



**Faculdade
Pernambucana
de Saúde**

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O
ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE**

**A PRÁTICA DOCENTE NA PERSPECTIVA DE PRECEPTORES DE UM
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

NARA MOURA MELO DE BARROS LEITE

RECIFE
2016



Faculdade
Pernambucana
de Saúde

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O
ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE**

NARA MOURA MELO DE BARROS LEITE

**A PRÁTICA DOCENTE NA PERSPECTIVA DE PRECEPTORES DE UM
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Linha de Pesquisa: Processos de aprendizagem e ambientes de aprendizagem inovadores

Orientadora: Prof^ª. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

RECIFE
2016

NARA MOURA MELO DE BARROS LEITE

**O PAPEL DE DOCENTE DOS PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada em: 28 de dezembro de 2016

Membros da Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo –
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Prof^a. Dr. Leopoldo Nelson Barbora –
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Prof^a. Dra. Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros –
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

DEDICATÓRIA

Àqueles que se dedicam à capacitação e aprimoramento de estudantes e residentes, buscando formar profissionais mais humanizados e preparados para lidar com a dura realidade do atendimento domiciliar, encontrando pessoas sofridas e, muitas vezes pouco abastadas que necessitam de cuidados não apenas da sua saúde física, mas também da emocional e espiritual. Como não poderia deixar de ser, extrapolo aqui aos educadores que trabalham com afinco na formação de seres humanos melhores e transformadores de realidades.

AGRADECIMENTOS

Agradecer!

Essa é a palavra chave da minha dissertação. E quantas pessoas merecem meu sincero agradecimento! Afinal, muitos foram aqueles que rezaram, torceram e lutaram junto comigo para a concretização desse sonho.

Começo por ele, esse homem incansável pela busca do saber e pelo crescimento pessoal, intelectual e espiritual. Um marido que sempre me estimulou a voar com minhas próprias asas e galgar vôos cada vez mais altos. A você Marcelo, muito obrigada pelo amor sem medidas.

Meus pais, a esses não tenho nem palavras! Foi uma vida de dedicação e estímulos para que me tornasse a mulher, profissional e mãe que hoje sou. Vocês são meu porto seguro. Amo vocês.

O que falar dos meus irmãos e da minha irmã? Esses são meus exemplos e meu orgulho, meus eternos incentivadores. Não poderia deixar de mencionar meu cunhado e minha cunhada, verdadeiros irmãos que Deus me deu.

Incluo, ainda, todos os meus familiares. Impossível citá-los, pois não caberia nesta folha! Todos, de camarote, rezam e vibram por cada conquista um do outro.

Agradeço, de forma muito especial e com toda emoção que toma conta de mim, as flores do meu jardim! Maria, Marcela, João, Heitor e bebê. Maria, minha flor mais velha, a mais doce e questionadora que poderia ter, que nos seus tenros 7 anos de vida, já nos proporciona tanto orgulho e, mesmo questionando sempre, compreende a necessidade de cada ausência em prol da formação humana e profissional da sua mãe. De repente, chega Marcela, minha mais nova flor! Essa já nasceu metodologicamente ativa e acompanhou tudo bem de perto. Como não falar do meu “Dido”, que mesmo tão pequeno já sabe o real valor do estudo. E para manter

esse jardim bem vivo e sempre com flores novas, esperamos ansiosos a chegada de Heitor e do bebê que ainda não sabemos quem é, mas que já são tão amados.

À estimada Família Barros Leite por me acolherem como filha e torcerem pelo meu sucesso. Agradeço também a todos os colegas do SAD que tanto contribuíram para a conclusão desse estudo.

À querida amiga Leila, amante da fonoaudiologia e educação e quem primeiro me estendeu a mão e me proporcionou entrar no mundo da fonoaudiologia, profissão que tanto amo.

Às amigas e coordenadoras, Mirella, Zilda, Sandra e Michelle que são constantes incentivadoras e não medem esforços para ajudar sempre.

Às minhas queridas residentes, de hoje e de ontem, que são fonte de inspiração e incentivo para que juntas possamos construir uma formação de excelência.

Jamais esqueceria minha turma de mestrado, pessoas especiais que cruzaram meu caminho e não permitiam que ninguém esmorecesse e, juntos com o delicioso cuscuz dos domingos, tivemos momentos que jamais sairão da minha memória e coração.

A todos os professores e funcionários da FPS, minha gratidão por toda dedicação e amor à educação, compartilhando seus conhecimentos e contribuindo para a formação desses profissionais brilhantes.

O que falar para minha orientadora Prof^a. Dr^a. Mônica Melo? Só palavras de gratidão a essa pessoa tão querida, que com seu jeito doce de ser e com muita paciência, ajudou-me ao longo desse tempo, compreendeu minhas dificuldades e ajudou a superá-las. Sempre com palavras de incentivo e fortaleza. Jamais poderia ter sido orientada por outra pessoa.

Às minhas queridas amigas e companheiras de luta diária, Kaísa, Jéssica, Talita, Roberta e Michele, que tanto torceram e ajudaram a tornar meu dia-a-dia mais leve.

Aos irmãos que Deus colocou em nossa vida, amada Célula São Felipe Neri, que não cessam de interceder por nós, estando juntos e misturados sempre.

Não posso deixar de destacar meus corretores oficiais, Hugo, Marcelo e Camila, que doaram seu tempo e olhos de lince e analisaram cada vírgula da minha dissertação.

Ao meu irmão Hugo, dou um destaque especial, pois este foi meu coorientador, meu ego e superego acadêmico, além de irmão, papel que exerce com excelência.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus por todas as oportunidades a mim oferecidas, por ser sempre meu guia e iluminar sempre minhas decisões. E a Mãe do Céu Amada, minha maior intercessora, por tornar todos os obstáculos mais fáceis de serem ultrapassados.

EPÍGRAFE

“Um excelente educador não é um ser humano perfeito, mas alguém que tem a serenidade para se esvaziar e sensibilidade para aprender.” Augusto Cury

LISTA DE ABREVIATURAS

AD - Atenção Domiciliar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância em Saúde

IES - Instituição de Ensino Superior

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Domiciliar tem se consolidado como uma estratégia para qualificar a prestação dos cuidados aos pacientes que não têm condições de se deslocar a uma unidade de saúde ou que estão hospitalizados e aptos a serem acompanhados no ambiente domiciliar. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes. Para atuar neste novo modelo, é fundamental criar estratégias descentralizadas, realizadas no próprio local de trabalho, destinadas a promover mudanças nas práticas de saúde. É, portanto, nesse cenário de práticas que estão os profissionais de saúde em questão neste estudo. **OBJETIVO:** Compreender a percepção que os preceptores do Serviço de Atenção Domiciliar têm sobre a atividade de docência. **MÉTODOS:** Estudo de abordagem qualitativa. Os dados foram analisados através do método da Análise de Conteúdo Temática. A técnica consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, principalmente na área das ciências sociais e da saúde, com objetivos bem definidos e que servem para desvelar o que está oculto no texto, mediante decodificação da mensagem. O cenário foi o Serviço de Atenção Domiciliar administrado pelo Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 10 profissionais, com faixa etária de 25 a 37 anos, um do sexo masculino. Cinco categorias temáticas foram identificadas: sobre o que é ser preceptor; capacitação para a preceptoria e o desempenho no domicílio; preceptoria e suas atividades docentes; sobre os objetivos de aprendizagem na preceptoria; sugestões para o exercício da preceptoria na atenção domiciliar. **CONCLUSÃO:** Os preceptores se reconhecem enquanto docentes, mas atuam sem capacitação, o que precariza a formação dos estudantes e desestimula a atuação dos

profissionais enquanto formadores.

PALAVRAS-CHAVE: assistência domiciliar, ensino, preceptoria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Home Care has been established as a strategy to qualify the provision of care to patients who are unable to go to a health care facility or who are hospitalized and are able to be monitored in the home environment. In home visits are developed guidance actions, education, survey of possible health solutions, providing educational grants to the individuals served are able to become independent. To act in this new model, it is essential decentralized strategies and conducted in the workplace to promote changes in health practices. It is, therefore, in this scenario practices that are health professionals involved in this study. **OBJECTIVE:** To investigate the importance of professionals in the Home Care Service give the teacher their role as tutors students in training, describe the sociodemographic characteristics and the academic training of these professionals. **METHODS:** A qualitative study. The analysis will be performed using the method of qualitative analysis. The technique consists of a set of methodological tools that apply to diverse discourses, especially in the social and health sciences, with well defined objectives and serve to reveal what is hidden in the text, by message decoding. **RESULTS:** Ten professionals, aged 25 to 37 years, one male, were interviewed. Five thematic categories have been identified: on what it is to be a preceptor; training for preceptory and home performance; preceptory and their teaching activities; on the learning objectives in the preceptory; suggestions for the exercise of preceptorship in home care. **CONCLUSION:** Preceptors recognize themselves as teachers, but act without training, which precarizes the training of students and discourages the professionals acting as trainers.

KEYWORDS: home nursing, teaching, preceptorship.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
EPÍGRAFE	8
LISTA DE ABREVIATURAS	9
I. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Aprendizagem e educação	11
1.2. Preceptoria	13
1.3. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	15
II. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
III. MÉTODO	18
3.1. Tipo de estudo	18
3.2. Local do estudo	18
3.3. Participantes do estudo	18
3.3.1. Critérios de elegibilidade	18
3.3.2. Período do estudo	19
3.3.3. Instrumento para coleta de dados	19
3.3.4. Análise dos dados	19
3.3.5. Aspectos éticos	20
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
4.1 Artigo: A PRÁTICA DOCENTE NA PERSPECTIVA DOS PRECEPTORES EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.	21
THE TEACHER PRACTICE IN THE PERSPECTIVE OF THE PRECEPTORS AT HOME ATTENTION SERVICE.	21
LA PRÁCTICA DEL MAESTRO EN LA PERSPECTIVA DE LOS PRECEPTORES EN SERVICIO DE CUIDADO EN CASA.	21
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS.....	31
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	35
VI. REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE I - CARTA DE ANUÊNCIA	39
APÊNDICE II - TCLE.....	40

APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	43
APÊNDICE IV - APROVAÇÃO NO CEP.....	45
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA INTERFACE	47

I. INTRODUÇÃO

1.1. Aprendizagem e educação

A educação parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica de profissionais em ação na rede de serviços. Nesse contexto, 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 trabalho¹.

O docente está inserido em um universo de conhecimentos específicos da sua formação, associando-se a isso práticas pedagógicas que devem nortear este ensino. Dessa forma, a qualificação é exigida, valorizando-se cada vez mais a aquisição de títulos nos currículos, em detrimento das qualificações pedagógicas e interpessoais².

Entretanto, a atividade docente, vai muito além da aplicação de técnicas para as quais os professores são preparados, ela deve ser exercida por profissionais reflexivos, como homens e mulheres livres, que apresentam uma capacidade especial de se dedicar aos valores do intelecto e ao fomento da capacidade crítica de seus aprendizes³.

A prática docente é condicionada, assim, por uma série de fatores, como os organizacionais, metodológicos, institucionais, entre outros. A prática em si, porém, é algo fluido, subjetivo e complexo, que só pode ser aplicada conforme os sujeitos que participam do processo de ensino-aprendizagem, variando conforme os objetivos propostos, as interações que se estabelecem, o tempo, os recursos, entre outros elementos que só podem ser examinados no momento em que ocorrem⁴.

Nessa formação, faz-se necessário que cada docente possa interpretar, a partir de sua atividade cotidiana, baseado em seus valores, suas representações, angústias e anseios, a sua

forma única de vivenciar e transformar em prática aquilo que ele tem como teoria. Não se trata de praticar o autodidatismo, mas considerar a prática pedagógica como algo normatizado, que pode ser adaptado conforme a realidade de cada sujeito. Para se fazer toda esta construção, há a necessidade de se ter habilidades e competências⁵.

Dentre as metodologias de ensino e aprendizagem para desenvolver habilidades e competências destacam-se as metodologias ativas. As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, sendo um processo de aprendizagem por descoberta, que se opõem aos processos por recepção. Tem por objetivo alcançar e motivar o estudante a examinar, refletir, relacionar a história e ressignificar as descobertas^{6,7}.

Percebe-se a grande aderência dessas técnicas de ensino e aprendizagem primeiramente em escolas como as de medicina e de saúde⁷, extrapolando as fronteiras da academia para a formação em serviço, na qual os estudantes aprenderão diretamente em reais cenários de prática, nos quais terão pacientes que estão com determinado problema naquele momento exato e se fazendo urgente solucioná-lo. Surge, assim, um problema real para auxiliar a formação do conhecimento desses estudantes⁸.

Nesse contexto das metodologias ativas surge a figura do tutor, entendido como um professor que se ocupa em ensinar o estudante a “aprender a aprender”. Nesse cenário, o tutor é considerado um guia, um facilitador que auxiliará no processo de aprendizagem centrado no estudante^{9, 10}.

Dentro do ensino em saúde pode-se denominar tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados que atuam no sistema de saúde. Espera-se que ele dê conselhos e atue também como guia e modelo¹¹. Em geral, costumam fazer uma visita semanal e/ou se comunicam por mensagens, discutindo a prática cotidiana com os profissionais no seu

próprio ambiente de trabalho, mas sem sair da academia¹².

1.2. Preceptoría

O preceptor é aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente profissional¹³, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática. Esta função cresce em importância atualmente, pois o ambiente de trabalho está sempre em mudança e exige que o novo profissional constantemente faça adaptações, muitas vezes difíceis, na imagem que tem desse cenário e na bagagem de conhecimentos que traz da graduação¹⁴. Adquirir experiência clínica constitui uma parte importante da graduação e da pós-graduação e o preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática^{15, 16}, podendo otimizar seu papel com a utilização da problematização.

O preceptor é, portanto, o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do estudante ou recém-graduado. O preceptor desenvolve uma relação que exige um compromisso percebido apenas no cenário do trabalho. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação¹⁴.

Compreende-se a função do preceptor como uma mediação entre os aspectos teóricos e os práticos da formação, tanto quanto se observa nos demais níveis de ensino, nas oportunidades de práticas laboratoriais ou em estágios. A dissociação entre teoria e prática é rompida na medida em que os preceptores praticam as atividades de assistência aos pacientes na presença de estudantes.

A preceptoría constitui uma importante atividade para a formação do futuro

profissional, facilitando a sua transição entre estudante de curso de graduação/pós-graduação e de sua prática profissional. Portanto, a função do preceptor deve ser ressaltada e os seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão no sentido de atender às necessidades e anseios dos estudantes¹⁷.

O preceptor surge como um meio de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, de modo que suas atribuições transcendem a tradicional supervisão do desempenho prático dos estudantes, indo além do ensinar, mas também dar apoio emocional, inspirar um modelo para o formando, com o objetivo de facilitar o processo de socialização e aproximação do estudante aos serviços de saúde¹⁸.

Algumas qualidades são apontadas como requeridas para o exercício da preceptoria. A maioria aponta o compromisso com aprendizagem do estudante (86,7%), o conhecimento do papel do preceptor como um formador (66,7%) e a capacidade de incentivar o estudante para sua aprendizagem (66,7%) como as características mais importantes de um bom preceptor¹⁹.

A capacitação em aspectos pedagógicos é destacada como um dos fatores relevantes para o fortalecimento da parceria e da atuação dos preceptores com os estudantes^{20, 21, 22}. É descrito, também, a existência de desestímulo e falta de preparo para exercer a função de preceptoria, fato que dificulta a inserção dos estudantes na rede²³.

Instituir, portanto, práticas de profissionalização docente como capacitação didático-pedagógica estimulando o compromisso, a conscientização, a sensibilidade, o vínculo e a preparação dos profissionais de saúde envolvidos como preceptores torna-se, assim, fundamental²⁴.

O processo de aprendizagem para o exercício profissional deve partir da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Para isso, é preciso

problematizar as situações e trabalhar a partir da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos). Trata-se de um processo de educação no trabalho, que tem como finalidade garantir a qualidade da atenção à saúde, adequada às necessidades da população usuária dos serviços e da equipe, e não somente das carências profissionais de qualificação e atualização²⁵.

1.3. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

No contexto de valorização do ensino em saúde, surge como cenário de práticas a Atenção Domiciliar (AD). A AD como modalidade de oferta na organização da assistência a saúde vem como alternativa à crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro, mais precisamente com o desenvolvimento de programas que contribuam para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde²⁶. Desse modo, em 2011, surge o Melhor em Casa, programa do Governo Federal para ordenar o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).²⁷

A AD é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a prestação de assistência à saúde por prestadores formais e informais visando promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna²⁸. O atendimento domiciliar é, segundo a Anvisa, um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio²⁹. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes³⁰.

Para atuar neste novo modelo, é fundamental criar estratégias descentralizadas, realizadas no próprio local de trabalho, destinadas a promover mudanças nas práticas de

saúde. Trata-se de uma formação distinta das tradicionais até então existentes, voltadas para a capacitação de profissionais em domínios técnicos isolados. É, portanto, nesse cenário de práticas que estão os profissionais de saúde em questão neste estudo, com os quais pretendemos investigar a importância que dão ao seu papel docente enquanto preceptores de estudantes em formação.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Compreender a percepção que os preceptores do Serviço de Atenção Domiciliar têm sobre a atividade de docência.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e formação acadêmica dos preceptores do SAD;
- Conhecer a percepção do profissional sobre o seu papel enquanto docente;
- Apontar as especificidades da prática docente no ambiente domiciliar.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se um estudo de abordagem qualitativa. A escolha por essa abordagem se justifica porque as pesquisas qualitativas se caracterizam por apresentarem uma abordagem mais compreensiva e interpretativa. Uma pesquisa qualitativa supõe que as ações dos sujeitos sejam determinadas de acordo com suas crenças e suas percepções, também seus sentimentos e seus valores, sendo atribuído ao comportamento um significado próprio, ao qual não se teria acesso num primeiro momento³¹.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no SAD da Prefeitura do Recife, administrado pelo IMIP. Fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo professor Fernando Figuera, o IMIP é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do país, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas.

3.3. Participantes do estudo

Participaram do estudo os profissionais de nível superior do SAD do IMIP, cinco médicos, sete enfermeiros, um assistente social, três fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um odontólogo, um psicólogo e um terapeuta ocupacional.

3.3.1. Critérios de elegibilidade

Serão incluídos todos os profissionais que atuam como preceptores de estudantes de graduação e residentes em saúde da instituição que ao serem informados sobre o estudo,

concordarem em participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE II).

3.3.2. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de Maio a Setembro de 2015.

3.3.3. Instrumento para coleta de dados

Os dados foram obtidos por entrevistas que foram realizadas a partir de um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE III) pela pesquisadora e gravadas para posterior transcrição e análise.

Sobre entrevistas, Gil ressalta a adequação das mesmas para a coleta de informações em pesquisas sociais e aponta algumas vantagens desse instrumento: obtenção de dados abrangendo diferentes ângulos da vida social; um maior aprofundamento dos dados referentes ao comportamento humano e a possibilidade de classificar e quantificar os dados alcançados.³²

O registro dos dados obtidos foi feito com a utilização de um gravador e as falas foram transcritas em sua totalidade visando garantir maior fidelidade aos relatos.

3.3.4. Análise dos dados

A análise foi realizada através do método da Análise de Conteúdo Temática de Minayo²⁹. A técnica consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, principalmente na área das ciências sociais e da saúde, com objetivos bem definidos e que servem para desvelar o que está oculto no texto, mediante decodificação da mensagem.

Consiste em três fases: 1- pré-análise: Fase organizacional, na qual irão ser apresentadas as respostas; 2- Exploração do material: inicia-se uma codificação, ou seja, haverá uma

transformação de dados brutos em uma representação do conteúdo ou da expressão emitida;

3- Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação: os resultados adquirem significados, tornam-se válidos e organizados. Os mesmos são apresentados em forma de categorias e subcategorias, as quais também serão analisadas ^{32,33}.

3.3.5. Aspectos éticos

O presente estudo obedeceu à Declaração de Helsinque e suas emendas posteriores, bem como a Resolução 466\12 do Conselho Nacional de Saúde e passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP\FPS) - CAAE: 43071915.8.0000.5569 (APÊNDICE IV).

Todas as pessoas convidadas a participar do estudo foram devidamente informadas sobre os objetivos do estudo e esclarecidas quanto a sua participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para o estudo ser realizado na instituição, a Carta de Anuência (APENDICE I) foi assinada pelo coordenador do serviço autorizando a investigação na instituição.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os resultados e a discussão da pesquisa em forma de artigo conforme as normas da Revista Interface (Anexo A), com classificação A2 na área de educação no Qualis 2014.

4.1 Artigo: **A PRÁTICA DOCENTE NA PERSPECTIVA DOS PRECEPTORES EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.**

THE TEACHER PRACTICE IN THE PERSPECTIVE OF THE PRECEPTORS AT HOME ATTENTION SERVICE.

LA PRÁCTICA DEL MAESTRO EN LA PERSPECTIVA DE LOS PRECEPTORES EN SERVICIO DE CUIDADO EN CASA.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A atenção domiciliar é estratégica para qualificar a prática do cuidado. Para atuar neste modelo, é fundamental promover mudanças através da educação dos profissionais e usuários. **OBJETIVO:** Compreender a percepção que os preceptores do Serviço de Atenção Domiciliar têm sobre a atividade de docência. **MÉTODO:** Estudo qualitativo realizado de novembro de 2015 a junho de 2016. Coleta de dados em entrevistas cujos resultados foram submetidos à análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 10 profissionais, com faixa etária de 25 a 37 anos, um do sexo masculino. Cinco categorias temáticas foram identificadas: sobre o que é ser preceptor; capacitação para a preceptoria e o desempenho no domicílio; objetivos de aprendizagem na preceptoria; preceptoria e suas atividades docentes; sugestões para o exercício da preceptoria na atenção domiciliar. **CONCLUSÃO:** Os preceptores se reconhecem enquanto docentes, mas atuam sem capacitação, o que precariza a formação dos estudantes e desestimula a atuação dos profissionais enquanto formadores.

PALAVRAS-CHAVE: assistência domiciliar, ensino, preceptoria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Home care is strategic to qualify the practice of care. To act in this model, it is fundamental to promote changes through the education of professionals and users. **OBJECTIVE:** Understand the perception that the preceptors of the home care service have about the activity of teaching. **METHOD:** A qualitative study was carried out from

November 2015 to June 2016. The data collection took place in interviews whose results were submitted to content analysis. **RESULTS:** Ten professionals were interviewed, ranging in age from 25 to 37 years; a male. Five thematic categories were identified: on what it is to be a preceptor; Training for preceptory and home performance; Learning objectives in preceptoría; Preceptory and their teaching activities; Suggestions for the exercise of preceptory care in home care. **CONCLUSION:** Preceptors recognize themselves as teachers, but act without training, which precarizes the training of students and discourages the professionals acting as trainers.

KEYWORDS: home nursing, teaching, preceptorship.

RESUME

INTRODUCCIÓN: La atención domiciliar es estratégica para calificar la práctica de la atención. Para actuar en este modelo, es esencial para promover el cambio a través de la educación profesional y usuario. **OBJETIVO:** Comprender la percepción que tienen los preceptores del Servicio de Atención a Domicilio sobre la actividad de la enseñanza. **MÉTODO:** Estudio cualitativo realizado entre noviembre de 2015 y junio de 2016. La recolección de datos en las entrevistas, cuyos resultados fueron sometidos a análisis de contenido. **RESULTADOS:** Hubo 10 profesionales entrevistados, con un rango de edad de 25 a 37 años, un varón. Se identificaron cinco temas: en lo que es ser preceptor; formación para preceptores y el rendimiento en el hogar; los objetivos de aprendizaje en preceptoría; Preceptorship y sus actividades de enseñanza; sugerencias para el ejercicio de preceptoría en la atención domiciliar. **CONCLUSIÓN:** Los preceptores son reconocidos como maestros, sino que actúan sin formación, que precariza la formación de los estudiantes y dificulta el trabajo de los profesionales como instructores.

PALABRAS-CLAVE: atención domiciliar de salud, enseñanza, preceptoría.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna”¹. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de

orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes².

Nesta direção, a atenção domiciliar surgiu como uma alternativa para acelerar a alta hospitalar, dando continuidade à assistência à saúde fora do hospital. A proposta é manter a segurança dos cuidados dentro do conforto domiciliar, com suporte psicológico da família, gerando dessa forma uma ampliação dos cuidados com diminuição dos custos³.

Essa modalidade de atenção teve sua padronização de processos pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, quando lançou o programa Melhor em Casa, que propõe a reorganização desses serviços de saúde, dando relevância a qualidade dos cuidados e ao empoderamento do cuidador, aquele indivíduo que dará continuidade à assistência ao usuário do programa⁴.

Um dos pilares do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), através do Melhor em Casa, é a contínua capacitação dos cuidadores. Estes deverão receber treinamento da equipe de saúde para dar continuidade aos cuidados necessários à manutenção e recuperação da saúde do usuário⁴. Sendo assim, a atividade de educação em saúde torna-se pilar na estrutura do serviço exigindo aos profissionais o desempenho de um papel educador, que deve ser inerente aos profissionais de saúde, principalmente aos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

Para atuar neste modelo, é fundamental criar estratégias descentralizadas, realizadas no próprio local de trabalho, destinadas a promover mudanças nas práticas de saúde. Trata-se de uma formação distinta das tradicionais até então existentes, em que a educação é um pilar a ser trabalhado entre os profissionais e com os pacientes e cuidadores, de forma interdisciplinar. A interdisciplinaridade constitui elemento fundamental do processo de trabalho para a atenção integral, condizente com a proposta e prática da AD⁶.

A educação, como alicerce desse modelo de atenção à saúde, parte do pressuposto de que a aprendizagem significativa promove e produz sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica de profissionais em ação na rede de serviços⁷.

A necessidade de reorientação dos processos de trabalho e formação em saúde por meio da melhor qualificação dos profissionais é uma constatação nacional e exige o

comprometimento dos que atuam nos cenários do SUS e investimento dos que o pensam como espaço de ensino-aprendizagem⁸.

A partir da aprovação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde, o MS vem, junto ao Ministério da Educação, formulando uma série de políticas, propostas e programas destinados à reorientação da formação em saúde. Tais propostas vêm sendo orientadas para ampliar e qualificar o ensino nas redes de atenção no SUS⁹.

Neste cenário tem-se a presença do profissional de saúde que atua na assistência e, a partir da organização do SUS, acumula também a função de preceptor dos estudantes em formação.

O preceptor é o profissional que não é necessariamente da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do formando e do recém-graduado no ambiente profissional¹⁰, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática. Esta função cresce em importância atualmente, pois o ambiente de trabalho está sempre em mudança e exige que o novo profissional constantemente faça adaptações, muitas vezes difíceis, na imagem que tem desse cenário e na bagagem de conhecimentos que traz da graduação¹¹.

Adquirir experiência clínica constitui uma parte importante da graduação e da pósgraduação e o preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática^{12,13}, podendo otimizar seu papel com a utilização de metodologias que produzam uma aprendizagem significativa. Nesse sentido, ao atender a demanda formativa do estudante tem sua prática aproximada da docência.

A prática docente é condicionada por uma série de fatores, como os organizacionais, metodológicos, institucionais, entre outros. A prática em si, porém, é algo fluido, subjetivo e complexo, que só pode ser aplicada conforme os sujeitos que participam do processo de ensino-aprendizagem, variando conforme os objetivos propostos, as interações que se estabelecem, o tempo, os recursos, entre outros elementos que só podem ser examinados no momento em que ocorrem¹⁴.

Na medida em que se destacam a capacitação em aspectos pedagógicos como um dos fatores relevantes para o fortalecimento da parceria e da atuação dos preceptores^{15,16} também se discute o desestímulo e falta de preparo para exercer a função de preceptoria, fato que dificulta a inserção dos estudantes na rede¹⁷.

Instituir, portanto, práticas de profissionalização docente como capacitação didático-pedagógica estimulando o compromisso, a conscientização, a sensibilidade, o vínculo e a preparação dos profissionais de saúde envolvidos como preceptores torna-se, assim, fundamental¹⁸.

Este estudo objetivou compreender a percepção que os preceptores do serviço de atenção domiciliar têm sobre a atividade de docência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em serviço de atenção domiciliar em Recife. A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas e utilizou análise temática do conteúdo, segundo Minayo.¹⁹ A escolha dos participantes foi por amostragem intencional^{20,21}. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme CAAE: 43071915.8.0000.5569.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez profissionais de nível superior. Entre eles, uma assistente social, uma nutricionista, quatro enfermeiras, dois fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional e uma médica. A faixa etária dos entrevistados variou de 25 a 37 anos. Entre os participantes, um é do sexo masculino. Quatro deles têm menos de cinco anos de formados. Todos possuem especialização e dois também fizeram mestrado.

A partir da análise do conteúdo das dez entrevistas, cinco categorias foram identificadas: 1) Sobre o que é ser preceptor; 2) Capacitação para o exercício da preceptoria e o desempenho da atividade no domicílio; 3) Preceptoria e suas atividades docentes; 4) Sobre os objetivos de aprendizagem na preceptoria; 5) Sugestões para o exercício da atividade de prática clínica na AD.

1) Sobre o que é ser preceptor

No que diz respeito ao papel do preceptor, todos os participantes, consideram que o principal objetivo do preceptor é orientar os estudantes e trocar conhecimentos, para que possam ter um modelo de conduta tanto no que se refere à prática clínica quanto à sua postura enquanto profissional. Esta percepção está de acordo com Soares²², quando evidenciou que

o preceptor tem a função de ensinar, aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos futuros profissionais.

“Eu entendo que ser preceptor é orientar o estudante, dividir com ele meu conhecimento, explicar pra ele sobre meu trabalho e contribuir para aprendizagem dele”. (P4)

“É auxiliar os alunos e residentes que estão lá no SAD a enxergar o que eu faço. [...] mostrar a prática; esclarecer possíveis dúvidas teóricas; [...] ser um professor para esclarecer as práticas e para ser um modelo de profissional”. (P6)

“Preceptor é aquele profissional que acompanha o estudante, dando um suporte, tanto na parte da prática como na parte teórica [...] auxiliando nesse processo de aprendizagem”. (P7)

Essa percepção também é corroborada pelos entrevistados por Sant'Ana et al.²³ que consideraram a preceptoria fundamental para o processo ensinoaprendizagem e que ser preceptor significa transmitir conhecimentos e se responsabilizar pela formação profissional.

Na fala de P6, percebe-se uma preocupação em ser um modelo de profissional na prática clínica. Esse comentário reforça os achados do estudo relatado por Missaka et al.²⁴, quando descrevem a preceptoria como uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e formação profissional, no momento do exercício clínico, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não. Fato corroborado por Botti et al.²⁵ que também definem a preceptoria como o ensino da prática clínica.

Em sua fala, P7 enfatiza a importância do desenvolvimento teórico junto da atuação prática. Este comentário encontra-se em consonância com o referido por Afonso et al.²⁶ ao relatarem que a preceptoria torna-se relevante no momento em que promove a articulação da teoria com a prática e ao estreitar a distância entre esses campos dentro da área de atuação. Observação corroborada por Bispo et al.²⁷.

Os autores reforçam, ainda, que a preceptoria é uma atividade de caráter pedagógico que na área da saúde é conduzida pelo profissional de um serviço que acumula o ofício de ensinar e preparar o estudante para cuidar da saúde do outro em qualquer nível de assistência¹⁷.

2) A capacitação para a preceptoria e o desempenho da atividade no domicílio

No que se refere à capacitação para exercer a atividade de preceptoria, todos os participantes foram unânimes ao mencionarem não terem realizado e que não conhecem cursos de capacitação para tal função. As falas a seguir demonstram claramente essa percepção.

“Especificamente para preceptor eu não sei se existe ou não”. (P3)

“Não, que eu saiba não”. (P2)

O estudo de Barros et al.¹⁷ coincide com as falas dos participantes ao afirmarem existir um desestímulo e falta de preparo para exercer a função de preceptoria, fato este que acaba dificultando a inserção dos estudantes na rede. O desestímulo também é comentado por Santos²⁸ ao discutir a influência dos programas de formação desses profissionais pela perspectiva dos preceptores. Dando continuidade a esse raciocínio, Taveira et al.²⁹ reforçam a importância de instituir práticas de profissionalização docente como capacitação didático-pedagógica estimulando o compromisso, a conscientização, a sensibilidade, o vínculo e a preparação dos profissionais de saúde envolvidos como preceptores. Em Sant'Ana et al.²³ os entrevistados compreendem o seu papel como docentes, embora não se sentissem valorizados e capacitados para essa função.

Esta preparação é vista por Campos³⁰ como um desafio na formação do profissional de saúde no SUS, opinião corroborada por Tavares³¹ ao discutir que este desafio deve ser partilhado entre os serviços de saúde e a academia.

Durante a entrevista, foi comentado também a respeito da atividade de preceptoria dentro do domicílio do paciente e como se daria essa prática nesse ambiente diferenciado.

“O preceptor do SAD, consegue abordar outras questões que dentro do hospital você não abordaria. Além da gente abordar doença, a gente vê o ambiente, a gente vê as relações familiares, a gente ver os conflitos dentro da casa, muitas vezes, do cuidador”. (P3)

“Eu acho que dentro da casa das pessoas [...] é um desafio porque você está dentro do ambiente do outro, com as limitações do outro,

com as peculiaridades do outro. [...] você tem que conduzir essa atividade de modo a não interferir na vida do outro, na dinâmica do outro”. (P4)

Ficou claro, a importância da postura profissional e o cuidado que deve existir para não invadir o espaço do outro, bem como, a riqueza dessa prática, pois além das questões clínicas, é possível observar as relações familiares, as dificuldades e conflitos o que, muitas vezes, não se faz perceptível no ambiente hospitalar, por exemplo. Fato discutido por Savassi³³ quando considera a casa como espaço de maior intimidade da pessoa, enquanto no hospital tem-se o território médico, com regras rígidas. Em domicílio são os profissionais que precisam se adequar, o que reflete um perfil de atuação específico, com habilidades, conhecimentos e atitudes diferenciados para a prática neste ambiente de cuidados³³⁻³⁵.

Pela fundamental necessidade de subsídios educativos para desenvolver um projeto terapêutico adequado ao paciente, para que eles e seus cuidadores sejam treinados em busca da independência funcional, como é descrito por Mazza². Entende-se, assim, o cenário de atendimento domiciliar como espaço para educação em saúde com vasto potencial ao exercício da preceptoria.

3) Preceptoria e suas atividades docentes

Nas entrevistas realizadas, quando abordamos a temática do preceptor se considerar um docente, apenas um entrevistado referiu não se reconhecer em tal função, estando está restrita aos profissionais de sala de aula.

“Um docente... não, eu acho que é diferente. (P6)

"Com certeza, apesar da gente não estar dando aula formal, de estar lá no quadro escrevendo, mas a gente está ensinando parte por parte, junto com a troca deles e as dúvidas”. (P3)

Da mesma forma Taylor³⁶ define o preceptor como “*clinical teacher*”, enfatizando que a centralidade da preceptoria está na relação estabelecida entre o docente-clínico e o aprendiz e no encontro de ambos com o paciente.

Irby^{37,38} enfatiza que é fundamental para o conhecimento do preceptor, ter o domínio da prática clínica e dos aspectos educacionais relacionados a ela, afinal, o preceptor atua na sua própria prática médica, trabalha como preceptor em ação, como médico e educador. Reforçando tal importância, Botti et al.³⁹, destacam a importância de professores que sejam excelentes educadores e ótimos clínicos – os docentes-clínicos, para conseguirmos uma formação médica de qualidade.

4) Sobre os objetivos de aprendizagem na preceptoria

No que concerne aos objetivos de aprendizagem a serem atingidos na atividade de preceptoria, foi predominante entre os entrevistados o não conhecimento de tais informações. Indo de encontro ao que Skare⁴⁰ diz quando refere ser fundamental que o preceptor seja instruído acerca das metas a serem atingidas, assim como ser capaz de estabelecer um contrato com o estudante sobre os objetivos da aprendizagem.

"Não. Nem na residência nem como acadêmicos".(P8)

"Não vem nada da faculdade, só uma ficha de presença que a gente colocar a nota (...) só em relação a nota mesmo".(P1)

"Já foi questionado isso e também a gente já buscou essa orientação, mas nunca tivemos resposta".(P2)

Costa et al.⁴¹ refere que falhas no planejamento e na comunicação entre as IES e os serviços de saúde foram considerados importantes empecilhos para o reconhecimento e a valorização do preceptor no que diz respeito a sua contribuição para a formação dos profissionais de saúde.

Dessa forma, é fundamental que a instituição estabeleça um contínuo processo de acompanhamento dos estudantes e/ou residentes, esclarecendo aos preceptores quais os objetivos de aprendizagem que devem ser alcançados pelos estudantes. Esse aprimoramento contínuo gera um diagnóstico situacional, possibilitando o desenvolvimento de um plano de ação, com avaliações contínuas dos processos e dos resultados, consequentemente, melhorando a qualidade da formação de tais estudantes⁴².

"Objetivos não, mas traçamos alguns para que eles saiam com

capacidade pra fazer atendimentos clínicos". (P7)

Na fala de P7 fica claro que muitos atuam de forma empírica e intuitiva para que sua atividade de preceptoria não fique tão solta, sem objetivos a serem atingidos. Esse excesso de liberdade, se dá por conta da falta de organização das estratégias ou até mesmo a falta de um método de ensino para a condução da preceptoria, fazendo com que os estudantes, muitas vezes, sintam-se abandonados⁴⁰.

5) Sugestões para o exercício da preceptoria na atenção domiciliar

No que se refere às sugestões para o exercício da atividade de preceptoria, praticamente todos os entrevistados, deixam claro a necessidade de capacitação para o exercício dessa prática com qualidade. Apesar de exercerem a prática docente, a maioria dos preceptores não possui capacitação específica para tal, baseando suas ações em experiências anteriores adquiridas durante sua própria formação.

"Construir estratégias para qualificar, para capacitar os preceptores, como também, os próprios estudantes." (P4)

"Acho que a gente poderia ter uma capacitação inicial para todos os profissionais e, a partir dessa prática de capacitação, a gente ampliar para os outros estudantes." (P7)

Em uma outra realidade, há experiências exitosas para a formação desses profissionais. Um exemplo importante é o Curso de Formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico é uma estratégia importante para modificar o atual panorama de ensino médico da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em total sintonia com as novas exigências curriculares. O curso apresenta aos responsáveis pela formação dos profissionais metodologias ativas de aprendizagem, discutindo a relação preceptor estudante-paciente, além de enfatizar os processos de trabalho em saúde e o de ensino-aprendizagem, com foco nos processos e técnicas de avaliação⁴³. Estratégia que se coaduna às necessidades apresentadas pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa (P4 e P7).

Rocha⁴⁴ continua sua reflexão ratificando que o preceptor, além de exercer uma função docente, acumula a função assistencial, exercendo-a simultaneamente. Como

docente, o conhecimento específico e sua competência técnica não são suficientes para possibilitar uma prática de ensino de qualidade: faz-se necessário uma imersão no universo das práticas pedagógicas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar dos preceptores do SAD se reconhecerem em papel docente, através do acompanhamento de estudantes no cenário domiciliar, eles atuam sem treinamento adequado para a atividade, de forma intuitiva, o que tende a descaracterizar essa prática como atividade acadêmica e, conseqüentemente, pode trazer impactantes negativos, como a sobrecarga de trabalho pelo excesso de atividades e queda na qualidade do ensino, afinal os profissionais desconhecem a existência de programas de capacitação.

Diante da importância da atividade para a formação de novos profissionais que atuam no SUS, vê-se como mister a sensibilização dos gestores para fomentar o aperfeiçoamento desses profissionais que estão nos serviços e a elaboração de manuais para os estudantes e residentes, esclarecendo sobre o papel da preceptoria e despertando a consciência dos preceptores acerca do papel formador. Com isso, busca-se desempenhar além de uma assistência diferenciada aos pacientes, também a louvável prática docente em serviço.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report – changing history, 2004 [Internet]. [acesso em: 02 out 2016]. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2004/en/>>.
2. Mazza MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde [Internet]. [acesso em: 14 set 2016]. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde. Brasília, DF, 2004.
4. Brasil. MS. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção

- básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, 2010; 20(4).
 6. Brehmer LCF, Ramos FRS. The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):135-45.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004; 11-15.
 8. Oliveira BMF, Daher DV. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação: o ensinar e o cuidar como participantes do mesmo processo. *Rev. Docência Ens. Sup.*, 2016; 6(1):113-138.
 9. Cyrino EG et al. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):146-155.
 10. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural Remote Health* 2005; 5(3):410.
 11. Botti SH, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):263-373.
 12. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1996; 24(1):104-107.
 13. Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. *Nurse Educ Today* 1991; 11(3):225-229.
 14. Zabala A. A prática educativa: como ensinar. Tradução Ernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998.
 15. Ribeiro MGF. Capacitação pedagógica dos profissionais da rede do sus - necessidade sentida - fator de integração. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):272.
 16. Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. Contribuição de uma unidade de saúde da família ao internato de saúde coletiva em atenção primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32,(3):531.

17. Barros LR, Soares LVB. A Realidade da atenção Básica e as necessidades da escola medica são incompatíveis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):434.
18. Taveira MGM, Cavalcanti SMS. Analisando o Internato em Atenção Básica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2007; 31(2):388.
19. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
20. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 6a Edição. São Paulo: Atlas, 2007.
21. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis-RJ: Vozes; 2003.
22. Soares ACP, Maiorquim CR, Souza CRO, Vale DNF, Fujimoto DE, Fagundes FP et al. A Importância da Regulamentação da Preceptoría para a Melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos Abem*, 2013; 9:14-23.
23. Sant'Ana, Elisete Regina Rubin de Bortoli; Pereira, Edna Regina Silva. Preceptoría Médica em Serviço de Emergência e Urgência Hospitalar na Perspectiva de Médicos / Medical. *Rev. bras. educ. méd*, 2016; 40(2):204-215.
24. Missaka H, Ribeiro VMB. A Preceptoría na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007/2009. *Rev. bras. educ. Méd.*, 2011; 35(3):303-10.
25. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008; 32(3):363-373.
26. Afonso DH, da Silveira LMC. Os Desafios na formação de futuros Preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2013; 11:82-6.
27. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinarity in healthcare education: the preceptor's view of family health. *Interface (Botucatu)*, 2014.
28. Santos WP. Influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho: perspectiva dos preceptores. 2016. 141 f.

- Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.
29. Taveira MGM, Cavalcanti SMS. Analisando o Internato em Atenção Básica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2007; 31(2):1:388.
 30. Campos VDG. Residência Médica: Desafios e Perspectivas Com. Ciências Saúde. 2015; 26(1/2):7-8.
 31. Tavares CMM. Análise Crítica da Prática Pedagógica do Preceptor de Enfermagem na Atenção Básica. In: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Natal, 2013 [Internet]. [acesso em 31 Out 2016]. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0678po.pdf>.
 32. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(38):1-12.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 825/2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União* 78, de 26 abr. Brasília: Ministério da Saúde; 2016; 33-8.
 34. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004; 1(2):19-26.
 35. Savassi LCM, Carvalho HRO, Mariano FM, Lamberti CA, Mendonça MF, Yamana GF, et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):151-7.
 36. Taylor RB. *Academic Medicine: a guide for clinicians*. New York: Springer, 2006.
 37. Irby DM. How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. *Academic Medicine*, 1992; 67:630–638.
 38. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Academic Medicine*, 1994; 69:333-342.
 39. Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica *Physis (RJ)*, 2011; 21(1):65-85.

40. Skare TL. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. *Revista do Médico Residente.*, 2012; 14(2):1-5.
41. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(3):387-400.
42. Moura AJCM, Shimabuco AK, Garcia AB, Giacomini ACWX, Cunha AM, Falcão Neto AM et al. Motivação e Comprometimento: Fatores que Contribuem para um Efetivo Processo Ensino-Aprendizagem na Residência Médica. *Cadernos ABEM*, 2013; 9:61-8.
43. Rocha HD. Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica. Rio de Janeiro: UFRJ / Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 2012.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Muito é exigido dos concluintes universitários de saúde (ter visão integral no cuidado a saúde, saber trabalhar em equipe interdisciplinar, ser reflexivo, ético, crítico e humanizado). Com as mudanças exigidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, as instituições de ensino superior se viram obrigadas a atender a essas novas demandas, buscando estratégias para alcançar o perfil esperado do profissional em formação.

A preceptoria constitui-se, assim, no acompanhamento e orientação didático-prática do estudante, sendo parte fundamental da formação mas ainda pouco valorizada, principalmente na academia, de onde não tem respaldo técnico para que os profissionais possam ser capacitados e melhorar suas práticas e, por, conseguinte, a sua formação dos preceptorados.

Mesmo sabendo da importância dessa atividade, os gestores dos serviços de saúde parecem não perceber a importância do preceptor no processo de formação profissional e pouco tem sido realizado para garantir melhorias na atividade. Além disso, a demanda excessiva nos serviços de saúde pública torna o exercício da preceptoria um desafio. A falta de reconhecimento traz consigo baixo investimento na formação desses profissionais que acabam desenvolvendo seus ofícios de forma intuitiva.

Pela necessidade crescente de profissionais capacitados para essa função e pela baixa reflexão científica sobre o tema, torna-se mister que mais estudos sejam estimulados para que se tenha um perfil desses profissionais e dados confiáveis que embasem políticas públicas de estímulo e capacitação.

VI. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004; 11-15.
2. Dantas ALB, Costa e Silva LD, Brandão, MNM. Práticas Pedagógicas de Docentes da Área da Saúde no Ensino Superior. Revista Científica da FSA - Teresina - Ano VII - nº 7 / 2010.
3. Giroux HA. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
4. Zabala A. A prática educativa: como ensinar. Tradução Ernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998.
5. Pimenta SG, Anastasiou LGC. Docência no ensino superior. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
6. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 2008; 13(2):2133-2144.
7. Barret T. “The problem-based learning process as finding and being in flow”, Innovations in Education and Teaching International, 2010; 47(2):165-174.
8. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20(3):780-788.

9. Dolmans DHJM, Luijk SJV, Wolfhagen IHAP, Scherpbier AJJA. The relationship between professional behavior grades and tutor performance ratings in problem-based learning. *Med Educ*, 2006; 40:180-186.
10. Wetzel MS. Developing the role of the tutor /facilitator. *Postgrad Med J*, 1996; 72(850): 474-477.
11. Llamas JS, Hernández ML. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Aten Primaria*, 1997; 20(9):511-518.
12. Holden J. Randomized controlled trial of general practitioner tutor visit or mailing to encourage general practicebased education. *Med Educ*, 2001; 35(10):938-940.
13. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural Remote Health*, 2005; 5(3):410.
14. Botti SH, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):263-373.
15. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. *J Adv Nurs*, 1996; 24(1):104-107.
16. Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. *Nurse Educ Today*, 1991; 11(3):225-229.
17. Silva GCC. Atributos de preceptores de programas de residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32(3)2:37.
18. Carvalho et al. Processo de trabalho do preceptor na formação para o sus: dificuldades/facilidades. 17o. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 2013.
19. Brant V. Formação pedagógica de preceptores do internato médico: construção de um modelo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008; 32(3)2:30.
20. Ribeiro MGF. Capacitação pedagógica dos profissionais da rede do sus - necessidade

sentida - fator de integração. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008; 32(3)2:272.

21. Araujo, MNT. Articulação com a rede básica do sus: construção de parceria. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):440.

22. Barreto VHL. Contribuição de uma unidade de saúde da família ao internato de saúde coletiva em atenção primária. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):531.

23. Barros LR, Soares LVB. A Realidade da atenção Básica e as necessidades da escola medica são incompatíveis? Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008; 32(3):434.

24. Taveira MGM, Cavalcanti SMS. Analisando o Internato em Atenção Básica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2007; 31(2)1:388.

25. Pigani R, Andrade LOM. Preceptorial de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE Saúde Soc. São Paulo, 2012; 21(1):94-106.

26. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública. fev 2010; 44(1):166-176.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

28. World Health Organization (WHO). The World Health Report – changing history, 2004. Acesso em: 15 out 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2004/en/>>.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Acesso em: 15 out 2014. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>.
30. Mazza MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Acesso em: 14 out 2014. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>>.
31. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
32. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1995.
33. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2008; 16(4):569-76.

APÊNDICE I - CARTA DE ANUÊNCIA



Mestrado de Educação em Saúde

Pesquisadora: Nara Moura
Orientadora: Dra. Mônica Melo

Faculdade Pernambucana de Saúde

Pesquisa: **O papel de docente dos profissionais de um serviço de atenção domiciliar**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo o desenvolvimento da Pesquisa de Pesquisa: **O papel de docente dos profissionais de um serviço de atenção domiciliar** – no Serviço de Atendimento Domiciliar do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, A pesquisa será conduzida pela mestranda Nara Moura Melo de Barros Leite da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob a orientação da Prof^a. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

Estou ciente de que me são resguardados abaixo listados:

1. O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa.
3. A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
4. A garantia de que nenhum dos participantes será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.
5. Não haverá nenhuma despesa para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP decorrente da participação da pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer minha anuência para a pesquisa.

Recife, ____ de _____ de 2015

Assinatura e carimbo

APÊNDICE II - TCLE



Mestrado de Educação em Saúde

Pesquisadora: Nara Moura

Orientadora: Dra. Mônica Melo

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2 vias)
Faculdade Pernambucana de Saúde

Pesquisa: **O papel de docente dos profissionais de um serviço de atenção domiciliar**

Prezado Senhor (a);

Eu, Nara Moura Melo de Barros Leite, mestranda do Mestrado em Educação para o Ensino na Área de Saúde, estou fazendo uma pesquisa sobre **O papel de docente dos profissionais de um serviço de atenção domiciliar**. Você esta sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que pretende conhecer sobre o papel docente dos profissionais do SAD enquanto preceptores de estudantes em formação.

Sua participação fornecerá informações importantes sobre o tema que poderão contribuir para o aprimoramento dessa atividade.

A coleta dos dados para atingir aos objetivos do estudo será realizada através de uma entrevista, realizada utilizando um roteiro com perguntas pré-estabelecidas que será gravada em áudio para que depois o conteúdo das suas respostas possam ser transcritos para análise posterior.

O resultado do estudo poderá lhe ser fornecido se desejar em qualquer tempo. Você deve se sentir completamente livre para participar ou não do estudo e você tem o direito de pedir para ser excluído (a) do mesmo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que, com isso, cause qualquer constrangimento e você não receberá nenhum tipo de bonificação pela sua participação.

Garantimos que nenhuma informação que possa identificá-lo (a) será revelada. Se você tiver qualquer dúvida com respeito à pesquisa, poderá entrar em contato comigo, pelo telefone (81) 97298689 email : nara_moura@hotmail.com e no endereço: Rua Luiz Soares, 88, Tejipió, Recife-PE, 50930-050 ou com a Dra. Monica Cristina Batista de Melo e-mail: monicademelo@ig.com.br e no endereço: Rua Jean Émile Favre, 422 - Imbiribeira, Recife - PE, 51200-060. (81) 3035-7777; 81 99981301

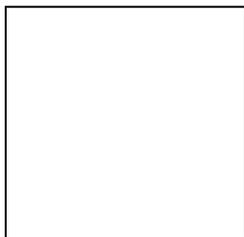
Informamos também que o Comitê de Ética e Pesquisa funciona na Rua Jean Emile Favre, 422, bloco 9, sala 919.1.10.B, Ipsep, Recife – PE, e pode ser contatado através do telefone (81) 3035-7722, de segunda a sexta, das 8:30h às 11:30h e das 14:00h às 16:30h ou pelo e-mail comite.etica@fps.edu.br.

Recife, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora responsável

Participante

Impressão Digital



APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO



Mestrado de Educação em Saúde

Pesquisadora: Nara Moura
Orientadora: Dra. Mônica Melo

Título: A atividade docente dos profissionais de um serviço de atenção domiciliar

Dados sócios demográficos

1. Nome: _____ n° _____
 2. Ano de nascimento: _____ 3. Gênero: _____
 4. Tipo de Graduação: _____ 5. Ano de conclusão: _____
 7. Tipo de titulação: _____ 6. Ano de conclusão: _____

Roteiro de Perguntas para a entrevista

1. O que você entende por ser preceptor?
2. Você tem conhecimento de algum curso de capacitação para preceptores?
3. Você participou de algum curso de capacitação?
4. Fale um pouco sobre o desenvolvimento da capacitação que participou se foi:
Teórica, prática () teórico/prática
5. Você atua como docente em Instituição de Ensino Superior-IES? () sim () não
Qual Instituição? _____
6. Comente, descreva sobre sua atividade de preceptoria aqui no SAD.
7. Qual seu contato com a IES responsável pelos estudantes que você recebe?
8. Você sabe se existem objetivos de aprendizagem a serem alcançados pelos estudantes durante a vivência aqui no SAD?
9. Fale um pouco sobre eles.
10. Como você observa a relação desses objetivos na prática
11. Enquanto preceptor, você se considera um docente?

12. Na sua opinião, qual a sua contribuição na formação acadêmica desses estudantes?
13. Você teria alguma sugestão para essa atividade da aprendizagem da prática clínica na atenção domiciliar?

APÊNDICE IV - APROVAÇÃO NO CEP

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção dos preceptores que atuam em um serviço de atenção domiciliar (SAD) sobre a atividade de docente

Pesquisador: Nara Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43071915.8.0000.5589

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.056.823

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto possui uma apresentação direta e descreve de forma coerente todos os itens necessários para compreensão do desenvolvimento da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o exercício da preceptoria como ferramenta de formação de profissionais do SAD.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que a pesquisa apresenta riscos mínimos, como constrangimento dos participantes em virtude da possibilidade de algum profissional entrevistado poder conhecer a pesquisadora e/ou ter relação de trabalho entre eles, bem como, perda de tempo na realização da mesma.

como benefício foi destacado o facilitar a apropriação da função pelos profissionais a partir do reconhecimento e da valorização do seu papel docente enquanto preceptor.

Os benefícios oriundos da pesquisa são relevantes e superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresenta validade científica, e aborda temática relevante cujos benefícios poderão ser estendidos a comunidade acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Adequado

CARTA DE ANUÊNCIA: Adequado

TCLE: Adequado

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta relevância científica e social e não oferece comprometimentos éticos aos sujeitos da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador principal envie notificação da conclusão do projeto ao final da pesquisa, através da página da Plataforma Brasil > Notificação.

RECIFE, 11 de Maio de 2015

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Jean Emile Favre, 422

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.200-060

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3035-7732

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA INTERFACE

Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação
PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita apenas on-line, pelo sistema Scholar One Manuscripts. Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

- a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”¹

c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas

(International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo.

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise

da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores).

O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções.

Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial

(editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/> .