

Entre o ser e o fazer: as implicações dos profissionais de saúde/preceptores na efetivação do autocuidado do diabético

Between being and doing: the implications of health professionals / preceptors in the effectiveness of diabetic self-care

Entre ser y hacer: las implicaciones de los profesionales de la salud / preceptores en la efectividad del autocuidado diabético

Recebido: 10/12/2019 | Revisado: 11/12/2019 | Aceito: 08/03/2020 | Publicado: 20/03/2020

Patricia Ribeiro da Silva Maia Teixeira

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6570-8681>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: dra.patriciaribeiro@gmail.com

Ana Clementina Vieira de Almeida

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9342-6179>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: ana.vieiradealmeida@gmail.com

Lucia Cardoso Mourão

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7058-4908>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: luciamourao@hotmail.com

Isabel Cristina de Moura Leite

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4459-7606>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: isabelcristinademouraleite@gmail.com

Resumo

Este artigo tem o objetivo de analisar as implicações pessoais, profissionais e ideológicas com as diferentes instituições que permeiam as práticas dos profissionais de saúde/preceptores na efetivação do ensino do autocuidado ao diabético. Trata-se de uma pesquisa intervenção, com abordagem qualitativa, utilizando o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, em sua modalidade Socioclínica Institucional. Realizou-se três encontros de intervenção nos moldes da Socioclínica Institucional com os preceptores que desenvolvem atividades de

consultas, visitas domiciliares e grupos educativos direcionados à promoção do autocuidado de indivíduos portadores de diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. Os resultados revelam que as dificuldades dos profissionais de saúde/preceptores em efetuar o autocuidado estão relacionadas a três elementos: o autocuidado consigo (o *Ser*), o autocuidado na assistência (o *Fazer*) e o autocuidado na preceptoria (o *Ser* e o *Fazer*). Consideramos que este artigo abriu possibilidades para que outros estudos sejam realizados de maneira a efetivar o manejo do autocuidado ao diabético, ao contribuir para um repensar sobre as ações dos profissionais de saúde na assistência e na preceptoria e revelar nuances de práticas instituintes naquele espaço instituído pelas regras e normas das instituições saúde e educação. Estar ciente das nossas limitações e dificuldades, e realizar a análise de nossas implicações, poderá constituir-se como um facilitador no desenvolvimento de práticas educativas relacionadas ao entendimento do outro como um ser também de necessidades e de desejos.

Palavras-chave: Preceptoria; Educação em saúde; Promoção da saúde; Autocuidado; Diabetes mellitus;

Abstract

This article aims to analyze the personal, professional and ideological implications with the different institutions that permeate the practices of health professionals/preceptors in the realization of the teaching of self-care to diabetics. This is an intervention research, with a qualitative approach, using the theoretical-methodological framework of Institutional Analysis, in its Institutional Socioclinical modality. There were three intervention meetings along the lines of Institutional Socioclinics with the preceptors who develop consultation activities, home visits and educational groups aimed at promoting the self-care of individuals with diabetes mellitus in the Family Health Strategy. The results show that the difficulties of health professionals/preceptors in performing self-care are related to three elements: self-care with self (self), care self-care (self-care) and self-care preceptor (self-care). We consider that this article has opened possibilities for other studies to be carried out in order to effectively manage diabetic self-care, by contributing to a rethink about the actions of health professionals in care and preceptorship and revealing nuances of instituting practices in that space established by women. rules and norms of health and education institutions. Being aware of our limitations and difficulties, and analyzing their implications, can be a facilitator in the development of educational practices related to understanding the other as a being of needs and desires.

Keywords: Preceptorship; Health education; Health promotion; Self care; Diabetes mellitus.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar las implicaciones personales, profesionales e ideológicas con las diferentes instituciones que impregnan las prácticas de los profesionales de la salud/preceptores en la realización de la enseñanza del autocuidado a los diabéticos. Esta es una investigación de intervención, con un enfoque cualitativo, utilizando el marco teórico-metodológico del Análisis Institucional, en su modalidad Socioclínica Institucional. Hubo tres reuniones de intervención en la línea de las Socioclínicas Institucionales con los preceptores que desarrollan actividades de consulta, visitas domiciliarias y grupos educativos destinados a promover el autocuidado de las personas con diabetes mellitus en la Estrategia de salud familiar. Los resultados muestran que las dificultades de los profesionales de la salud/preceptores para realizar el autocuidado están relacionadas con tres elementos: autocuidado con autocuidado (autocuidado), autocuidado de cuidado (autocuidado) y preceptor de autocuidado (autocuidado). Consideramos que este artículo ha abierto posibilidades para que se realicen otros estudios con el fin de gestionar eficazmente el autocuidado diabético, al contribuir a repensar las acciones de los profesionales de la salud en el cuidado y la preceptoría y revelar los matices de instituir prácticas en ese espacio establecido por las mujeres. reglas y normas de las instituciones de salud y educación. Ser conscientes de nuestras limitaciones y dificultades, y analizar sus implicaciones, puede ser un facilitador en el desarrollo de prácticas educativas relacionadas con la comprensión del otro como un ser de necesidades y deseos.

Palabras clave: Preceptoría; Educación en salud; Promoción de la salud; Autocuidado; Diabetes mellitus

1. Introdução

Para enfrentar a complexidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde tem implementado importantes políticas e programas, com destaque para a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. O objetivo dessa Rede de Atenção é promover a reorganização do cuidado focado na atenção integral à saúde em todos os pontos de atenção, ampliando as suas estratégias e a sua qualificação. Ainda nessa linha, objetiva investir na promoção e proteção da saúde, na prevenção do desenvolvimento das DCNT e de suas complicações, envolvendo ações diagnósticas, de tratamento, de reabilitação, de redução de danos e manutenção da saúde (Ministério da Saúde, “Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica”, 2014).

O diabetes mellitus é uma doença crônica considerada um problema de saúde tido como Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, seu bom manejo ainda na Atenção Básica (AB) através de ações de promoção e prevenção à saúde, com incentivo aos hábitos saudáveis de

vida, ao autocuidado e a atuação em sua detecção precoce, evita hospitalizações e mortes, principalmente pelas suas complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. A necessidade da formação dos recursos humanos, a reorganização das comunidades e da rede básica, sendo de grande importância as medidas de promoção do autocuidado que envolvem a aprendizagem sobre a doença e o autoconhecimento sobre o seu corpo e sobre as suas escolhas, permitem que a pessoa com diabetes mellitus se perceba como corresponsável pelo seu cuidado (Ministério da Saúde, “Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus”, 2013; Oliveira, Montenegro Junior, & Vencio, 2017).

Entende-se que para obter sucesso no controle do diabetes é necessário estabelecer e desenvolver novas e sólidas parcerias, com corresponsabilidades e ações orientadas para a promoção, prevenção, detecção e controle da doença. Também é notório o papel fundamental do profissional da AB do Sistema Único de Saúde (SUS) na atuação da formação nos campos de prática dos futuros profissionais de saúde, que constituirão os recursos humanos do SUS (Ministério da Saúde, “Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus”, 2013; Ministério da Saúde, “Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica”, 2014).

Com relação à formação dos futuros profissionais, Batista & Gonçalves (2011) destacam que formar um profissional com competências e habilidades para atuar no SUS constituiu-se em um desafio para os centros formadores. Recomendam que os alunos em formação devam vivenciar a prática, juntamente com os profissionais da rede do SUS, logo no início da graduação. Enfatizam também que os centros formadores devam entender que mudanças na formação dos futuros profissionais têm se mostrado necessárias por favorecerem a reflexão sobre o papel do profissional no contexto da saúde, deixando aflorar valores e significados que nem sempre são valorizados durante o processo formativo.

Reconhecendo essa nova realidade almejada enquanto conceito de saúde e de assistência à saúde, foram elaboradas mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que trouxeram como princípios a pluralidade de ideias, a indissociabilidade entre teoria e prática, o entendimento da avaliação como uma necessidade permanente e a compreensão de formação como articulação entre as habilidades e competências com a capacidade de transformar a realidade. Estimularam a interdisciplinaridade, com os conteúdos das ciências básicas e clínicas desenvolvidas de forma integrada com os problemas prioritários de saúde, enfatizando a formação humanista, crítica e reflexiva (Chiarella et al., 2015).

É nesse contexto que se destaca o profissional de saúde da rede do SUS, que atua também como preceptor. Para Mills, Francis & Bonner (2005), este conceito é usado para

designar aquele profissional que não é da academia, mas que tem importante papel na inserção e socialização do graduando no ambiente de trabalho. A preceptoria em saúde se constitui em uma prática pedagógica que se dá no ambiente de trabalho que é também de formação profissional. Ocorre no momento do exercício clínico conduzida por profissionais da assistência, com o objetivo de construir conhecimentos relativos a cada área de atuação, bem como auxiliar na formação ética e moral dos alunos, estimulando-os a atuar no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. O preceptor tem como função auxiliar graduandos e recém-graduados na construção de soluções para os problemas com os quais eles se deparam na sua prática em saúde, em articular os conhecimentos e valores da escola e do trabalho, e, muitas vezes, servem de referências/modelos para esses educandos, contribuindo na formação de uma postura ética por parte dos estudantes (Botti & Rego, 2011; Missaka & Ribeiro, 2011).

Diante das questões levantadas sobre o diabetes mellitus, bem como sobre a formação dos futuros profissionais de saúde e a necessidade dos profissionais do SUS atuarem na assistência/preceptoria, a primeira autora do presente artigo, supervisora de clínica médica da unidade da atenção básica escolhida, que desempenha também um papel docente na educação, elaborou os seguintes pressupostos: a existência de um baixo estímulo dos profissionais de saúde/preceptores para a promoção do autocuidado e das mudanças no estilo de vida de pessoas com diabetes mellitus; a repetição da situação observada no *Fazer* dos profissionais/preceptores com os alunos em campo.

Apesar dos alunos compreenderem, na teoria, a importância de efetivar todas as medidas relacionadas ao autocuidado do diabético, eles ainda não vivenciaram na prática estratégias para a aplicabilidade destas medidas, que poderiam trazer modificações da realidade local. Essa observação levou ao seguinte questionamento: quais as dificuldades dos profissionais de saúde que atuam como preceptores em relação à efetivação do autocuidado a pessoas portadoras de diabetes mellitus no ensino e na assistência?

Esse questionamento direcionou para o delineamento do objetivo deste estudo, que é analisar as implicações pessoais, profissionais e ideológicas com as diferentes instituições que permeiam as práticas dos profissionais de saúde/preceptores na efetivação do ensino do autocuidado ao diabético.

2. Metodologia

O presente trabalho é fruto de uma dissertação do Mestrado Profissional em Ensino na

Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF), localizada em Niterói/RJ, cujo estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFF, por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 14351519.0.0000.5243. A pesquisa atendeu aos requisitos fundamentais da ética, de acordo com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

Trata-se de uma pesquisa intervenção com abordagem qualitativa tipo estudo de caso, tomando como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional, na modalidade Socioclínica Institucional, das práticas profissionais. A produção e a análise de dados aconteceram no segundo semestre de 2019. Na pesquisa intervenção, o pesquisador se mantém em contato direto com as pessoas e com o contexto e, assim, possibilita modificar e modificar-se pela experiência produzida pela intervenção, evidenciando assim, como o pesquisador está implicado com e na pesquisa (Monceau, 2015; Mendes, Pezzato & Sacardo, 2016).

A Análise Institucional surgiu no Brasil nos anos 1970 se introduzindo na prática dos pesquisadores de alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades brasileiras e de outras organizações. Congregando os mais diferentes tipos de profissionais, traz conceitos de diversos autores originados da sociologia, da filosofia, da ciência política, da pedagogia, da psicologia e da psicanálise, tais como: o de instituído; de instituinte; de institucionalização, como momentos da instituição; de transversalidade; de analisador e de implicação (L'Abbate, 2012; 2013). Savoye (2007, p. 185) complementa que “a Análise Institucional tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos”.

A Socioclínica Institucional é uma das modalidades de pesquisa da Análise Institucional e se desenvolve por meio das oito características que não se constituem em passos de ordenamento obrigatório e pré-estabelecido. São elas: a análise da encomenda e das demandas; a participação dos sujeitos no dispositivo; o trabalho dos analisadores; a análise das transformações que ocorrem na medida em que o trabalho avança; a aplicação de modalidades de restituição; o trabalho das implicações primárias e secundárias; a intenção da produção de conhecimentos; a atenção aos contextos e nas interferências institucionais. Para que essas características sejam evidenciadas, propõe-se a realização de intervenção sobre um determinado problema da realidade, através de encontros socioclínicos, com a finalidade de analisar coletivamente uma situação coletiva (Monceau, 2013; 2015). Ainda que neste artigo seja destacada a análise das implicações, todas as características socioclínicas institucionais foram evidenciadas durante os encontros.

Com relação à implicação, é importante destacar que para a Análise Institucional a palavra implicação não é sinônimo de engajamento ou comprometimento, mas a maneira como os sujeitos se relacionam com as instituições que carregam dentro de si, a exemplo da instituição saúde, educação, preceptoria (Lourau, 2004; Penido, 2015). De acordo com Lourau (2004, p. 11), a instituição não é um conceito descritivo, não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas e concretas, mas constitui-se em uma “...dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história ou tempo”.

A escolha desse referencial teórico metodológico vem apoiada nas reflexões de L'Abbate (2013), Lourau (2014) e Monceau (2015) que afirmam ser o processo de intervenção favorecedor das relações dialógicas, estimulando os participantes a identificarem suas contradições e a buscarem estratégias para a transformação de suas práticas. Também está coerente com o tipo de estudo realizado - o estudo de caso - por desenvolver uma metodologia capaz de analisar em todas as suas dimensões um “fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” (Yin, 2001, p. 32).

As intervenções que deram origem a este artigo aconteceram em um módulo de saúde do Programa Médico de Família do município de Niterói (PMFN), constituído por três equipes básicas de trabalho, cada uma delas com cerca de 2.300 usuários cadastrados. Os participantes foram dezenove profissionais do SUS que atuavam como preceptores e desenvolviam, com os graduandos da medicina, enfermagem, odontologia e farmácia da UFF, atividades de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos direcionados à promoção do autocuidado de indivíduos portadores de diabetes mellitus e de outras patologias. A equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF (fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional) e a equipe de supervisão também participaram.

Foram realizados três encontros, tendo como participantes: cinco médicas, cinco enfermeiros, uma fonoaudióloga, um terapeuta ocupacional, dois odontólogos, três técnicas de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde. Todos os participantes atuam na unidade de saúde que compartilha o serviço com os alunos. Entre os participantes do estudo, dezesseis eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades variando entre 31 e 62 anos. Destaca-se que nenhum profissional recebeu capacitação para a preceptoria.

Ao longo dos encontros, foi utilizado como dispositivo um roteiro contendo quatro questões. Os participantes, em comum acordo, decidiram que no primeiro encontro iriam colocar em debate as ações relacionadas ao autocuidado, considerando as instituições que permeiam suas práticas como a saúde, o ensino, a família, a religião, entre outras.

Foram necessárias várias leituras para a análise dos dados produzidos, onde em um

primeiro movimento procurou-se identificar nos depoimentos as características da Socioclínica Institucional. Em seguida, novas leituras permitiram identificar as repetições e as contradições que revelaram as implicações dos participantes com relação às instituições: preceptoria, saúde e educação. Posteriormente, uma nova rodada de leituras permitiu elaborar dois eixos de análise que serão apresentados a seguir.

3. Resultados e discussão

O primeiro eixo procurou abordar como os profissionais se percebem na assistência trazendo as dificuldades relacionadas ao seu próprio “autocuidado” (o *Ser*) e o do outro (o *Fazer*).

O profissional de saúde é um cuidador sob constante tensão. Lida com desafios crescentes e adversidades cotidianas e, muitas vezes, se distancia do autocuidado em sua integralidade. Este posicionamento foi bastante destacado nos encontros com os participantes, o que possibilitou que fossem realizadas as análises de suas implicações.

Lourau (2014) afirma que o conceito de implicação é bastante utilizado no referencial teórico metodológico da Análise Institucional, destacando que o mesmo se contrapõe à posição de distanciamento entre pesquisador e o objeto da pesquisa. Enfatiza que a implicação vem colocar um fim na postura de neutralidade do pesquisador, afirmando que o analista é sempre um elemento que faz parte do campo da pesquisa, daí ser impossível que ele não esteja implicado de alguma maneira com seu objeto de trabalho.

A exemplo do que fala Lourau (2014), nos depoimentos dos participantes, pôde-se perceber as implicações psicoafetivas e estruturais profissionais e ideológicas com a instituição saúde representada pelo autocuidado do diabético (o *Fazer*) e com o seu próprio “autocuidado” (o *Ser*):

Mas o que vocês acham que é tudo isso? Apesar de tudo, na maioria das vezes, a gente consegue ter sucesso com essa mudança de vida ou esse é o pedaço mais difícil? O que vocês acham da questão desse autocuidado? Todo mundo aqui faz atividade física? (P1).

O autocuidado é um conceito abrangente relacionado com as ações que as pessoas realizam individualmente, com o objetivo de preservar a saúde e/ou prevenir a doença. Visa à melhoria da qualidade de vida que proporciona a dignidade humana, podendo ser entendido como “cuidar de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o

estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção” (Leopardi, 2006, p. 244).

Todo indivíduo possui, a priori, um potencial de capacidade participativa que, devidamente estimulado, desenvolve a conscientização crítica, cria comprometimento com a sua realidade e o empodera para ser capaz de transformá-la. O indivíduo não pode ser excluído do lugar de sujeito do seu processo de saúde. Ou seja, a condição de “decidir” antecede, necessariamente, a prática do Autocuidado. Para decidir e participar como sujeito atuante de seu processo terapêutico e de vida, o indivíduo necessita ser estimulado e a equipe de saúde, por sua vez, precisa mobilizá-lo em direção ao autocuidado. Trata-se de uma tentativa de provocar a utilização do potencial do sujeito para o cuidado com a saúde a partir da busca de transformação da realidade em que vive (Ministério da Saúde, “Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica”, 2014).

Mas como desenvolver todo esse potencial no outro, respeitando “o seu ser” com suas dificuldades em realizar o próprio autocuidado, sem deixar “de fazer” o que lhe é exigido como profissional de saúde/preceptor? A este respeito destaca o participante:

Muitas vezes a gente pede coisas impossíveis. Se alguém me pedir para parar de comer chocolate, eu vou concordar. Mas... Se um médico chegar para mim e falar isso, eu vou falar: não, tudo bem, pode deixar, mas não vou seguir. Mas é porque ele vai me pedir uma coisa que, para mim, é impossível! E eu me vejo nisso. Eu não posso pedir uma coisa para outra pessoa que seja impossível. Eu vou tentar ver junto com ela, com a família dela, o que está acontecendo (P11).

E continuam a trazer para análise suas implicações com a prática do autocuidado, para si e para o outro, evidenciadas nos depoimentos abaixo:

A gente está orientando, a gente sabe e está orientando o tempo todo. Conforme a gente vai trabalhando, a gente vai aprendendo a orientar. Essa orientação a gente tenta passar para os nossos usuários. Mas eu vejo que para a gente, também é difícil! Eu falo para o cara lá que ele tem que fazer atividade física, alimentação saudável, mas eu não faço comigo (P8).

Quem é que todo dia aqui, quando toma banho, senta e enxuga entre os dedinhos? Quem aqui tem esse hábito? Saiu do banho, senta e vai enxugar o pé...? (P14).

As dificuldades dos profissionais em realizar seu próprio cuidado (autocuidado), nos leva a refletir sobre as nossas práticas e a analisar as nossas implicações psicoafetivas, estruturais, profissionais e ideológicas enquanto pesquisadores e profissionais de saúde, de maneira a evidenciar onde estão nossas dificuldades com relação a determinadas condutas que

desenvolvemos enquanto profissionais de saúde na promoção do autocuidado do diabético.

Complementando este pensamento, Franco, Cubas & Franco (2014) destacam que todo processo educativo deve ser permeado pela reflexão crítica de sua prática e das intencionalidades de seus atos no processo ensino-aprendizado, o que possibilita criar um novo conhecimento. “Isso porque, demanda por um conhecimento de si mesmo, de suas potencialidades e limitações. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo” (Franco, Cubas & Franco, 2014, p. 608).

Com relação ao conceito de implicação, Monceau (2015, p. 198) afirma que a implicação estrutural profissional refere-se ao conjunto de relações que o sujeito “estabelece com a profissão (pensada como instituição com sua dinâmica própria à qual ele pertence e, com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão)”. Borges et al. (2018) afirmam que a prática profissional se organiza a partir do conjunto das implicações estruturais profissionais que vão se constituindo na maneira como o profissional interage com outras instituições presentes em seu agir, como por exemplo: no local onde desenvolve sua prática, no relacionamento com os colegas de trabalho e naquilo que para ele tem sentido e valor. “Por meio deste contato cotidiano e de maneira reflexiva - como em um espelho - o profissional vai se reconhecendo ao olhar e estando com o outro, ao mesmo tempo em que também vai se constituindo a partir do outro” (Borges et al., 2018, p. 3).

Dando prosseguimento ao debate, os participantes abordaram o *Ser/Fazer* como preceptores - nosso segundo eixo.

Um dos aspectos por eles destacado e colocado como um dificultador para a efetivação do autocuidado refere-se às diferenças culturais e de classe entre os profissionais e as pessoas com diabetes mellitus.

Uma participante aponta para essa situação, trazendo observações sobre as dificuldades no desenvolvimento do *Ser/Fazer* como preceptor:

O aluno é culturalmente diferente. São alunos de classe média alta, principalmente a maioria que faz medicina. Então... às vezes você pega os alunos falando assim: ah, manda o paciente comer macadâmia. Eu falei: amigo, ele não sabe o que é amendoim, vai saber o que é macadâmia? Então... É muito diferente o mundo deles do mundo dos pacientes. E fico pensando... como ensinar a eles as práticas do autocuidado neste contexto? (P7).

Com relação a esse depoimento, acredita-se que a instituição de novos campos de prática na formação dos profissionais de saúde possibilite uma reorientação do olhar sobre as dimensões subjetivas do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais,

culturais e psicológicas do indivíduo doente, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença (Nogueira & Bonilha, 2013). E este pensar corrobora com o que refere Sanches (2015) ao destacar que é função do preceptor inserir os alunos da graduação em contextos diferenciados, no convívio com as famílias e com seus múltiplos modos de vida.

Com relação à diferença de classes mencionada pela profissional de saúde acima, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (Oliveira, Montenegro Junior, & Vencio, 2017) nos orientam a “reduzir as barreiras entre indivíduos com diabetes, seus familiares, comunidades e profissionais de saúde”. O Ministério da Saúde complementa que na abordagem de pessoas com doenças crônicas, deve-se estar atento às especificidades locais, tais como “regionalidade, acesso aos serviços, diferença por sexo, idade, escolaridade, entre outros, que podem demandar um olhar diferenciado dos profissionais de saúde e maior integração entre as equipes” (Ministério da Saúde, “Protocolos de Atenção Básica: Condições Crônicas Não transmissíveis: Risco Cardiovascular”, 2016, p. 8).

Tais reflexões nos remetem à formação do futuro profissional de saúde, não relacionada apenas ao autocuidado, mas à formação de maneira geral. Saber quem é esse profissional que desejamos formar para o SUS e qual é a realidade de saúde por ele a ser enfrentada, nos leva a pensar no processo geral de aprendizado e no papel do preceptor. Esse refletir faz com que um participante coloque a seguinte provocação no debate:

E aí? Como é descobrir de repente que você está com uma função de estar influenciando na vida e na formação do outro? (...) Que vai influenciar em tantas outras coisas... Eu nem sabia que eu era isso! E o SUS é um local de formação por excelência! (P3)

Este pensar está de acordo com a Resolução n.º 225/97 do CNS, ao destacar que o SUS tem o dever de contribuir com a formação de profissionais para a saúde (Resolução n. 225, 1997). Ponderando sobre a questão da formação de profissionais para o SUS, Costa & Miranda (2008) ressaltam que ainda é tênue nesta formação profissional a apropriação do SUS e das suas necessidades. Ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com os usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde-doença constituído por história natural e com o hospital tomado como o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho. Mesmo assim, as mudanças ocorridas nas duas últimas décadas nos paradigmas da educação, da organização da saúde e no mundo do trabalho estão provocando uma grande movimentação no processo de formação profissional.

Esse aspecto é bem destacado no depoimento a seguir, onde se percebe que a preceptora tenta desconstruir o modelo de ensino hospitalocêntrico, centrado na doença, para uma outra

compreensão do indivíduo, entendido como um ser único e complexo em sua realidade social:

A formação no médico de família... eu percebo que há um interesse em participar de atividades educativas, visita domiciliar e até dos grupos. Eles saem daqui muito felizes, mas é um tipo de aprendizado que não se dá continuidade nas outras disciplinas. A atenção básica fica muito focada nos primeiros períodos mas, logo em seguida, nos próximos períodos, se reforça esse tipo de comportamento do aluno de medicina, e até de outros profissionais, que valorizam a tecnologia de ponta e os hospitais (P6.)

A respeito da falta de continuidade das ações desenvolvidas na AB, Missaka & Ribeiro (2011) e Jesus & Ribeiro (2012) destacam alguns problemas ligados à relação entre preceptoria e ensino nas unidades de saúde: a maioria dos preceptores não recebe a capacitação pedagógica necessária para a formação do discente, sobretudo quanto aos processos de ensino/aprendizagem. A sua prática pedagógica reproduz, muitas vezes, aquela de seus antigos professores, pautada em um modelo pedagógico tradicional de transmissão vertical de conhecimentos. Os preceptores pertencem à outra organização, com normas próprias e cobranças de desempenho profissional, o que, às vezes, torna-se conflitante com as necessidades de aprendizado dos alunos.

É nesse contexto onde se cruzam diferentes instituições com suas regras e normas que estão os preceptores, com suas implicações com as instituições saúde e educação, onde deixam transparecer suas dificuldades pessoais, profissionais e ideológicas para desenvolver seu papel de facilitador e mediador no processo de ensino-aprendizagem (Botti & Rego, 2011; Sanches, 2015).

Podemos dizer que esse espaço de reflexão foi garantido no encontro nos moldes da Socioclínica Institucional. Foi possível constatar movimentos instituintes nas práticas dos profissionais de saúde que atuam como preceptores que, mesmo trazendo suas implicações pessoais com o autocuidado (relacionadas ao *Ser*) e suas implicações profissionais (relacionadas ao *Ser/Fazer*), começam a evidenciar nuances de mudanças no contexto do *Ser* e *Fazer* relacionado às práticas do autocuidado. Destaca a participante:

Quando eu descobri que isso era medicina também, eu fiquei muito feliz, porque a gente tentava pactuar com o paciente. Eu vou na casa dele, eu sei o que que ele tem, o que ele pode e o que ele não pode; o que dá para fazer e o que não dá. Tem hora que ele chega e fala: olha, não deu para fazer. Não, tudo bem, não deu, mas a gente vai tentar de novo. E quando a gente mostra que a gente está próximo, que a gente está ali, que a gente não tem o poder punitivo, a gente está ali para ajudar, isso aproxima a gente do paciente, aproxima a gente da família. Então, às vezes eu tenho paciente que ele é o diabético, mas eu converso com a filha, eu oriento o neto... A gente tenta cercar de todos os lados (P5).

Consideramos que esse depoimento está coerente com o que refere as Diretrizes da SBD (Oliveira, Montenegro Junior, & Vencio, 2017), ao apontar evidências de que a interação entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes mellitus poderá favorecer o diálogo e predispor mudanças nos comportamentos dos indivíduos. Saber escutar é o principal passo para o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e a pessoa com diabetes.

No diálogo e na interação são percebidos os medos, os mitos e o conhecimento ou desconhecimento do paciente sobre a doença; sendo possível uma aproximação de suas demandas e de suas necessidades relacionadas ao autocuidado. Sendo assim, reforça-se o conceito de que ensinar não é transferir conteúdo e sim estar “com” o educando e não “sobre” o educando (Freire, 2011).

4. Considerações finais

Ao colocar em análise o *Ser* e o *Fazer* dos profissionais de saúde/preceptores, ficou evidenciado que suas dificuldades em promover o autocuidado estão relacionadas a três elementos que podemos denominar 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 para desenvolver este duplo autocuidado (o *Ser/Fazer*). O estudo revelou que neste tripé todos devem se auto educar e juntos procurar estratégias favorecedoras de mudanças de comportamento em si mesmo e no outro, tão necessárias para a efetivação do autocuidado.

A partir dos depoimentos, pudemos constatar que ao colocar em análise as implicações com as instituições saúde, educação e preceptoria foi possível evidenciar os não ditos que existem nas práticas dos profissionais de saúde/preceptores e as contradições entre o que preconizam os documentos oficiais sobre a promoção do autocuidado do diabético e o que foi evidenciado na prática.

Consideramos que este artigo abriu possibilidades para que outros estudos sejam realizados de maneira a efetivar o manejo da promoção do autocuidado do diabético, ao contribuir para um repensar sobre as ações dos profissionais de saúde na assistência e na preceptoria e revelar nuances de práticas instituintes naquele espaço instituído pelas regras e normas das instituições saúde e educação. Estar ciente das nossas limitações e dificuldades, e realizar a análise das nossas implicações, poderá constituir-se como um facilitador no

desenvolvimento de práticas educativas relacionadas ao entendimento do outro como um ser também de necessidades e de desejos.

Referências

- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899. doi: 10.1590/S0104-12902011000400007
- Borges, A. F., Rézio, A. L., L'Abbate, S., & Fortuna C. M. (2018). A entrada no campo e a formação de dispositivos em pesquisas socioclínica. *Psicologia em Estudo*, 23(1), e40373. doi: 10.4025/psicoestud.v23.e40373
- Botti, S. H. O., & Rego, S. T. A. (2011). Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 65-85. doi: 10.1590/S0103-73312011000100005
- Chiarella, T., Bivanco-Lima, D., Moura, J. C., Marques, M. C. C., & Marsiglia, R. M. G. (2015). A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 418-425. doi: 10.1590/1981-52712015v39n3e02062014
- Costa, R. K. S.; & Miranda, F. A. N. (2008). Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 503-518. doi: 10.1590/S1981-77462008000300006
- Franco, C. A. G. S., Cubas, M. R., & Franco, R. S. (2014). Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 221-230. doi: 10.1590/S0100-55022014000200009
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Jesus, J. C. M., & Ribeiro, V. M. B. (2012). Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(2), 153-161. doi: 10.1590/S0100-55022012000400002
- L'Abbate, S. (2012). Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*, 8(1), 194-219.
- L'Abbate, S. (2013). Introdução. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In S. L'Abbate, L. C. Mourão, & L. M. Pezzato (Orgs), *Análise Institucional & Saúde Coletiva* (pp. 31-88). São Paulo: Hucitec.
- Leopardi, M. T. (2006). *Teoria e método em assistência de enfermagem* (2a ed.). Florianópolis: Soldasoft.

Lourau, R. (2004). Implicação e sobreimplicação. In S. Altoé (Org.), *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (pp. 186-198). São Paulo: Hucitec.

Lourau, R. (2014). *A análise institucional* (3a ed.). Petrópolis: Vozes.

Mendes, R., Pezzato, L. M., & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1737-1746. doi: 10.1590/1413-81232015216.07392016

Mills, J. E., Francis, K. L., & Bonner, A. (2005). Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural Remote Health*, 5(3): 410. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/7665836_Mentoring_clinical_supervision_and_preceptoring_Clarifying_the_conceptual_definitions_for_Australian_Rural_Nurses_A_review_of_the_literature

Ministério da Saúde (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab3_b36.pdf

Ministério da Saúde (2014). *Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*. Brasília: Autor. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab3_5.pdf

Ministério da Saúde (2016). *Protocolos de Atenção Básica: Condições Crônicas Não transmissíveis: Risco Cardiovascular*. Brasília: Autor. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Cond---es-Cr--nicas---Provis--rio.pdf>

Missaka, H., & Ribeiro, V. M. B. (2011). A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(3), 303-310. doi: 10.1590/S0100-55022011000300002

Monceau, G. (2013). A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In S. L'Abbate, L. C. Mourão, & L. M. Pezzato (Orgs), *Análise Institucional & Saúde Coletiva* (pp. 91-103). São Paulo: Hucitec.

Monceau, G. (2015). Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicologia em Revista*, 21(1), 197-217. doi: 10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197

Nogueira, K., & Bonilha, V. S. J. (2013). Cuidados humanizados: mudanças curriculares, de conteúdos e estratégias de ensino – aprendizagem. *Revista UNINGÀ*, 37(1), 125-132.

Oliveira, J. E. P., Montenegro Junior, R. M., & Vencio, S. (2017). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Editora Clannad.

Penido, C. M. F. (2015). A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 248-257.

Resolução n.º 225, de 08 de maio de 1997. Aprova a reinstalação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e estabelece seus componentes e atribuições. Recuperado de https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm

Sanches, M. M. M. (2015). *A instituição preceptoria em uma unidade hospitalar: a prática do profissional de saúde como analisador do processo de formação* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ, Brasil.

Savoye, A. (2007). Análise institucional e pesquisas históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*, 3(2), 181-193.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Patricia Ribeiro da Silva Maia Teixeira – 40%

Ana Clementina Vieira de Almeida – 20%

Lucia Cardoso Mourão – 20%

Isabel Cristina de Moura Leite – 20%