

A preceptoria e o ensino do autocuidado do diabético: das dificuldades aos caminhos possíveis

Preceptorship and the teaching of diabetic self-care: from difficulties to possible paths

Patricia Ribeiro da Silva Maia Teixeira

Mestre em Ensino na Saúde/Especialista em Medicina do Trabalho e Clínica Médica pela Universidade Federal Fluminense — UFF.
E-mail: dra.patriciaribeiro@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6570-8681

Ana Clementina Vieira de Almeida

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense — UFF.
E-mail: ana.vieiradealmeida@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9342-6179

Lucia Cardoso Mourão

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal Fluminense — UFF.
E-mail: luciamourao@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-7058-4908

Gilson Saippa de Oliveira

Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde de Nova Friburgo, da Universidade Federal Fluminense — UFF.
E-mail: gilsonsaippa@id.uff.br
ORCID: 0000-0001-8677-096X

Antônia Conceição Cylindro Machado

Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ.
E-mail: antonia.machado@unigranrio.edu.br
ORCID: 0000-0002-7853-1667

Fabíola Braz Penna

Mestre em Ensino na Saúde/Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense — UFF.
E-mail: fbpenna@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5757-6340

Resumo

Objetivo: discutir as dificuldades e os caminhos possíveis para o ensino do autocuidado do diabético aos alunos em formação na Atenção Básica, evidenciados junto aos profissionais de saúde que atuam como preceptores nos serviços de saúde. **Métodos:** a pesquisa, tipo estudo de caso com abordagem qualitativa, utilizou como referencial teórico metodológico a análise institucional, em sua abordagem socioclínica institucional. Para a produção de dados foram realizados cinco encontros com trabalhadores da saúde em uma unidade do Programa Médico de Família. **Resultados:** os resultados revelaram que o sofrimento permeia o contexto do autocuidado, sentido, de um lado, pelos diabéticos, e de outro, pelos profissionais de saúde/preceptores no desempenho

do seu duplo papel: educativo e assistencial. Como possíveis caminhos, a pesquisa possibilitou aos profissionais de saúde/preceptores repensarem suas práticas, sugerindo mudanças no processo de trabalho relativo ao ensino do autocuidado ao diabético. **Conclusões:** destaca-se a necessidade de ampliar as reflexões sobre o papel assistencial e educativo dos profissionais de saúde/preceptores nos serviços do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Preceptoria; Educação; Assistência à saúde; Diabetes Mellitus.

Abstract

Objective: to discuss the difficulties and possible ways to teach diabetic self-care to students undergoing training in Primary Care, as evidenced by health professionals who act as preceptors in health services. **Methods:** the research, a case study with a qualitative approach, used institutional analysis as its theoretical and methodological framework, in its institutional socio-clinical approach. For the production of data, five meetings were held with health workers in a unit of the Family Medical Program. **Results:** the results revealed that suffering permeates the context of self-care, felt, on the one hand, by diabetics, and on the other, by health professionals/preceptors in the performance of their dual role: educational and assistance. As possible paths, the research enabled health professionals/preceptors to rethink their practices, suggesting changes in the work process related to teaching self-care to diabetics. **Conclusions:** the need to expand reflections on the care and educational role of health professionals/preceptors in Unified Health System services is highlighted.

Keywords: Preceptorship; Education; Health Care; Diabetes Mellitus.

Introdução

A formação dos profissionais de saúde está intrinsecamente relacionada com a atuação profissional dos trabalhadores em saúde e investir nela é uma prioridade, entendendo-se que os futuros profissionais são agentes das mudanças necessárias para os avanços no Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Nesse contexto, ancorado na Lei n.º 8.080, de 1990, o trabalhador do SUS deverá realizar ações de ensino no papel de preceptor, inserindo em sua prática as atividades educativas para a formação de estudantes nos serviços de saúde.² Para que isso aconteça, torna-se necessária a articulação entre os profissionais de saúde, que atuam como preceptores, com as instituições de ensino.

O Pró-Saúde, articulado ao Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), avança ao implementar um programa onde os profissionais de saúde do SUS, juntamente com docentes e estudantes de graduação da área da saúde, desenvolvem ações integrando ensino-serviço-comunidade nas unidades de saúde, com vistas a favorecer a formação da graduação das profissões da área da saúde.^{3,4} Nesse cenário de cuidado e formação, deve-se considerar a relevância da aprendizagem no e para o trabalho em saúde com a implementação de estratégias educacionais para a formação de docentes e de trabalhadores de saúde da rede do SUS, de modo que estes últimos atuem como preceptores.⁵

Apoiando-se em alguns documentos,^{2,3,4,5} podemos considerar que a preceptoria refere-se ao exercício sistemático de acompanhamento e orientação profissional na educação em serviço, exercício esse que estimula os discentes a atuarem no processo saúde-doença-cuidado em seus diferentes níveis de atenção. O preceptor é, portanto, aquele profissional que não é da academia,

mas serve, muitas vezes, de referência para os educandos, exercendo um importante papel na inserção e socialização dos graduandos, ou recém-graduados, no ambiente de trabalho.^{1,6,7,8}

Considerando-se essas questões e a necessidade de favorecer o ensino do autocuidado do diabético à alunos em formação pelos preceptores, entende-se que tal formação deve ser operacionalizada por atividades teóricas e práticas que promovam diálogos sobre as relações humanas e as diferentes formas de organização social, a partir da integralidade da atenção à saúde e do trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional.^{6,8,9}

Pelo lado do *diabetes mellitus* (DM), o ensino do autocuidado torna-se relevante, considerando sua prevalência alarmante em todo o mundo, onde atualmente, no Brasil, 12 milhões de pessoas são portadoras dessa doença crônica. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que, até 2030, 347 milhões de pessoas no mundo terão DM, podendo esse número chegar a 552 milhões.¹⁰ A mudança no estilo de vida e o autocuidado são pedras angulares para sua prevenção e controle. Esse envolve a aprendizagem e o autoconhecimento sobre a doença, permitindo à pessoa com DM compreender que ela própria é a protagonista no controle da doença e a responsável por seu futuro bem-estar.^{11,12}

O autocuidado tem, didaticamente, três grandes grupos de problemas/prioridades ou mudanças necessárias a serem desenvolvidos, embora, muitas vezes, apresentem-se entrelaçados no indivíduo. O primeiro grupo é o do manejo clínico, onde são abordados os problemas relacionados com os procedimentos e problemas cognitivos comportamentais, o que exige que a pessoa com diabetes adquira novas habilidades relativas ao aprender a conhecer e aprender a fazer. O segundo grupo refere-se às mudanças necessárias no estilo de vida, no qual predominam as habilidades que enfocam o aprender a ser e aprender a conviver, com aspectos do aprender a fazer. E, finalmente, o terceiro grupo relaciona-se com os aspectos psicossociais, que lidam com a mudança de visão de futuro, de como o indivíduo enfrenta a condição crônica e suas adversidades. O aprender a ser e aprender a conviver tem importância fundamental para obter sucesso no manejo desses aspectos.^{13,14}

Para trabalhar todas essas dimensões, a educação para o autocuidado prioriza a escolha de necessidades, problemas e prioridades definidos pelo indivíduo e acordados com o profissional de saúde, e conforme o problema ou prioridade escolhido, o profissional faz uma opção metodológica ou utiliza ferramentas adequadas para lidar especificamente com aquele problema acordado. Os princípios básicos dessas ferramentas são a compreensão, a empatia e o diálogo.^{14,15}

Embora diferentes autores destaquem a necessidade e relevância do ensino do autocuidado ao diabético pelos profissionais de saúde/preceptores aos estudantes, a primeira autora deste artigo, que atua como supervisora de clínica médica, percebia que, apesar de existir nas unidades do Programa Médico de Família um trabalho organizado e contínuo para as ações de prevenção e promoção da saúde dos diabéticos, a adesão ao autocuidado ainda ficava aquém do necessário. Esse agir se repetia com o aluno em campo de estágio, onde embora trouxesse o conhecimento teórico da importância de todas essas medidas, acabava por não vivenciar estratégias bem-sucedidas. A descrença na educação para a prática do autocuidado se estabelecia como um ciclo vicioso.

Diante do exposto e entendendo que o DM sofre a interferência de um grupo muito complexo de sistemas genéticos, ambientais e pessoais, inclusive uma gama de aspectos sociais, culturais e econômicos que interagem dentro de determinada sociedade, cabe-nos aqui indagar: como o profissional de saúde em atividade de preceptoria percebe sua atuação, no ensino do autocuidado

oferecido às pessoas com diabetes e aos estudantes em formação? Nesse sentido, este artigo objetiva discutir as dificuldades e os caminhos possíveis para o ensino do autocuidado do diabético aos alunos em formação na Atenção Básica, evidenciados junto aos profissionais de saúde que atuam como preceptores nos serviços de saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa-intervenção, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa e sustentada pelo referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, na modalidade Socioclínica Institucional. A pesquisa qualitativa busca compreender os valores, comportamentos e crenças que influenciam as relações entre as pessoas e seu agir ligado ao processo saúde-doença.^{15,16} O estudo de caso explora situações da vida real, cujos limites não estão claramente definidos, explicitando as variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexa.^{16,17}

A pesquisa-intervenção nos moldes da Análise Institucional é realizada em grupos, valorizando as opiniões e valores dos integrantes, possibilitando evidenciar as dificuldades e deficiências quanto a determinado fenômeno, e oferecendo informações que possam favorecer a busca de estratégias naquele contexto.¹⁸ Destaca-se que a palavra intervenção, na Análise Institucional, distancia-se da palavra intervir no sentido de interferir, utilizar poder e autoridade, sendo associada ao verbo ver — ver a heterogeneidade onde só se via a homogeneidade.^{19,20}

Com relação à Análise Institucional, essa surgiu na França nos anos 1960, trazendo para a pesquisa a influência da Psicoterapia e da Pedagogia Institucional, bem como os conceitos de autores originários da Sociologia, Filosofia, Ciência Política e Psicanálise, tais como: instituição, instituído; instituinte; encomenda, demandas, transversalidade, analisador e implicação.²⁰

Ressalta-se que, neste artigo, a saúde, o ensino e as práticas profissionais são entendidos como instituição, de acordo com a visão sociológica de Berger e Berger, na qual toda instituição tem como características: a coercitividade e a autoridade moral, que exercem um padrão de controle sobre os indivíduos; a historicidade, que assinala a existência das instituições antes do nascimento do indivíduo e sua continuidade depois de sua morte; a exterioridade, que destaca que toda instituição está situada fora do indivíduo e independe de sua vontade; e a objetividade, que permite interpretar e justificar a realidade a partir de suas leis, normas e regras.²¹

Quanto à modalidade Socioclínica Institucional, Gilles Monceau, professor de Ciências da Educação, no final da década de 1980 propõe as intervenções a partir de oito conceitos operacionais ou características, a saber:

Participação dos sujeitos no dispositivo; análise da encomenda e das demandas; trabalho das implicações primárias e secundárias; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação da modalidade de restituição; intenção de produzir conhecimentos; trabalho dos analisadores; análise dos contextos e interferências institucionais.^{22:93}

Essas características não se constituem em passos a serem seguidos ou tomados sequencialmente, mas fornecem o material necessário para expor os desafios colocados pelas situações, facilitando sua investigação e análise.²² Alguns desses conceitos serão apresentados no decorrer do artigo, em *itálico*, de maneira a facilitar a compreensão de como a Socioclínica Institucional foi utilizada na pesquisa.

Para a produção de dados, a primeira autora deste artigo fez uma *encomenda*²² aos profissionais de saúde para participarem de encontros em grupo. O cenário foi um módulo do Programa Médico de

Família de Niterói, Rio de Janeiro, onde o atendimento da população adscrita é realizado por três equipes básicas, uma equipe de supervisão técnica e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Foram desenvolvidos cinco encontros, de fevereiro a outubro de 2019, onde cada encontro teve duração aproximada de 120 minutos, com a participação média de 16 a 22 profissionais. Inicialmente, o critério de inclusão permitia que apenas os profissionais de nível superior da saúde participassem dos encontros, sendo representados por cinco médicos, sete enfermeiros, dois odontólogos, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta. Este critério apoiou-se na Portaria Interministerial n.º 1.802 de 2008,²³ que considera preceptores apenas os profissionais com cursos de graduação e com experiência mínima de três anos de atuação.

Contudo, três técnicas de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde mostraram interesse em participar da pesquisa, por também acompanharem os alunos nas atividades práticas. Conhecendo o desempenho dos mesmos junto aos alunos em formação, eles foram incluídos, entendendo que a introdução de profissionais sem formação de nível de superior como preceptores deve ser problematizada, descortinando seus conceitos, formação e trabalho desenvolvido nos diferentes cenários do SUS.²⁴ Pelo lado da Socioclínica Institucional, os encontros não são fechados e a presença de novos participantes pode funcionar como um dispositivo para favorecer os debates, trazendo novas percepções sobre a temática.²²

Nos três primeiros encontros, foi utilizada como dispositivo a dramatização, sendo solicitado aos participantes que realizassem uma breve representação de situações vivenciadas no cotidiano do campo (território/domicílio), ou em práticas em consultório e em grupo. O dispositivo, na pesquisa-intervenção, é entendido como diferentes estratégias de pesquisa que possibilitam as pessoas falarem sobre um problema do coletivo, abrindo espaço para uma multiplicidade de olhares e possibilitando gerar novas ideias, ou até mesmo pensamentos contraditórios sobre o que está instituído numa organização.^{18,19} A dramatização é um dispositivo capaz de encenar situações reais, contribuindo para que as pessoas se percebam como profissionais instituídos nas diferentes instituições que permeiam suas práticas, favorecendo a liberação da palavra nos debates.²²

No primeiro encontro, o dispositivo dramatização abordou a consulta médica e de enfermagem; no segundo, a visita domiciliar; e no terceiro, os grupos educativos. Todas as dramatizações tiveram como eixo a maneira como os profissionais/preceptores abordavam o ensino do autocuidado ao diabético aos estudantes em formação. Após a encenação, abriam-se os debates sobre a temática. Nos dois últimos encontros foi feita a *restituição*²² dos principais aspectos discutidos nas dramatizações e deu-se a continuidade dos debates em rodas de conversa.

Com a prévia autorização dos participantes, os depoimentos dos encontros foram gravados e posteriormente transcritos, sendo analisados a partir da leitura e releitura dos depoimentos pelos autores, onde foram destacadas palavras que se repetiam, posicionamentos discordantes e as características mais evidentes da Socioclínica Institucional.^{25,26,27,28} Ao identificar as características da Socioclínica Institucional, foi possível perceber de que maneira as mesmas favoreceram a investigação e o processo analítico, permitindo perceber também quais eram as mais frequentes e em que momento do processo de intervenção elas mais se evidenciaram.^{21,22}

Uma leitura final foi realizada pelos autores, tendo como foco os aspectos já destacados em todas as transcrições, o que permitiu a elaboração de eixos de análise.^{25,26,27} Neste artigo serão apresentados dois eixos, a saber: dificuldades do profissional de saúde/preceptor no ensino do autocuidado e possíveis caminhos para favorecer o ensino do autocuidado aos futuros profissionais de saúde.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 14351519.0.0000.5243.

Resultados e Discussão

Dificuldades do profissional de saúde/preceptor no ensino do autocuidado

Nos três primeiros encontros, durante as dramatizações, ficaram explícitas as dificuldades de promover o autocuidado relativas a três elementos, denominados pela primeira autora deste artigo de “Tripé do Autocuidado”: o autocuidado do próprio profissional de saúde/preceptor (o Ser), a promoção do autocuidado das pessoas com diabetes (o Fazer) e o trabalho de capacitar os futuros profissionais de saúde para desenvolverem esse duplo autocuidado (o Ser/Fazer).⁷

No quarto encontro, a primeira autora, após restituir²² os resultados das reuniões anteriores, fez aos participantes a encomenda²² de darem continuidade aos debates sobre a temática, a partir do seguinte questionamento:

[...] e hoje, o objetivo é dar continuidade à conversa sobre a questão do ensino da promoção do autocuidado. Como é que a gente sai dessa dualidade entre o ser e o fazer? Como cumprir esse papel de profissional de saúde, de educador, apesar de a gente ter toda essa dificuldade de realizar o “nosso” autocuidado?

A partir dessa provocação, os debates começaram a trazer as inquietações dos profissionais de saúde/preceptores que do ponto de vista da formação, destacaram o sofrimento por não estarem preparados para serem preceptores, trazendo como preocupação a influência que suas condutas, junto aos diabéticos, poderiam exercer nas ações dos futuros profissionais de saúde.⁷ Do ponto de vista assistencial, destacaram as dificuldades para lidarem com a elaboração de um plano terapêutico conjunto que viesse a produzir mais autonomia ao diabético, minimizando seu sofrimento, como a dificuldade de aceitar uma doença que não tem cura, a necessidade de tomar medicamentos pelo resto da vida (muitas vezes, inclusive injetáveis) e a perda de coisas que lhes davam prazer, relacionadas, sobretudo, com a alimentação.^{7,13,14} Os depoimentos abaixo destacam essas inquietações:

[...] e a gente vinha num aprendizado de trabalhar com os alunos e, ao mesmo tempo, de lidar com a promoção do autocuidado ao diabético, de maneira que o paciente e o aluno entendessem a importância que aquilo tinha nesse pacto de tratamento. Mas, na verdade, é muito difícil, porque os alunos caem no colo da gente sem que a gente tenha nenhum preparo. Então, são dois aprendizados nesse processo de trabalho [...] (P15).

[...] o diabetes é para a vida inteira, então, não dá para você ensinar para a pessoa uma dieta que ela não vai conseguir manter para sempre. E, além disso, tem a medicação e, para aqueles que usam a insulina, é ainda mais sofrido. Às vezes, têm que se furar seis vezes ao dia!!! (P1).

A partir desses depoimentos, foi possível constatar, pelo lado do diabético, as dificuldades apontadas acima que corroboram com os documentos oficiais.^{11,12,14} Quanto aos profissionais de saúde/preceptores, a dupla função assistencial e de educador, numa perspectiva de transformação de si mesmo e dos futuros profissionais, provoca sofrimento pela falta de espaço, nos serviços, para a discussão sobre o trabalho no cotidiano, em um espaço democrático em que ocorra a livre circulação da palavra e no qual todos possam reconhecer suas dificuldades.²⁸ Destaca-se, com relação à preceptoria e ao ensino, que a maioria dos preceptores não recebe a capacitação pedagógica necessária e a sua prática pedagógica reproduz, muitas vezes, aquela de seus antigos professores, pautada por um modelo pedagógico tradicional e transmissor.^{6,8,9} O depoimento abaixo exemplifica essa questão:

Então, assim [...] a gente vai muito de uma maneira intuitiva. Será que a gente consegue passar algum conhecimento para quem está chegando? Que estratégias a gente tem, para trocar nosso conhecimento com quem um dia vai ser esse multiplicador na saúde? Porque, no fundo, é disso que a gente está falando, a gente está falando de cuidado (P0).

Agir de maneira intuitiva, muitas vezes reproduzindo o que aprenderam durante a graduação, tem sido a prática da maioria dos preceptores, que, sem possuírem capacitação pedagógica para o processo educativo, reproduzem para os estudantes o que acreditam ser a prática pedagógica mais correta.^{6,8} Trazem como incômodo o peso da responsabilidade a eles atribuída nos documentos oficiais e pelo entendimento de ser o elo essencial entre o programa acadêmico e a prática assistencial,^{3,4,5} revelando as contradições que aparecem durante o processo de intervenção.^{20,22,29}

Torna-se importante salientar que além do problema da falta de preparo dos profissionais para serem preceptores, ainda existem as dificuldades relacionadas às diferenças individuais, se pensarmos que os profissionais de saúde e docentes são atravessados por diferentes *instituições*, tais como as instituições família, religião, saúde, ensino e práticas profissionais. Essas, no contexto onde se desenvolve a preceptoria, propiciam que cada profissional traga, de suas instituições, normas próprias e cobranças de desempenho profissional, o que às vezes cria mais obstáculos no desenvolvimento do processo ensino-aprendizado na preceptoria.

Portanto, pode-se dizer que o comportamento *instituído* dos profissionais de saúde/preceptores e docentes sofre a influência das *instituições* que permeiam suas práticas, podendo-se perceber as interferências institucionais²² presentes nos serviços do SUS, onde se cruzam estas instituições.^{20,22,29}

Outra questão recorrente nos encontros foi o problema da comunicação entre o profissional de saúde e o indivíduo diabético e sua família. Os participantes destacaram as dificuldades dos profissionais de saúde entenderem a diferença entre abordar o outro, a partir de uma escuta ativa, e tentar mudar a vida do outro de forma impositiva, por acreditarem saber o que é melhor para o diabético. Isso afeta diretamente o aluno de graduação, que geralmente se espelha na conduta do profissional. A questão é exemplificada no diálogo abaixo:

[...] então, quando recebo um paciente com diagnóstico de diabetes, já começo a pensar no que deve ser mudado na vida dele (P19).

Calma aí [...] você parou para ouvir o paciente? O que é que ele quer? Assim você atropela, né? (P15).

E o aluno aprende que isto é o certo! A gente tem que descer desse pedestal, não é nem por ser profissional de saúde ou ser o que for, mas a gente não tem o direito de determinar nada para ninguém (P2).

Embora seja bastante enfatizada na teoria a comunicação entre profissional de saúde e paciente do tipo acompanhamento e de orientação,¹⁴ ela ainda é uma prática em construção, tanto na academia quanto nos serviços de saúde. A abordagem dos profissionais de saúde com os pacientes ainda traz muito da comunicação tipo direcionamento, no qual o processo educativo fica centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe.¹⁴

É importante destacar que as mudanças no tipo de comunicação já instituídas nas práticas dos profissionais de saúde/preceptores não se fazem sem resistências, pois envolvem substituição de práticas já cristalizadas que têm a tendência de permanecerem estáticas e imutáveis, tornando-se assim resistentes para o desenvolvimento de novas práticas.^{29,30,31} É importante ter em mente que comportamentos *instituídos* estão sempre sendo atravessados por movimentos *instituintes* nos contextos de prática e, portanto, não se deve ter o entendimento de que o *instituído* é mau e o

instituinte é bom. Tudo é movimento. Dialeticamente, a contradição produz movimento e este produz história.^{29,32}

Outro problema apontado nos debates se refere à questão do tempo para o aprendizado do autocuidado, observado no imediatismo tanto dos profissionais de saúde/preceptores, nas ações de prevenção e tratamento do DM; quanto dos pacientes. Esse imediatismo determina que o profissional trabalhe apenas com os aspectos clínicos do autocuidado, sem levar em conta os aspectos psicossociais que envolvem o ser do diabético, sua visão de futuro e, conseqüentemente, seu tempo para as mudanças no estilo de vida.^{12,13} Por sua vez, o paciente também quer ter resultados rápidos com relação ao controle da doença, sem considerar as suas dificuldades para a mudança de hábitos no cuidado da saúde.⁷

Nessa relação, nem o profissional de saúde/preceptor e nem o diabético consideram a importância de entender o tempo como um investimento para um melhor gerenciamento do diabetes, a fim de promover as habilidades necessárias para o autocuidado.^{7,12,13} Essa questão, que causa sofrimento em todos os envolvidos, pode ser exemplificada abaixo:

Estou com muita dificuldade de falar para as pessoas do que elas vão ganhar, se começarem a mudar seus hábitos, porque elas não têm um olhar que possa ir para frente. Porque todos nós estamos vidrados no agora. E então, como é que a gente sai desse olhar, sabe... imediatista. Como é que a gente sai desse olhar, para a gente poder estimular o outro a pensar num prazo, num tempo mais longo [...]. Sabemos que não estamos tendo o resultado esperado e isto incomoda muito (P3).

A gente está recebendo aluno, e fico às vezes pensando o que a gente pode fazer para que estas pessoas, desde mais cedo, estejam mais instrumentalizadas para lidar com os problemas do tempo no autocuidado (P14).

Entende-se, portanto, que os profissionais de saúde/preceptores devem organizar o processo de trabalho com o intuito de terem mais tempo para o diabético, aprimorando a capacidade de escuta para que, juntos, estabeleçam planos e metas ao longo do tempo. Desse modo, será possível alcançar a adesão ao autocuidado, com uma efetiva mudança de hábitos e entendendo que o respeito ao tempo é um ganho tanto para o profissional de saúde/preceptor, como para o diabético.^{7,13,14}

Levantar essas questões, tendo como *analisador*²² o sofrimento, possibilitou que os profissionais refletissem sobre suas práticas para além do que está *instituído* nos serviços, com regras e protocolos pré-estabelecidos, a exemplo da comunicação tipo direcionamento, presentes nas práticas de alguns profissionais de saúde/preceptores e do imediatismo nas condutas sobre o ensino do autocuidado ao diabético. Possibilitou também, emergir naquele contexto, problemas cotidianos que trazem nuances de movimentos *instituintes*, dificilmente percebidos pelos profissionais de saúde/preceptores no cotidiano e que serão abordados no próximo eixo.

Com relação ao *analisador*, esclarecemos que na Análise institucional esse se constitui em elementos que podem ser explicitados ao longo do processo de intervenção, onde apontam aspectos contraditórios e ocultos do grupo com o qual se trabalha.^{20,22,29} No caso do analisador sofrimento, ele foi localizado a partir das muitas repetições dessa palavra nos depoimentos, revelando como o mesmo estava oculto nas dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde/preceptores no ensino do autocuidado. Revelaram-se, sobretudo, as contradições entre o que destacam os documentos oficiais relativos à preceptoria e ao ensino do autocuidado ao diabético.

Na análise deste eixo, outras características da Socioclínica Institucional puderam ser evidenciadas, como a participação dos sujeitos no dispositivo de intervenção,²² e a *análise das encomendas e das demandas*.²² A *encomenda* pode ser observada por ocasião dos questionamentos da primeira autora aos participantes para que pusessem em debate a temática ensino do autocuidado, e as demandas foram destacadas nos encontros socioclínicos quando os participantes repensaram o papel das *instituições* saúde, ensino e práticas profissionais, possibilitando um entrelaçamento entre trabalho teórico e trabalho técnico, alterando as formas de fazer e as formas de pensar a realidade das instituições presentes nos debates.^{22,31}

Possíveis caminhos para favorecer o ensino do autocuidado aos futuros profissionais de saúde

No eixo anterior, ao pontuar as dificuldades relativas ao ensino do autocuidado do diabético aos estudantes, os participantes iniciaram um repensar sobre possíveis caminhos que se configuraram como nuances de movimentos *instituintes* naquele cenário como ampliar a escuta ativa; promover a comunicação baseada no acompanhamento e orientação; respeitar o tempo do outro e reforçar sempre os ganhos trazidos pelo autocuidado e não as perdas provocadas pela doença. Além disso, salientaram a necessidade de implementar a necessidade de elaborar um projeto compartilhado entre os saberes dos profissionais de saúde, diabéticos e estudantes.

Diante destes achados, no último encontro, a primeira autora fez o seguinte questionamento aos participantes:

Que estratégias o profissional/preceptor pode utilizar para que os alunos tenham uma outra visão do autocuidado? Algum de nós já perguntou aos alunos como entendem o autocuidado?

Esse questionamento levou o grupo a refletir sobre seu próprio autocuidado e sobre o processo de ensino do autocuidado, de maneira a melhorar o processo de trabalho na unidade de saúde, favorecendo a assistência ao diabético e o aprendizado dos alunos. Abaixo, transcrevemos extratos de depoimentos que relatam como foi possível, naquele cenário, os participantes se aproximarem de uma proposta de organização do processo de trabalho na preceptoria que possibilitasse os profissionais de saúde, docentes e alunos, se aproximarem do que trazem os documentos oficiais sobre a preceptoria e a formação no SUS.^{2,3,4,5}

Então, penso que, com o aluno, o nosso compromisso maior é a desconstrução desse conceito inicial de que a gente sabe todas as respostas, e isto exige muita abertura [...] porque há casos em que é muito difícil [...] acho que nosso papel é fazer os alunos pensarem numa saída, que às vezes é melhor do que a nossa, e para mim assim se produz preceptoria. Na minha graduação de medicina, senti falta de pessoas que me colocassem na posição de pensar sobre aquele caso individualmente (P1).

Acho que o professor deveria fazer uma reunião aqui na unidade, para que a gente conheça o que os alunos precisam aprender, né? Eles chegam aqui e a gente não sabe o que fazer com eles. Então, eu [os] levo comigo nas visitas (P17).

A gente devia fazer assim [...] no dia que os alunos chegam na unidade, a gente faz uma reunião com eles. Me lembro que, quando fui fazer estágio, eu não conhecia ninguém, nem o lugar [...] e foi muito ruim [...] (P15).

E a gente pode, nesse dia, apresentar o mapa do território, falar sobre a comunidade, quem são os pacientes, e mostrar os serviços que fazemos aqui na unidade, né? (P17).

Eu, na minha opinião, a primeira atividade deles deveria ser a visita domiciliar. Assim, eles já conhecem a realidade dos pacientes, né?. Porque tem alguns que nunca viram uma comunidade [...] e acho que isso vai ajudar eles a pensarem em propostas possíveis [...] (P1).

[...] eu penso que, antes de ensinar qualquer coisa, devemos pedir para eles falarem, ou melhor que respondam algumas perguntas que poderiam ser: o que você aprendeu até agora sobre autocuidado? Você pratica o autocuidado? Que dificuldades encontra na sua prática de autocuidado? O que motiva você a se autocuidar? Isto é importante, antes de eles terem contato com os pacientes. Porque eles vão começar a pensar [...] caramba, se eu tenho dificuldade comigo, né? [Daí] então, já entra na vida do outro com um olhar diferente (P12).

[...] também é importante eles refletirem com o preceptor, no final de cada atividade, o que chamou a atenção deles e o que sugerem para melhorar a situação que observaram (P21).

[...] e, no final do estágio, eu acho que deveriam responder as mesmas perguntas que foram feitas quando chegaram sobre o autocuidado. Assim, nós, eles e os professores, podemos avaliar o que mudou [...] (P4).

Esses depoimentos nos levam a pensar que, quando se discute a preceptoria com base no que realmente se passa no cotidiano dos diferentes ambientes de trabalho e formação, gera-se a possibilidade de compreender melhor o que é essa prática e o quanto ela se aproxima ou se distancia da conceituação que fazemos do que é ser preceptor.^{5,6,33,34}

Nossa concepção de preceptoria vem apoiada no referencial teórico-metodológico aqui utilizado, entendendo que se trata de uma atividade sempre em construção e transformação, que deve criar e recriar-se para acompanhar as mudanças que ocorrem nas instituições de saúde e ensino, buscando auxiliar graduandos e recém-graduados na construção de soluções para os problemas com os quais eles se defrontam na sua prática em saúde, além de articular os conhecimentos e valores da Escola e do trabalho.^{5,6,8} Por conta dessa especificidade, entendemos ser necessário que os profissionais envolvidos na preceptoria se eduquem enquanto educam, bem como entendam que o processo educativo é permeado por saberes e experiências heterogêneas, fator altamente favorável à formação dos estudantes.

Porém, os resultados deste estudo indicam que, apesar dos avanços com relação às proposições acima, ainda é precária a integração entre os centros formadores e os serviços do SUS para o planejamento das ações de ensino, revelando as contradições entre os documentos oficiais e o cotidiano dos profissionais de saúde. Nota-se, nos depoimentos de P15 e P17, que os profissionais de saúde/preceptores necessitam dessa integração para nortear as atividades que deverão desenvolver com os alunos.

Com relação ao diálogo acima, podemos dizer que o mesmo apresenta nuances de um movimento *instituinte* na unidade de saúde, e que poderá institucionalizar-se naquele cenário na busca de possíveis caminhos para a organização de um processo de trabalho na preceptoria.^{29,32}

Destacamos que os resultados aqui apresentados só foram alcançados a partir da *análise das implicações*²² dos participantes com as *instituições* saúde, ensino e práticas profissionais, entre outras. O conceito de *implicação* pode ser entendido como a soma das referências subjetivas e objetivas que modelam o comportamento dos sujeitos, quando em processo de intervenção, produzindo interferências nas instituições que permeiam suas práticas e que, se forem devidamente analisadas, poderão contribuir para produzir efeitos de transformação e efeitos de conhecimentos.²² Podemos dizer que ambas as características ficaram evidenciadas no decorrer da análise dos eixos aqui apresentados.

Conclusões

O estudo com uma diversidade de olhares, produzido pelas diferentes categorias profissionais e suas experiências sobre a preceptoria e o ensino do autocuidado ao diabético, foi fundamental para

ampliar o conhecimento sobre o duplo papel dos trabalhadores da saúde — o assistencial e o de educador.

As dificuldades apontadas em relação a esse duplo papel no âmbito do ensino, evidenciaram a necessidade de repensar a capacitação pedagógica dos profissionais de saúde na preceptoría e uma maior integração com os centros formadores. Com relação ao papel assistencial do profissional de saúde, as dificuldades apontadas destacam os problemas de comunicação, e falta de tempo para a escuta ativa e acolhimento ao sofrimento do outro, que ainda são práticas instituintes em processo de construção.

Com relação aos caminhos possíveis, destaca-se a relevância dos serviços de saúde do SUS na formação dos futuros profissionais, e do referencial teórico-metodológico para fazer aflorar nos encontros, a busca de estratégias para o ensino do autocuidado ao diabético e alunos em formação. Outro aspecto importante foi a possibilidade da continuidade dos encontros nos moldes da Socioclínica Institucional nas reuniões de equipe, onde esta e outras temáticas poderão ser colocadas em análise coletiva.

Como limitação, destacamos que a implantação da proposta sobre o ensino do autocuidado na preceptoría, sugerida pelos participantes, não pode ser viabilizada em virtude da pandemia da COVID-19 e da suspensão das aulas práticas dos alunos de graduação no cenário deste estudo.

Destaca-se a necessidade da elaboração de outros estudos que tenham o objetivo de ampliar as reflexões sobre como vem ocorrendo a preceptoría na rede de serviços do SUS.

Referências

- 1 Autonomo FR, Hortale VA, Santos GB, Botti SH. Primary health care preceptorship in medical and multidisciplinary training: a review of brazilian publications. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2015 Apr-Jun [acesso em 2021 dez 1];39(2):316-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>
- 2 Presidência da República. Lei n. 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 [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 3 Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 4 ago 2015 [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>
- 4 Ministério da Saúde. Pró-Saúde, Pet-Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2021 dez 3]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf
- 5 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 569, de 19 de janeiro de 2018. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores

(as) da área da saúde. Conselho Nacional de Saúde. 19 jan 2018 [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

- 6 Botti SH, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles? *Rev. bras. educ. méd.* [Internet]. 2008 Set [acesso em 2021 dez 1];32(3):363-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
- 7 Teixeira PR, Almeida AC, Mourão LC, Leite IC. Between being and doing: the implications of health professionals / preceptors in the effectiveness of diabetic self-care. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2020 Mar [acesso em 2021 dez 1];9(4):e74942380. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2380>
- 8 Missaka H, Ribeiro VM. Studies on preceptorship in medical training presented at the Brazilian congress of medical education from 2007 to 2009. *Rev. bras. educ. méd.* [Internet]. 2011 Set [acesso em 2021 dez 1];35(3):303-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300002>
- 9 Correa GT, Carbone TR, Rosa MF, Marinho GD, Ribeiro VM, Motta JI. A critical analysis of preceptors' discourse in a process of teacher training. *Pro-Posições.* [Internet]. 2015 Set-Dez [acesso em 2021 1 dez];26(3):167-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-7307201507808>
- 10 Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet.* [Internet]. 2011 Jul [acesso em 2021 dez 1];378(9785):31-40. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60679-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60679-x)
- 11 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2021 dez 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf
- 12 Oliveira JE, Montenegro Junior RM, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo, SP: Editora Clannad; 2017.
- 13 Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann behav med.* [Internet]. 2003 Ago [acesso em 2021 dez 1];26(1):1-7. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01
- 14 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- 15 Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1993.
- 16 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas; 2008.
- 17 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Bookman; 2001.

- 18 Galvão EF, Galvão JB. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa Revista Ciências da Sociedade (RCS). [Internet]. 2017 Set [acesso em 2021 dez 1];1(1):54-67. Disponível em: <https://doi.org/10.30810/rcs.v1i1.373>
- 19 Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Research and intervention in the promotion of health: methodological challenges of researching “with”. [Internet]. Ciênc. Saúde Colet. 2016 Jun [acesso em 2021 dez 1];21(6):1737-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>
- 20 L’Abbate S. Institutional Analysis and Intervention: a brief reference to the social and theoretical genesis of an articulation and its application in Collective Health. Mnemosine. [Internet]. 2012 [acesso em 2021 dez 1];8(1):194-219. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>
- 21 Berger B, Berger P. O que é uma instituição social? In: Foracchi MM, Martins JS (Org.). Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia. São Paulo, SP: LTC; 1977. p. 193-199.
- 22 Monceau G. A Socioclínica Institucional para pesquisas em Educação em Saúde. In: L’Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM (Org.). Análise Institucional & Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo, SP: Hucitec; 2013. p. 91-103.
- 23 Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da União. 27 ago 2008 [acesso em 2021 dez 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html
- 24 Souza MG. Formação e trabalho do preceptor na residência multiprofissional em saúde de um hospital Universitário: interdisciplinaridade ou “cada um no seu quadrado”? [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2019.
- 25 Silva V, Almeida AC, Mourão L. Produtos do Mestrado Profissional: instrumentos de mudanças na formação e nas práticas profissionais na promoção e prevenção do tabagismo. Ensino, Saúde e Ambiente. [Internet]. 2020 Ago [acesso em 2021 dez 1];13(2):155-76. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/29094>
- 26 Santos RS, Mourão LC, Almeida AC, Santos KM. Armed conflict at primary care: challenges for practice and training. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 dez 1];73(2):e20180179. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0179>
- 27 Leite IC, Mourão LC, Almeida AC. Teaching implications in the pedagogical training of a technical school. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2020;73(3):e20180679. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0679>
- 28 Penteadó RZ, Souza Neto S. Mal-estar, sofrimento e adoecimento do professor: de narrativas do trabalho e da cultura docente à docência como profissão. Saúde Soc. [Internet]. 2019 Jan-Mar [acesso em 2021 dez 1];28(1):135-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180304>
- 29 Lourau R. Objeto e Método da Análise Institucional: um novo espírito científico. In: Altoé S (Org.). Analista institucional em tempo integral. São Paulo, SP: Hucitec; 2004. p. 199-211.
- 30 Barembliit G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari; 2002.

- ³¹ Rossi A, Passos E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos. [Internet]. 2014 Jun [acesso em 2021 dez 1];5(1):156-81. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009
- ³² Mourão LC, Martins RC, Vieira CM, Rossin E, L'Abbate S. Análise Institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. Educ. Soc. [Internet]. 2007 Abr [acesso em 2021 dez 1];28(98):181-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302007000100010>
- ³³ Sanches MM, Mourão LC. Hospital preceptorship: health professional practice as analyzer of a health training institution. J Nurs UFPE on line. [Internet]. 2015 Ago [acesso em 2021 dez 1];9(8):8928-8931. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10680/11729>
- ³⁴ de Jesus JC, Ribeiro VM. Evaluation of the pedagogical training process of preceptors of medical internship. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2012 Jun [acesso em 2021 dez 1];36(2):153-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>

Submissão: 14/12/2020

Aceite: 06/05/2021