamado de preceptor de área e em 2002, preceptor de território.

Todavia, a mudança do termo na preceptoria não está relacionada somente ao nome mas também à sua atuação, ao seu papel. Inicialmente, a vivencia pratica, estava muito voltada para a função de apoiador da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, depois, mais próxima de apoiador institucional das equipes de saúde. Atualmente trabalha, fundamentalmente com o processo educativo, para as mudanças no campo das práticas de saúde, na organização do serviço, na formação dos membros da equipe de saúde e dos residentes para atuarem na ESF, nos territórios. O preceptor deve ser, portanto, um educador em todos os espaços da sua atividade.

A preceptoria de território foi formada por um grupo de diferentes áreas do conhecimento (medicina (2), enfermagem (4), serviço social (1), psicologia (2) e da odontologia (1). Destes, seis tinha especialização, três, mestrado e um, graduação, no total de dez preceptores. A princípio atuaram diretamente no território, ainda sem total clareza do seu fazer, mas se construindo ao longo da sua vivência.

Segundo Sales e Pagani a educação que se pretende com o trabalho da preceptoria de território, seguramente, está na perspectiva de aprofundamento das culturas, (os modos de sentir, pensar, querer, agir, sonhar, lutar...) das pessoas que trabalham ou que freqüentam as UBSF, o sistema de saúde.

Para assegurar a eficácia de sua atuação, além da clareza com relação aos objetivos do seu trabalho e modo educativo de implementá-lo, os preceptores de território tentam conhecer bem a realidade epidemiológica, social, cultural e política do seu Território e procuram estar sempre próximos da equipe no seu trabalho no campo da Saúde, bem como no que diz respeito à organização dos serviços. (Sales & Pagani. 2004; p. 41-46)

Na vivência concreta da teoria e metodologia de educação popular e de gestão democrática, tenta-se, na prática da preceptoria de território, vivenciar uma pedagogia que se pretende orgânica, participativa, possível e prazerosa na produção, organização, sistematização de saberes sobre promoção e restauração de saúde e sobre gestão do Território e do sistema de saúde.

Como uma função nova, a preceptoria representa uma prática inovadora de educação permanente para a ESF e para o SUS. Portanto, deverá possibilitar o crescimento institucional, profissional e pessoal dos profissionais do Sistema Único de Saúde.

Esta pesquisa teve como objetivos analisar a implantação e a atuação da preceptoria de território desenvolvida no âmbito do sistema municipal de saúde de Sobral. Descrever o processo de trabalho dos preceptores de território da EFSFVS, identificar as competências do preceptor de território da EFSFVS e descrever, por meio da preceptoria de território, o processo de educação permanente desenvolvido nos territórios do Sistema Municipal de Saúde de Sobral.

Para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa consideramos pertinente realizar uma pesquisa exploratória do tipo estudo de caso com uma abordagem qualitativa.

O cenário da pesquisa foi o município de Sobral, especificamente a EFSFVS. Este município foi quem pioneiramente percebeu a necessidade de uma escola para a formação permanente dos profissionais da rede de atenção à saúde e, ao entendê-la, a viabilizou. Portanto, o lócus primário desta investigação foi a EFSFVS.

Considerando o contexto do saúde da família, a Residência em Saúde da Família de Sobral, identificamos para esta pesquisa os atores sociais que vivenciaram o processo da preceptoria de território. São eles: os 2 diretores da EFSFVS, os 10 preceptores de território, os 7 residentes das turmas III e 16 da turma IV, os egressos do curso de especialização com caráter de residência, sendo 7 das turmas I e 9 da turma II e os gerentes das UBSF que tinham preceptores de território no período da pesquisa.

A pesquisa iniciou-se em 2003 e foi concluída em 2006, enquanto a coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2004.

Considerando os objetivos a alcançar e as especificidades dos atores sociais do estudo, decidiu-se por três instrumentos: a entrevista individual (livre a partir de quatro perguntas geradoras), o questionário (composto por cinco questões abertas) e o grupo focal (duas perguntas norteadoras).

Após a coleta de todos os dados, foram realizadas as transcrições na íntegra do material das entrevistas e do grupo focal e analisado os questionários e num segundo momento organizados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre F. Lefèvre, 2003; p. 16)

Após organizar os dados por meio do DSC de cada grupo, foi realizada análise e interpretação do material.

Resultados

Os resultados foram delineados em três momentos: primeiramente foram abordados a criação e o desenvolvimento da função do preceptor de território; no segundo, momento discutido a atuação e a função do preceptor de território e suas competências; e no terceiro, a avaliação e o acompanhamento dos residentes e especialistas pelo preceptor de território.

Ao analisar a criação e o desenvolvimento da função do preceptor de território, percebe-se que este surgiu com a criação da residência e esta com a mudança no modelo de saúde da atenção básica de Sobral. Todavia, não houve uma preparação prévia para a atuação do preceptor de território, sendo ele no início um pouco de tudo (apoiador, supervisor, educador).

“O preceptor de território surgiu com a criação da residência e a residência surgiu com a necessidade do serviço. Este nasceu realmente dentro do serviço, não em sala de aula. Nasceu dentro da UBSF com o nome de preceptor de serviço, depois de território” (DSC, entrevistas/diretores da EFSFVS).

Estes profissionais começaram a atuar diretamente nos serviços de saúde, embora sem muita clareza da sua função, sem um modelo ou um referencial a ser seguido, pois não existia tinha que ser construído. Portanto, forão construindo na vivência prática, refletindo o seu fazer, quando, constantemente, discutiam e rediscutiam sua atuação. Isto foi considerado positivo, pois permitiu uma diversidade na atuação, e propiciou o descobrimento de diversas maneiras de trabalhar. Desse modo, seu papel foi sendo construído com base em erros e acertos.

O preceptor de território foi formado por um grupo de diferentes profissões, com diferentes experiências, acumulações, atuando dentro do que sabia, do que acreditava, pois a função do preceptor de território não era clara, estava sendo construída. Isto foi positivo, pois acumulou diferentes experiências, sendo ele no início um pouco de tudo (apoiador, supervisor, educador). (DSC, entrevistas/diretores da EFSFVS)

Ao analisarmos, em 2004, a **atuação e a função** do preceptor de território, podemos observar diversas percepções, algumas complementares e outras divergentes:

Há os que percebem que o preceptor começou a atuar junto à equipe de saúde e ampliou esta atuação ao se aproximar mais dos residentes, da residência; para outros, porém, ele se afastou um pouco dos processos de trabalho dos territórios e se aproximou mais da residência ao longo da sua atuação.

“O preceptor de território trabalha muito com as equipes de saúde da família, atuando diretamente nas reuniões de roda das UBSF (espaço que ajudou na sua construção e consolidação) e no processo de trabalho da equipe.

“(…)Inicialmente a residência tinha muitos professores de fora, mas atualmente o preceptor de território esta dando conta de trabalhar todos os temas relacionados à saúde coletiva, aproximando realmente o estudo da

prática, e está cuidando mais dos residentes.”. (DSC, entrevista/diretor1 da EFSFVS).

“O preceptor de território está vinculando muito seu processo de trabalho a um processo formal da residência, no qual se tem que entregar trabalho, cumprir carga horária, mais do que ao acompanhamento do processo de trabalho que está acontecendo no território....(DSC, entrevista/diretor2 da EFSFVS).

Ainda para alguns dos sujeitos da pesquisa, os preceptores de território atuam junto às equipes, ao trabalhar para serem estas cada vez mais autônomas. Mas não estão atuando junto aos residentes e têm pouca informação sobre os acontecimentos da residência como um todo. Muitos participam apenas das reuniões de roda nas UBSF. Existindo assim, vários tipos de atuação entre os preceptores de território.

“Estes profissionais dispõem de pouco tempo para a atividade da preceptoría no território, têm outros compromissos, outras atribuições. Acompanham muito pouco o residente na área, sendo esta uma das suas tarefas. Alguns estão pouco informados sobre o desenvolvimento da residência. Existe preceptor de território em relação à UBSF, mas não para os residentes. Os preceptores de território, na maioria das vezes, estão nas UBSF somente na reunião de roda.” (DSC, grupo focal/gerentes).

Consoante observamos, estas diferenças nas percepções dos grupos pesquisados devem estar ocorrendo tanto em virtude da pouca clareza sobre a função deste profissional como por causa das inúmeras discussões e redefinições no seu modo de atuar, próprias de uma função nova.

Os diretores mais próximos da (re)estruturação da função do preceptor de território enfatizam a mudança neste processo. Entretanto, os gerentes que vivenciam a atuação ainda não evidenciam na prática esta aproximação do preceptor de território com os residentes. De maneira geral, a nosso ver, existe um movimento do preceptor de território no sentido de continuar a atuar junto às equipes de saúde e de se aproximar mais da residência e dos residentes.

No que se refere a função do preceptores de território, os mesmo a definem como estando voltada para três eixos: a) o de ser um facilitador da construção do processo de trabalho da equipe de saúde como um todo e da estruturação da ESF no território, atuando de maneira intersetorial e interdisciplinar na equipe; b) o de problematizar, refletir sobre as concepções teórico-vivenciais da promoção da saúde, da educação permanente, sobre as políticas públicas locais; c) e o de ser um pedagogo, um articulador, um educador.

“A função é de problematizar, refletir e aprofundar a concepção de promoção da saúde, educação permanente no território, sobre a política local para a produção de saúde. Facilitar a construção do processo de trabalho da equipe e da estruturação da proposta da estratégia saúde da família no território, trabalhando de maneira intersetorial e interdisciplinar na equipe. Sendo um pedagogo, um articulador, animador, um educador”.

Deve criar, estimular, aprofundar para que os referenciais teóricos sejam factíveis na prática, levando a um desempenho profissional mais eficaz e feliz.” (DSC, questionários/preceptores de território da EFSFVS).

Para os residentes, a função do preceptor de território é a de 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.

“Facilitar a inserção e o desenvolvimento das ações dos residentes, acompanhando nas atividades dos módulos e no desenvolvimento do seu trabalho. Acompanhando a equipe como um todo: em seus problemas, dificuldades, ações; participar da organização do serviço, planejamento das ações; orientar as atividades voltadas para os riscos da área; acompanhar os grupos da área, tendo vínculo, conhecendo o território, com uma visão ampliada e crítica, ajudando no crescimento pessoal e profissional da equipe” (DSC, questionários/ residentes da EFSFVS).

Como observamos, a função do preceptor de território é ser um educador e um cuidador na saúde: ser o responsável pela educação permanente dos profissionais, dentro da perspectiva da promoção da saúde, cuidar do residente na sua formação e atuação no território e das questões referentes à residência; cuidar da equipe, como um todo, do seu processo de trabalho, de gestão, dos conflitos interpessoais, das dificuldades encontradas no território.

Em relação às **competências** obtivemos, entre todos os atores desta pesquisa, diversas respostas, mas todas complementares. Por exemplo, quanto aos **conhecimentos** teóricos necessários, estes devem abranger: a **saúde coletiva** (módulos da residência, política pública, território, processo de trabalho, comunicação); as **humanas** (sociologia, antropologia, psicologia) e as **sociais** (produção social da saúde, sociedade e Estado) e sobre o método de pesquisa e de problematização.

“Os preceptores de território devem ter conhecimentos sobre saúde coletiva, políticas públicas, sociedade e Estado, antropologia, sociologia, relações humanas, psicologia, método de problematização, território, produção social da saúde, processo de trabalho, organização de serviço e comunicação. Ter visão sistêmica sobre a comunidade e a família(...)” (DSC, questionários/ preceptor de território da EFSFVS).

Na opinião de todos os grupos pesquisados, o preceptor de território precisa ter o domínio conceitual (conhecimentos) sobre todos estes temas, mas não precisa ser um especialista em cada um destes assuntos. Quanto aos **conhecimentos** exigidos sobre o **território** onde atua, seriam sobre a comunidade, as famílias, as redes sociais, os serviços de saúde do município, sobre toda a equipe de saúde da família - o papel e a função de cada categoria, de cada trabalhador da equipe e sobre o gerenciamento, a organização e o funcionamento da UBSF.

“O preceptor de território precisa conhecer muito a comunidade, o território, as redes sociais, a equipe, Saber qual é o papel e a função de cada categoria, de cada profissional na equipe. Conhecer todos os módulos da residência. Saber sobre a política de saúde que temos hoje, entender a proposta da promoção da saúde. Ter conhecimentos amplos, mas não precisa ser um especialista em cada tema” (DSC, grupo focal/ gerentes).

“(...) conhecer sobre o planejamento das ações da UBSF, organização de serviço, saber sobre funcionamento e de todo atendimento na atenção básica, multiprofissional e multidisciplinar. Conhecer toda a equipe (seu comportamento, compromisso, defeitos, virtudes) (...)Conhecer a realidade e

a dinâmica do território; das famílias, dos problemas da equipe, da UBSF. E sobre seu papel no território” (DSC, questionários/ residentes da EFSFVS).

Em relação às **habilidades**, segundo podemos observar, os preceptores de território devem saber acompanhar as atividades desenvolvidas no território tanto pelos residentes em formação como pela da equipe de saúde; ter domínio sobre o desenvolvimento da residência como um todo, para acompanhar os residentes nas questões solicitadas pela residência; possuir habilidades para trabalhar com a aprendizagem significativa por meio da problematização, e realizar a práxis (teoria/vivência) possibilitando transformações nos espaços de trabalhos; ser um educador em saúde, e apoiar pedagogicamente os profissionais. Para isto, deve saber trabalhar fundamentalmente em equipe com os conflitos, com as relações, com a integração entre os membros e com os residentes. Ademais, deve saber conduzir as reuniões de equipe e os grupos na comunidade, com habilidades para trabalhar nestas instâncias: serviço, gestão, docência/formação e investigação (pesquisa).

“O preceptor de território precisa ter habilidade para trabalhar junto aos profissionais, amadurecendo as idéias de cada um na construção de saberes para o SUS. Capacidade de articular e mobilizar conhecimentos colocando-os em ação, para resolver os problemas e enfrentar situações do dia-a-dia e os imprevistos. Ter paciência pedagógica, ter habilidade para conduzir situações conflituosas e para trabalhar com as relações interpessoais” (DSC, questionário, preceptor de território da EFSFVS).

“Os preceptores de território devem saber conduzir reuniões, saber unir a prática do território com a teoria dos módulos da residência, orientando os residentes nas atividades da residência. Devem estimular a integração da equipe, suavizar a relação entre profissionais e população. Utilizar os dados da vigilância à saúde com a programação das atividades. Prestar apoio pedagógico em todos os espaços.” (DSC, questionários/residentes da EFSFVS).

“O preceptor de território deve ter habilidades para buscar soluções juntamente com a equipe para as dificuldades encontradas no território relacionadas ao: planejamento, organização do serviço, a epidemiologia, a educação em saúde, entre outras. Este profissional tem de ser dinâmico, participativo e confiante. Ajudar o residente no desenvolvimento das suas atividades no território, integrando-o à equipe e à comunidade” (DSC, questionário/especialistas em saúde da família).

Segundo os diretores, o principal é saber trabalhar com as pessoas, com as relações de conflitos, saber dialogar, ouvir e falar. É obter habilidades para propiciar, a todos, acesso ao conhecimento e condições de realizar a reflexão da prática. O preceptor de território não precisa ter necessariamente o domínio conceitual de todos os temas. No entanto, deve possuir uma compreensão maior da ESF, da saúde coletiva, do processo educativo de construção de trabalho em equipe. Deve, também, conhecer toda a equipe de saúde, a UBSF, as situações de saúde e o território. Deve ser um formulador de políticas públicas, ser um educador na saúde e um facilitador do processo de trabalho, sabendo trabalhar o ensino em serviço.

“O preceptor de território tem de ser o formulador de políticas públicas, um educador na área da saúde coletiva, saber trabalhar o ensino em serviço. Ele deve ter uma compreensão maior de saúde coletiva e de um processo educativo de construção de trabalho em equipe. É necessário que ele saiba trabalhar diretamente com as pessoas, com as suas dificuldades, com as relações de conflitos.(...). O

preceptor de território tem de desenvolver mais as habilidades e as atitudes (saber trabalhar com as relações, saber mobilizar, saber dialogar, saber ouvir e falar, com uma postura ativa) do que o conhecimento (cognitivo). Ele não precisa necessariamente ter o domínio conceitual de todos os conhecimentos necessários para a equipe, mas ele deve ter habilidade para fazer com que todas as pessoas tenham acesso ao conhecimento e realizem a reflexão sobre a prática” (DSC, entrevistas/ diretores da EFSFVS).

No que se refere às relações, foi colocado que o preceptor de território deve desenvolver uma relação de amizade, prazerosa, harmônica, honesta, de participação, de apoio, de segurança, de confiança, íntegra e com vínculo. Fazer parte da equipe de saúde e não somente participar da vivência no território pontualmente. Deve adotar uma postura problematizadora, dialógica e participativa e, ao mesmo tempo, ser um educador, apoiador dos profissionais/residentes no território. Como ilustrado na fala:

“O preceptor de território deve desenvolver uma relação de apoio e partilha dos problemas, relação educativa, reflexiva, dialógica e não autoritária, harmoniosa, de confiança, de solidariedade, com vínculo de amizade, confiança, cooperação e convivência(...) relação de partilha de experiência onde o saber de cada um está em função do crescimento e transformação do processo de trabalho dos indivíduos e ou do grupo, como um educador que faz junto, impulsionando a equipe, o residente e a comunidade, respeitando o ritmo e o tempo de cada um”. (DSC, questionário/preceptor de território da EFSFVS).

“O preceptor deve ter uma relação clara, honesta, transparente, ter vínculo(...) deve ir na UBSF para motivar, renovar a força, a energia, o ânimo da equipe (...)” (DSC, grupo focal/gerentes).

“(...)O preceptor de território deve estimular a união, o trabalho mútuo e participativo. Deve ter compromisso, transmitir segurança...tem que motivar, interagir, estar inserido na equipe de saúde....ter uma relação íntegra, responsável, comprometido, compromissado, fazendo parte da equipe” (DSC, questionários/residentes da EFSFVS).

“Relação de coleguismo, parceria, sendo mais um componente da equipe (...) tratando todos com a mesma importância, independente de ser residente ou de determinada categoria profissional” (DSC, questionários/especialistas em saúde da família).

Ao pesquisarmos como estava ocorrendo o **acompanhamento das atividades propostas nos módulos teóricos** pelos preceptores de território, percebemos algumas maneiras de serem realizadas segundo as quais cada preceptor de território se organiza dentro da sua realidade e da realidade do território.

Para os preceptores de território e residentes, o acompanhamento era feito de três maneiras: por meio de discussões com os residentes no território, com toda a equipe no momento da reunião de roda e pela participação quando da realização da atividade.

Mencionamos, no entanto uma ponderação a qual o preceptor de território não sistematiza um acompanhamento da elaboração do que foi acordado, mas se coloca à disposição para ajudar.

Contudo, consoante o acompanhamento, nem todas as atividades são acompanhadas

por todos os preceptores de território, os residentes percebem que os preceptores de território têm conhecimentos e acompanham algumas atividades solicitadas na residência, mas não todas.

“O acompanhamento das atividades era realizado através: do apoio à aplicação prática das tarefas propostas pelos módulos no território, estando presentes no território, intervindo, problematizando, estimulando e discutindo com os residentes (...). Em discussão nas reuniões de roda. E também sem realizar uma sistematização, um acompanhamento da elaboração do que foi acordado, mas se colocando à disposição para ajudar. Quando ocorria a avaliação era realizada através de uma reunião, prévia, com o grupo, em que se discutiam os critérios e as formas mais adequadas de avaliar. Depois tentava agregar o que cada um adquiriu de conhecimento e prática”. (DSC, questionários/preceptor de território da EFSFVS).

“Os preceptores de território acompanhavam através de discussões sobre as atividades no território (tiravam dúvidas, comentavam, corrigiam, orientavam e cobravam as conclusões dos trabalhos). O espaço privilegiado para as discussões era a reunião de roda. Ocorria também o acompanhamento durante o desenvolvimento, pelo residente, da atividade no território(...)” (DSC, questionários/residentes da EFSFVS).

O mesmo, porém, não ocorreu com os especialistas em saúde da família, em seu período de formação, pois para eles, no seu período de formação, os preceptores de território atuavam de maneira diferenciada: de modo geral, eles não acompanhavam o residente diretamente na realização das atividades dos módulos teóricos, mas apenas, esporadicamente, na reunião da roda, para tanto todos os especialistas eram profissionais das UBSF.

“Nesta época os preceptores de território não estavam trabalhando especificamente no acompanhamento e avaliação das atividades dos módulos. O acompanhamento, quando ocorria, era realizado junto com as questões da equipe de saúde, na reunião de roda e na UBSF. Muitos residentes não tiveram preceptor de território na sua UBSF no seu período de formação” (DSC, especialistas em saúde da família).

Em relação ao acompanhamento da **atuação dos profissionais** no território pelo preceptor de território, percebemos pelo relato dos preceptores de território que o acompanhamento ocorre junto aos residentes e à equipe, pois a maioria dos trabalhos desenvolvidos pelos residentes envolve toda a equipe. Neste caso, são acompanhados, principalmente, os problemas prioritários do território e os trabalhos dos módulos dos residentes. Para os residentes, alguns preceptores de território acompanham os residentes no referente à atuação profissional no território, de maneira satisfatória. Alguns, todavia, não acompanham ou acompanham muito pouco, e atuam mais com a equipe, na reunião de roda.

Para os especialistas em saúde da família, há o preceptor de território que acompanham sistematicamente o profissional no seu processo de trabalho e há os que acompanham de forma esporádica, apenas quando solicitados.

Quanto ao acompanhamento do fazer dos profissionais no território, existe diferença de preceptor para preceptor. Uns acompanham efetivamente o fazer da equipe junto com os residentes; alguns acompanham esporadicamente.

“A atuação profissional do residente está sendo acompanhada através dos momentos na UBSF e na comunidade, sendo acompanhados o residente e a equipe juntos(...). Mas não se discutem todas as atividades da prática, o que mais discutido são os trabalhos dos módulos e os problemas prioritários do território. Em muitos momentos não se consegue sistematizar uma discussão e terminar, pois o processo do território é muito dinâmico (...)” (DSC, questionários/preceptores de território).

“(...) quanto a atuação não está ocorrendo de forma satisfatória é realizada uma discussão entre o residente e o preceptor de território ou é levado o problema para se discutir coletivamente na reunião de roda. O preceptor de território ajuda a resolver os problemas do cotidiano, participa das ações coletivas, orienta e solicita a participação das categorias em atividades extra” (DSC, questionários/residentes da EFSFVS).

“Os preceptores de território acompanham as atividades de articulação de grupos, estratégias de promoção da saúde, organização do serviço, acompanham na articulação interdisciplinar com a equipe no território e na reunião da roda(...) Mas há UBSF que o preceptor de território acompanha em alguns momentos(...) quando é solicitada a sua presença ou raramente nas reuniões de roda (...)” (DSC, questionário/ especialista em saúde da família).

Em relação aos **espaços e momentos de encontro** do preceptor de território com residentes e especialistas, sobressaem os momentos da reunião de roda nas UBSF, mas existem outros momentos menos regulares, como em reuniões extras, nas atividades do território, durante o módulo da residência e em horários agendados.

“O espaço privilegiado para os encontros é a reunião de roda da equipe. Ocorrem conversas, reuniões extras para discutir as dificuldades do módulo ou do território, com a equipe, com o residente ou em encontros individuais (...) em visitas domiciliares, no acolhimento. Encontros com os residentes no horário da preceptoria de especialidade, em atendimento em conjunto, atividades em grupos e durante os módulos da residência. Mas o tempo é insuficiente para encontros com os residentes” (DSC, questionário /preceptor de território).

“O espaço em que ocorre sistematicamente o encontro com o preceptor de território é a reunião da roda. Ocorrem também outros momentos como reuniões extras....por telefone.....reuniões entre categorias e preceptor de território” (DSC, questionário/residentes).

Conclusão

Conforme os resultados obtidos, a preceptoria de território surge para trabalhar com uma nova maneira de formar e capacitar os profissionais de saúde para atuarem no saúde da família, em um modelo de gestão participativa, dentro da metodologia pedagógica da educação permanente em saúde no território.

Todos os pesquisados ressaltaram a importância da presença deste profissional no território para acompanhar a equipe e os residentes. Sentem falta do preceptor no território para apoiar mais amplamente, além dos momentos da roda. Consideram essencial contar com um profissional que trabalhe com a aprendizagem significativa por meio da problematização

no próprio território onde se encontram as dificuldades a serem resolvidas e para as quais se exigem as devidas competências.

Apontaram, porém, que o preceptor de território dispõe de pouco tempo para a preceptoria e nos territórios os espaços assegurados de sua participação limitam-se muito aos momentos da reunião de roda. Portanto, estão pouco integrados com a residência, acompanhando algumas atividades dos módulos teóricos, mas não todas. Como evidenciado, a quantidade e a carga horária são insuficientes para a preceptoria de território. O papel dos preceptores de território ainda está em construção, embora já se observem muitos resultados favoráveis, de acordo com os quais podemos perceber a importância destes profissionais como um educador na construção do SUS.

Sugestões

Que a Preceptoria de território procure intensificar, qualificar e expandir mais o seu papel de educador na saúde, para uma maior compreensão dos profissionais e gestores do sistema de saúde de Sobral.

Que este trabalho possa ser divulgado e ampliado nos serviços de saúde tanto no município, como em outros lugares.

Bibliografia

Andrade, L O M, Barreto, I. C. H. C, Goya, N, Martins Júnior, T. 2004. Organização da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família no município de Sobral - Ceará - Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In Seclen J, Fernandes A S. (org). Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde - Serie Técnica. Brasília: OPAS/OMS, v. 8, p. 143- 179.

Andrade, L O M, Barreto I C H C, Fonseca C D. 2000. A Estratégia Saúde da Família. In. DUNCAN B B, SCHMIDT M I, GIUGLIANI E R J, Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.p.88-99.

Brandão I R. Em busca da terra prometida: um estudo sobre identidade de lugar com residentes de localidades rurais atingidas pela construção do complexo industrial - portuário do Pecém - CE Fortaleza [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. p.152

Brasil. 2004. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p.9

Brasil. 2004. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS

Caminhos para a educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p. 11 - 15

Campos G W S. 2000. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec. p.23,67,68

Ceccim R B 2004/2005. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface -; 9 (16). p. 161-77.

Caracterização Geral do Município de Sobral. SANARE. 1999. O Programa Saúde da Família

em Sobral: Uma Estratégia Estruturante. I (1): p 6.

Denis J L, Champagne F. 1997. Análise da Implantação. In: Hartz Z M A.(org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas na implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p 49 - 88.

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Proposta técnica do Curso de especialização com caráter de residência em saúde da família. Sobral, 2004.

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. 2001. Proposta técnica do Curso de especialização com caráter de residência em saúde da família. Sobral.

Fontes C. Formação Permanente. [Online], [capturado 2004 set 1] disponível em <http://educar.no.sapo.pt/forpermanente.htm>

Freire P. 1987. Pedagogia do Oprimido. 17nd ed. Rio de Janeiro: Paz e terra.

Gil A C. 1991. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 3 nd ed. São Paulo: Atlas. p. 45- 81

Lefèvre F, Lefèvre A M C. 2003. Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ver. e ampl. Caxias do Sul: EDUCS. p. 16

Landim F L P, Nations M K, Frota M A, Silva R M, Varela Z M V. 2003. Ética, solidariedade e redes sociais, na promoção da saúde. In: Barroso M G T (org). Educação em Saúde: no contexto da produção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha. p. 71- 84,88.

Mendes E V. 1998. A Descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes E V (org) A organização da Saúde no Nível Local. São Paulo: Hucitec. p. 17.

Marques C M S, Feuerwrker L C M, Ceccim, R B. 2004. Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em Saúde - Unidade Integradora - Proposta. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p. 22, 24

Minayo M C S. 1999. O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6nd ed. São Paulo - Rio de Janeiro HUCITEC-ABRASCO.

Pagani R. 2005. A Experiência, a Vivência e os Resultados do Modelo de Co-Gestão de Coletivos no Sistema Municipal de Saúde, em Sobral - CE. In: Premio Sergio Arouca de Gestão Participativa no SUS. out 19, Brasília.

Sales I C, Pagani R. 2004. A Preceptorial De Território Na Estratégia De Saúde Da Família Em Sobral/Ce (Desafios Políticos, Teóricos E Metodológicos De Uma Experiência).

SANARE - 10 Anos do Saúde da Família: jan/fev/mar; (1): p. 41 - 6.

Santos M. 2002. O País distorcido. O Brasil, a Globalização e a Cidadania. São Paulo: Publifolha.. p.33,82, 84

Santos M. 1999. A natureza do espaço, técnica e tempo. Razão e Emoção. São Paulo:

HUCITEC. p19,29, 208, 211

Souza M A. 2004. Uso do Território e Saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In Sperandio A M G. O processo de construção da rede de municípios Potencialmente Saudáveis. Campinas: IPES Editorial. v. 2. p.57 - 77.

Sucupira A C, Mendes R. 2003. Promoção da Saúde: Conceitos e Desafios. SANARE - A Promoção da Saúde. jan/fev/mar; (1) p.7 - 10.

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. 2002. Relatório do Seminário de Planejamento da Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral. p.2 - 24.

Tuan Y F M. 1983. Espaço e Lugar: a Perspectiva da Experiência. São Paulo: DIFEL.

Wuillaume.S.M, O Preceptor Da Residência Médica. [periódico online]. Psiquiatria Geral. [capturado 2004 agosto 20];disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br/residencia/preceptor.htm>